

~~Neurología (10,1%), Atención primaria (17,5%), Nefrología (5,2%), Hospitalización a Domicilio (3,3%), Medicina Interna (2,7%), Cirugía (2,7%), Digestivo (1,6%) y Endocrinología (1,1%). Los motivos para la prescripción de NEO fueron Desnutrición (59%), Disfagia/dificultad alimentación (31,7%), perfil bioquímico alterado (3,3%), anorexia (3,3%), renovación de informe de NEO (2,7%). Los diagnósticos principales fueron: Demencia (53,3%), ELA (10,9%), Sd. constitucional (6,6%), ACV (5,5%), Parkinson (4,4%), Insuficiencia renal crónica (4,4%), Esclerosis múltiple (3,3%), EPOC (2,2%), Fractura de cadera (1,1%), Colitis ulcerosa (1,1%), otras (0,5%). En cuanto al peso un 23,3% se pesó en consulta, un 33,9% refirió el peso y el 38% no supo dar ningún dato al respecto. Un 31,1% de los casos no tenían datos bioquímicos nutricionales y en un 33% no se conocía la ingesta. La disminución de la ingesta estuvo causada por: dificultad para la alimentación (13,7%), anorexia (9,8%), hospitalización reciente (8,2%), institucionalización (7,7%). Un 26,8% de los pacientes estaban bien nutridos y un 66,1% presentaban desnutrición. En un 7,1% de las peticiones no había datos para determinar el estado nutricional. De los desnutridos el 15% no tenían diagnóstico subsidiario de financiación, el 5% necesitó sólo tratamiento dietético. En aquellos sin desnutrición, 81,1% necesitaban espesantes, 13,5% tratamiento dietético y 5,1% NEO completa por situación especial.~~

~~**Conclusiones:** Para la prescripción de NEO es importante realizar una valoración nutricional especializada y determinar el tratamiento necesario, ya sea dietético y/o nutricional. La indicación de NEO no debería ir tan unida a una patología, sino al diagnóstico nutricional especializado. Para valorar eficacia, modificar o suspender el tratamiento sería esencial garantizar el seguimiento.~~

PACIENTE CRÍTICO

COMUNICACIÓN ORAL

04 Valor de la presión intraabdominal como marcador de tolerancia a la nutrición enteral en pacientes críticos. Estudio PIANE. Resultados preliminares

Juan Carlos Montejo González¹, Luisa Bordejé², Enrique Calvo³, Mercé Farré⁴, Jose Acosta⁵, Inmaculada Albert⁶, Francisco García Córdoba⁷, Miguel Angel García⁸, Rosa Gastaldo⁹
GRUPO DE ESTUDIO PIANE

¹H. U. 12 De Octubre. ²H. U. Germans Trias i Pujol. Badalona. ³H. del Henares. Coslada. ⁴H. Vall D'Hebron. Barcelona. ⁵H. General de Alicante. ⁶H. del Mar. Barcelona. ⁷H. Los Arcos del Mar Menor. San Javier. ⁸H. de Torrevieja. ⁹H. de Manacor.

Introducción: La nutrición enteral (NE) presenta elevada incidencia de complicaciones gastrointestinales (CGI)

en pacientes críticos, pero no es posible anticipar su desarrollo. La determinación de la presión intraabdominal, (PIA) podría ser de utilidad en este sentido.

Objetivos: Determinar si existe un valor de PIA predictor de intolerancia a la NE. Analizar si valores elevados de PIA se asocian con mayor frecuencia de CGI.

Material y métodos: Estudio observacional, no intervencional, prospectivo, multicéntrico y de ámbito nacional. Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con indicación de NE. La indicación de NE se hizo por el médico responsable del paciente. La aplicación de la NE y el manejo de las complicaciones fueron uniformes y acordes con protocolo previamente establecido. La PIA se determinó con sistema de medida Abdo-Pressure[®]. Se analizaron diariamente las variables de la NE y las relacionadas con la PIA (máxima, media, previa a complicaciones). Las variables fueron recogidas en un CRD electrónico. El análisis estadístico se realizó con SPSS 19.0 por una agencia ajena a los investigadores (IMS Health). Para el análisis los pacientes fueron divididos en dos grupos: Grupo A: pacientes sin CGI, Grupo B: pacientes con CGI. Se realizó análisis mediante curva ROC, coeficiente de correlación de Pearson y la t de Student o ANOVA. Se estimó un tamaño muestral de 220 pacientes.

Resultados: Participaron 28 UCI, incluyendo 247 pacientes durante el período de estudio de 4 meses. Se analizaron un total de 2.494 días de NE. Presentaron intolerancia 128 pacientes (51,8%). No hubo diferencias en la edad (Global: 62,0 ± 14,7 años), sexo (Global: 63,6% varones), motivo de ingreso (Global: 80% patología médica) APACHE II inicial (A: 22,1 ± 8,6; B: 20,8 ± 6,8), SOFA inicial: (A: 7,6 ± 3; B: 7,5 ± 3,5) o tiempo de inicio de la NE (A: 30,2 ± 23,0 B: 30,9 ± 24,1 horas), entre ambos grupos. PIA media diaria fue similar en ambos grupos (A: 14,8 ± 3,7 B: 14,8 ± 4,1 mmHg). PIA Máxima diaria fue mayor en el grupo con intolerancia (A: 16,8 ± 4,0 B: 19,4 ± 4,8; p.

Conclusiones: La intolerancia a la NE se asocia con un mayor valor de PIA. Los datos preliminares no permiten determinar un valor de corte para la PIA capaz de predecir intolerancia a la NE. La valoración inicial de la gravedad mediante parámetros APACHE II y SOFA no predice la tolerancia a la NE.

Financiación: Estudio parcialmente financiado por ConvaTec.

POSTERES

P99 Evaluación de dos emulsiones lipídicas en NPT del enfermo crítico y su influencia en la infección nosocomial. Estudio ICULIP

Alfonso Bonet Saris¹, Teodoro Grau², Abelardo G de Lorenzo³, Carmela Sanchez⁴, Angel Rodriguez⁵, Enrique Miñambres⁶, Angel Robles⁷, Jose Acosta⁸, Jose I Herrero⁹, Alfonso Mesejo¹⁰,
¹Clínica Girona. ²Hospital Doce de Octubre. ³Hospital La Paz, ⁴Hospital. ⁵Hospital Arnau de Vilanova Lerida. ⁶Hospital de Val-

decillas. ⁷Hospital Valle Hebron. ⁸Hospital General de Alicante. ⁹Hospital Príncipes de España. ¹⁰Hospital Clínico de Valencia.

Objetivo: Medir la eficacia clínica de una nutrición parenteral total (NPT) asociada a administración de dos lípidos, mediante seguimiento de incidencia de infección nosocomial en enfermos críticos.

Material y método. Estudio prospectivo, aleatorio, comparativo, doble ciego multicéntrico en 17 UMIs. Grupo control emulsión MCT/LCT (relación 50: 50) 20% (Lipofundina®); grupo estudio lípidos MCT/LCT/W3 (50:40:10) 20% (Lipoplus®). Criterios inclusión: adultos >18 años, APACHE > 12, NPT ≥ 5 días y consentimiento. Criterios exclusión: obesidad, malnutrición grave, inmunosupresión, embarazo, medicación vehiculizada por lípidos, insuficiencia renal, hepática crónicas. Todos recibieron NPT isonitrogenada e isocalórica (25 kcal/kg/día) proporcional peso usual, administración vía central, perfusión continua. Aleatorización por bloques y centros, cegado, preparación de NPT en Farmacia. Resultados alojados en BBDD online. Se registraron nuevas infecciones según CDC, factores de riesgo para infección, estancia UMI y hospital, mortalidad hospitalaria y 6 meses. Los datos se analizaron por protocolo (PP) e intención de tratar (ITT). Infecciones nosocomiales expresadas por incidencia acumulada y densidad de incidencia por 100 días exposición. Variables cualitativas expresadas en frecuencias absolutas y relativas, cuantitativas media, mediana y DS. Desenlaces primarios analizados con prueba bilateral de Fisher y variables cuantitativas con Mann-Whitney.

Resultados: De 3610 enfermos posibles se reclutaron 181 y randomizaron 175. Válidos por ITT 159 (78 MCT/LCT, 81 MCT/LCT/W3), válidos PP 117 (59 MCT/LCT, 58 MCT/LCT/W3), sin diferencias demográficas. En análisis ITT incidencia acumulada de infección nosocomial fue inferior en grupo estudio 17/81(21%) que en control 29/81(37%) p.

Conclusiones: Disminución significativa en la incidencia acumulada de infección nosocomial en grupo estudio MCT/LCT/W3 respecto control. Los pacientes control tienen un riesgo 1,8 veces superior que del grupo MCT/LCT/W3 de presentar alguna infección nosocomial.

P100 Efectos de una dieta específica para diabetes en pacientes críticos con hiperglucemia de estrés y ventilación mecánica. Ensayo clínico multicéntrico, prospectivo, aleatorizado

Alfonso Mesejo Arizmendi¹, Juan Carlos Montejo González², Gabriela Lobo³, Mercedes Zabarte Martínez⁴, Ignacio Herrero Meseguer⁵, José Acosta Escribano⁶, Antonio Blesa Malpica⁷, Carmen Sánchez Álvarez⁸, Clara Vaquerizo Alonso⁹

¹Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²Medicina Intensiva. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Madrid. ³Unidad de Nutrición, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁴Medicina Intensiva, Hospital de Donostia, Donostia. ⁵Medicina Intensiva, Hospital de Bellvitge, Barcelona. ⁶Medicina Intensiva, Hospital General, Alicante. ⁷Medicina Intensiva, Hospital Clínico, Madrid. ⁸Medicina Intensiva, Hospital Reina Sofía, Murcia. ⁹Medicina Intensiva, Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivo: Valorar si una nueva dieta para diabetes consigue mejor control glucémico y menos complicaciones infecciosas que otra diferente para diabetes y una hiperproteica convencional.

Material y métodos: Nueve hospitales. Se estimaron 180 pacientes para reducir 20% las necesidades de insulina (riesgo alfa 0,05 y beta 0,02). Tres grupos: A: nueva dieta específica (T-Diet plus diabet IR®), B: dieta hiperproteica (Isosource protein®), C: dieta específica clásica (Glucerna select®). Inclusión: ≥ 18 años, NE ≥ 5 días, ventilación mecánica, hiperglucemia basal > 120 mg/dL. Exclusión: IMC ≥ 35, fallo renal/hepático, APACHE II ≤ 10, diabetes tipo 1. Asignación ciega de la dieta, alojado en web. Objetivo glucémico 110-150 mg/dl. Cálculo calórico 25 kcal/kg/d. Control de volumen eficaz, metabólico, complicaciones gastrointestinales e infecciosas. Glucosa capilar media diaria y glucemia plasmática matinal. Análisis por intención de tratar.

Resultados: Comunicación preliminar con 93 casos (A = 31, B = 32, C = 30). Datos basales: varones 74%; edad 56 ± 17 años; APACHE II A: 18 ± 9, B: 19 ± 6, C: 21 ± 8 (NS); glucemia plasmática (ayunas) A: 153 ± 61, B: 143 ± 5, C: 148 ± 51 (NS); HOMA1 y HOMA2 (IR, %, %S) (NS). Datos evolutivos: Mortalidad A: 19%, B: 18,5%, C: 20% (NS). Días de VM A: 8,6 ± 6,7, B: 7,4 ± 5,8, C: 8 ± 5,2 (NS). Días de estancia A: 13 ± 11, B: 12 ± 11, C: 14 ± 12 (NS). Duración NE (días) A 11,3 ± 7, B 9,7 ± 6, C 10,8 ± 6 (NS). Volumen eficaz (%) A 78,9 ± 12, B 78,8 ± 19, C 81,9 ± 15 (NS). Incidencia de pacientes con complicaciones infecciosas de cualquier origen (bacteriemia, traqueobronquitis, NLVM, ITU) A 17 (54,8%), B 18 (56,2%), C 17 (56,6%) (NS). HOMA1 y HOMA2 días 3, 7, 14 y 21 NS. El control metabólico se expone en la tabla.

	A (n=31)	B (n=32)	C (n=30)	p
Glucemia capilar (mg/dl)	137,5 ± 30	147 ± 32	142 ± 26	NS
Glucemia plasmática (mg/dl)	137 ± 34	144 ± 35	140 ± 26	NS
Unidades insulina/24 h	19 ± 25,2	25 ± 38	15 ± 20,6	NS
Delta glucosa capilar (mg/dL)	-15 ± 31	-1 ± 33	-2,4 ± 30	NS
Delta porcentual glucos capilar	-16 ± 28	-1,6 ± 21	-3,4 ± 20	<0,05
Delta glucosa en plasma (mg/dL)	-27,4 ± 49	-1,5 ± 41	-5,3 ± 51	=0,07
Delta porcentual glucos plasma	-10,4 ± 28	2,6 ± 28	4,5 ± 33	NS

Conclusiones:

1. Se consigue el objetivo glucémico en los tres grupos con tendencia a mayor necesidad de insulina en el grupo B

2. Hay una tendencia, no significativa de momento, a menores cifras de glucosa capilar media y glucemia plasmática con la dieta A
3. Los deltas evolutivos de glucosa capilar y plasmática son claramente mejores con la dieta A, con significación estadística o muy cerca de ella
4. No hay diferencias significativas en las complicaciones infecciosas

P101 Asociación entre los niveles de cobre plasmático y eritrocitario, y el estatus antioxidante en paciente crítico

Gabriela Lobo Támer², Laura Sáez Pérez¹, Jorge Molina López¹, Daniela Florea¹, Ana Trigo Fonta², Bartolomé Quintero Osso¹, Carmen Cabeza¹, Antonio Pérez de la Cruz², Manuel Rodríguez Elvira² Elena Planells del Pozo¹,

¹Facultad de Farmacia. Instituto de Nutrición José Mataix. Universidad de Granada. ²Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

En el paciente hospitalizado la deficiencia de cobre es un hecho probable debido a su administración inadecuada, a la alteración en los requerimientos o a un incremento en sus pérdidas por su situación hipermetabólica, causando desequilibrios en procesos bioquímicos que derivan en disfunción de órganos, y afectando la morbimortalidad, y evolución del paciente durante su estancia en UCI.

Objetivo: El objetivo de estudio fue valorar el estado nutricional de cobre en el paciente crítico en riesgo de deficiencia, a través de una evaluación de la aporte, así como de los niveles de cobre en plasma y eritrocito, y la actividad antioxidante mediante la actividad de enzima superóxido dismutasa (SOD) y la capacidad antioxidante total (PAO).

Material y Método: Las muestras biológicas utilizadas en el presente trabajo proceden de un estudio general que se extiende a un total de 175 sujetos, separados en dos grupos: grupo control (n = 100) adultos sanos, y pacientes críticos (n = 75). Que pertenecían a Unidades de Cuidados Intensivos de diferentes Hospitales del área de Granada, España. Estudio multicéntrico observacional prospectivo analítico. Los criterios de inclusión fueron presentar Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS), un Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) score mayor de 15 y el aporte de nutrición artificial.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran niveles significativamente menores de cobre plasmático y eritrocitario (analizado por FAAS), y antioxidantes (Bioxytech), en paciente crítico respecto a controles (p.

1. Higgins TL, Murray M, Kett DH, Fulda G, Kramer KM, Gelmont D, Dedhia HV, Levy H, Teres D, Zaloga GP, Ko H, Thompson KA. Trace element homeostasis during continuous sedation with propofol containing EDTA versus other

sedatives in critically ill patients. Intensive Care Med. 2000;26:S413-21.

2. Berger MM, Shenkin AJ. Trace element requirements in critically ill burned patients. Trace Elem Med Biol. 2007;21:44-8.
3. Sriram K, Lonchyna VA. Micronutrient supplementation in adult nutrition therapy: practical considerations. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2009;33:548-62.

P102 Soporte Nutricional en una Unidad de Quemados Críticos

David Brandariz Núñez¹, Eli Papiol Gallofré², Pilar Lalueza Broto³, Constanza Salazar Valdebenito⁴, Angel Robles González⁵, Roberto Monforte Alemany⁶, Julia Serracanta Domenech⁷, Carolina Puiggros Llop⁸

¹Servicio de Farmacia, Hospital Vall D'hebron, Barcelona. ²UCI-UGQ, Hospital Vall D'hebron, Barcelona. ³Servicio de Farmacia, Hospital Vall D'hebron, Barcelona. ⁴Servicio de Farmacia, Hospital Vall D'hebron, Barcelona. ⁵UCI-UGQ, Hospital Vall D'hebron, Barcelona. ⁶UCI-UGQ, Hospital Vall D'hebron, Barcelona. ⁷Servicio de Cirugía Plástica-Unidad de Quemados, Hospital Vall D'hebron, Barcelona. ⁸Unidad de Soporte Nutricional, Hospital Vall D'hebron, Barcelona.

Objetivos: Describir y analizar el soporte nutricional recibido por los pacientes quemados ingresados en la Unidad de Grandes Quemados (UGQ).

Metodología: Se analizaron de modo retrospectivo los pacientes quemados ingresados en la Unidad de Críticos durante el periodo de enero a noviembre 2012. Las variables analizadas fueron: datos biodemográficos, datos relacionados con la quemadura (% superficie corporal quemada SCQ, grado de profundidad, compromiso de vía aérea, ABSI), estancia en la unidad y datos relacionados con el soporte nutricional y seguimiento.

Resultados: Se analizaron 29 de los 33 pacientes que ingresaron en la UGQ, 69,9% (20) hombres y 31% (9) mujeres. La edad media fue 60,72±22 años (18-90) de los que 51,5% (17) eran mayores de 60 años. Con respecto al tipo de lesión, 26 pacientes presentaron lesión térmica, 2 eléctrica, 1 térmica + politraumatismo y 16 (53,3%) inhalación de humo. La media de SCQ fue 32,7% (3-93), y en un 63% (19) de pacientes fue ≥ 20%. Un 55,2% de los pacientes presento quemaduras de 2.º + 3.º grado, 24,1% de 2.º grado y 20,7% de 3.º grado. La estancia media en la UGQ fue de 32, 7 + 41 días (2-202). El resultado del ingreso fue: 7 pacientes (24,1%) exitus, 19 (65,6%) trasladados a la planta de hospitalización de quemados, y 3 (10,3%) trasladados a otros hospitales. El total de días (d) de hospitalización fue de 949. En cuanto al soporte nutricional, 8 pacientes (27,6%) recibieron NP, con duración media de 7,8 d (2-22), 4 (13,8%) nutrición mixta (NP+NE) y 21 (72,4%) NE. La NE se aportó durante 594 d (62,8%); NP durante 62 d (6,53%); NO (nutrición

oral) durante 227 d (23,9%); nutrición mixta durante 9 d (0,9%) y ayuno en 59 d (6,2%). La SCQ media en pacientes con NP fue 51,3% (35-90), con estancia media de 63,3 d (21-202). En aquellos con NE la estancia media fue 21 d (2-91) y la SCQ media de 26,6% (3-93). La NE más utilizada fue la del tipo inmunomoduladora con 118 d (38%), seguida de la hiperproteica + fibra con 75d (24%).

Conclusión: El soporte nutricional mayoritario recibido por los pacientes ingresados en la UGQ corresponde a la NE (fórmulas hiperproteicas) lo cual coincide con las recomendaciones de las guías de nutrición artificial tanto nacionales como internacionales. El empleo de NP se correlaciona con una mayor gravedad de la lesión y una mayor estancia hospitalaria.

P103 Perfil nutricional del paciente con EPOC ingresado en un centro sociosanitario y su asociación con el consumo de recursos sanitarios y la mortalidad

Francisca Margarita Lozano Fuster¹, Magdalena Medinas Amorós¹, Blanca Díez Herrero¹
¹Hospital Joan March.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable, con repercusión sistémica. En la actualidad, no se conoce con exactitud cuáles son los mecanismos que ocasionan desnutrición en la EPOC, sin embargo, se acepta que pudieran tener un origen multifactorial. El objetivo de este estudio ha sido establecer la prevalencia de malnutrición al ingreso en un hospital socio-sanitario de Baleares a través de parámetros bioquímicos, antropométricos y dos métodos de screening nutricional: el sistema NRS-2002 y el MNA en su versión larga además de determinar la asociación de los resultados con el consumo de recursos sanitarios (número de ingresos, días de hospitalización) y la mortalidad en una muestra de 80 pacientes con diagnóstico de EPOC, con una media de edad de 78,98 (Å ± 7.68) años. El 55,7% eran hombres y el 44,3% mujeres. El porcentaje de pérdida de peso fue del 8,5% indicando desnutrición moderada y los parámetros bioquímicos clasificaron al 52,5% de los pacientes como desnutrición leve. Sin embargo, los resultados del MNA mostraron que el 65% de los pacientes tenía malnutrición y el 35% presentaba riesgo. El NRS también mostró que el 82,5% de los pacientes mostraba riesgo de malnutrición sin embargo el IMC medio fue de 24,61 Å ± 5,37, clasificando como nor-

males al 57,5% de los pacientes. La prueba de correlación de Spearman (Rho) no halló relación estadísticamente significativa entre el consumo de recursos sanitarios y el MNA y NRS al ingreso, sin embargo, existe una relación significativa entre el MNA y la mortalidad durante la hospitalización (Rho: - 0,225; p = 0,045). En conclusión, los pacientes con EPOC, debido a su alta variabilidad, precisan evaluación nutricional específica que no solo contemple los parámetros nutricionales bioquímicos y antropométricos tradicionales, sino que incluya herramientas más sensibles como el MNA.

P104 Mejora del control nutricional de los pacientes con requerimientos nutricionales especiales durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intesivos (UCI)

Carlos González Iglesias¹, Carmen Sanagustin Garces¹, Marcos Alegre Castro¹, Natalia Allué Fantova², Concepción Coronas Fumana¹, Juan Calos Garcia Ronquillo¹, Javier Prados Chica¹, Isabel Lopez González¹, Javier González Cortijo¹ Pilar Martínez Trivez¹,
¹Hospital De Barbastro. Servicio de Medicina Intensiva. ²Hospital de Barbastro. Servicio de Farmacia.

Introducción: Una UCI nueva conlleva variabilidad al trabajar. La nutrición habitualmente queda relegada en segundo plano. Tras 6 meses de actividad asistencial, observamos disparidad en control nutricional, ajuste de requerimientos y administración de nutriciones. Aunque disponemos de un sistema informático que calcula requerimientos nutricionales basándose en distintas variables, y da una sugerencia sobre la nutrición más adecuada, existe poca utilización del mismo. Planteamos un Plan de Mejora de Calidad relacionado con la nutrición.

Objetivos: detectar la situación actual, unificar criterios y actuaciones a través de protocolos, utilización de la herramienta informática disponible para mejorar la nutrición.

Metodología: Estudio prospectivo observacional: 6 meses: julio-diciembre 2011 (3 pre y 3 postintervención). Muestra: Pacientes con nutrición artificial: enteral o parenteral. Recogida de datos: grafica enfermería, analíticas, programa informático nutricional. Marcamos objetivos confeccionando indicadores relacionados con ellos:

Objetivo	Indicadores	Objetivo 2011
Valorar estado nutricional de pacientes ingresados	Nº pacientes con valoración en el ingreso/ Nº pacientes con nutriciones especiales x 100	80%
Conocer requerimientos energéticos en función de situación clínica y estado nutricional.	Nº pacientes con cálculo de requerimientos nutricionales / Nº pacientes con nutriciones especiales x 100	85%
Nutrición precoz	Nº pacientes con algún tipo de nutrición introducida en <48h del ingreso / Nº pacientes con nutriciones especiales x 100	85%
Determinación de glicemias y pauta de insulina	Nº pacientes con controles de glicemia / Nº pacientes tratados con nutriciones especiales x 100	75%

Intervención de mejora: creación de protocolos, metodología y sistemática de aplicación, mejora en el manejo informático. A mitad de periodo explicación, dando formación del programa informático y sistemática de recogida de muestras.

Resultados: 33 pacientes (20% de ingresados) reciben nutrición artificial.

Tabla resumen:

	Preintervención	Postintervención	% de mejora
Pacientes con Nutrición (Nº Total pacientes)	15 (80) = 18,7%	18 (81) = 22,2%	
Control analítico realizado	46,6%	100%	53,4%
Datos introducidos sistema informático	26,6%	61%	34,4%
Inicio nutrición < 48 h.	73%	78%	5%
Control glicemias	80%	100%	20%
Pautas insulina	73,3%	94,4%	21,1%

Conclusiones: Los objetivos y tareas dependientes del personal de enfermería se han mejorado completamente hasta llegar al 100%. La parte dependiente del personal médico: cumplimiento más errático.

Aunque existe mejoría en todos los indicadores, en 2 de ellos no se ha conseguido superar el objetivo marcado.

En 2012 hemos hecho incidencia en los objetivos dependientes del personal médico con el fin de mejorar resultados, pues la nutrición es cosa de todo el personal.

P105 Factores asociados a situaciones de malnutrición en pacientes ingresados en unidades de Agudos de Geriátría

German Guzmán Gutiérrez¹, María García Ríos¹, Beatriz García García¹, María Margarita Menéndez Campos¹, Laura López Villarrea¹, José Gutiérrez Rodríguez¹, Juan José Solano Jaurrieta¹

¹Hospital Monte Naranco.

Objetivo: Analizar las variables y los factores de riesgo asociadas a situaciones de malnutrición en pacientes ingresados en las Unidades de Agudos.

Método: Estudio descriptivo transversal incluyendo pacientes ingresados en las Unidades de Agudos del Área de Gestión Clínica de Geriátría del Hospital Monte Naranco en un periodo de dos meses. Para determinar la situación nutricional y los factores asociados a la misma. Se recogieron una serie de variables mediante entrevista estructurada y la aplicación de instrumentos de medida: datos sociodemográficos, de situación clínica (diagnóstico de ingreso, fármacos, comorbilidad, dieta, disfagia, escala de Braden), deterioro funcional (I. Barthel), deterioro cognitivo (escala de Pfeiffer) y situa-

ción nutricional (IMC, Mini Nutritional Assessment o MNA, y parámetros antropométricos).

Resultados: 93 pacientes fueron incluidos en el estudio (edad 85,3 ± 5,23 años, mujeres 65,2%, procedentes de domicilio 65,2%, de residencia pública o privada 34,8%, Barthel 46,1 ± 32,88, Pfeiffer 3,65 ± 2, Braden 16,3 ± 3,1, con HTA 68,5%, DM 39,1%, demencia 27,2%, depresión 18,5%, cardiopatía 67,4% y disfagia 20,7%). Se obtuvo una media 26,6% ± 6,4 en el IMC (6,6% con bajo peso, 37% peso normal, 26,4% sobrepeso, 29,3% obesidad), 19,6 ± 4,5 en el MNA (con un 21,2% con desnutrición y un 59,1% en riesgo de desnutrición). Las mayores causas de ingreso fueron por insuficiencia respiratoria aguda 28,6%, infección urinaria 14,3%, insuficiencia cardiaca 20,9%, e infección respiratoria 14,3%, con una estancia media de 8,9 días.

Respecto a las variables estudiadas como factores asociados a malnutrición, presentaron diferencias estadísticamente significativas: el I. Barthel (76,92 ± 17,51 sin riesgo de malnutrición vs 50,75 ± 30,77 en riesgo de malnutrición; p.

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, los pacientes a mayor deterioro funcional, mayor deterioro cognitivo, o mayor riesgo de úlceras por presión, mayor riesgo de malnutrición. Además los pacientes con antecedentes de cardiopatía o depresión y los pacientes procedentes de residencias geriátricas tenían un mayor riesgo de malnutrición (OR = 1,36 IC95% = 1,16-1,6; OR = 1,33 IC95% = 1,14-1,55; OR = 1,36 IC95% = 1,15-1,59) que aquellos pacientes sin cardiopatía, depresión, o que provenían de domicilio.

P106 Valoración de la composición corporal en pacientes de cuidados intensivos con ventilación mecánica mediante bioimpedancia

Gabriela Lobo Támer¹, Juan Pablo Valencia Quintero¹, Luis Carlos Martínez Peña¹, M^a Soledad Monsalve Alvarez de Cienfuegos¹, María Sevilla Martínez¹, María Redondo Orts¹, Antonio Pérez de la Cruz¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: Existen muchos métodos para la estimación de la masa magra y masa grasa basados tanto en mediciones como ecuaciones predictivas, de todos ellos, el que resulta más fácilmente aplicable en el medio clínico es el análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA).

Objetivo: Valorar la composición corporal (CC) del paciente crítico con ventilación mecánica, mediante BIA.

Material y método: Se ha valorado la CC de pacientes con ventilación mecánica ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se realizó BIA de cuerpo entero con un analizador de multifrecuencia 50 Hz y 0,8 mA (Arken, Florencia, Italia), con electrodos en manos y

pies en las primeras 24 horas de ingreso, determinando: agua corporal total (TBW), agua extra e intracelular (ECW y ICW respectivamente), masa libre de grasa (FFM), masa muscular (MM) y masa celular corporal (BCM).

Resultados: Se ha analizado la BIA de 117 pacientes (52% ingresados en UCI General y 48% en UCI Cardiovascular), de los cuales el 69% eran varones. La edad promedio fue de $62,9 \pm 14,7$ años ($61,8 \pm 13,7$ años en varones y $65,6 \pm 14,7$ años en mujeres).

Llama la atención la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad, presentando sobrepeso el 41,9% de ellos, obesidad grado II el 12,8%, obesidad grado III el 7,7% y dos pacientes obesidad mórbida.

El análisis de la CC se presenta en la tabla 1.

Tabla 1.

Sexo		TBW (kg)	ECW (kg)	ICW (kg)	FFM (kg)	FAT (kg)	MM (kg)	BCM (kg)
Varón	Media	48,0	24,8	25,5	62,4	15,2	40,5	39,1
	DE	9,6	20,9	7,8	12,8	12,7	11,0	64,0
Mujer	Media	40,1	20,8	19,3	51,4	16,5	31,2	24,4
	DE	11,5	5,7	9,5	15,8	12,4	13,8	13,3
Total	Media	45,6	23,5	23,6	59,0	15,6	37,6	34,6
	DE	10,8	17,7	8,8	14,7	12,5	12,6	54,0

Conclusiones: La técnica BIA no es invasiva y resulta relativamente económica, aunque su fiabilidad en el paciente crítico puede depender de factores como la presencia de fiebre, el desequilibrio electrolítico y la presencia de edemas.

La cuantificación y distribución de los líquidos corporales mediante BIA podría ser de utilidad en el manejo del tratamiento hídrico y balance de los mismos.

P107 El Índice de Masa Corporal como marcador pronóstico en Medicina Intensiva

Miguel Ángel García-Martínez¹, Tetyana Cherednichenko¹, Yolanda Hidalgo-Encinas¹, Ana Isabel Catalá-Espinosa¹, Eugenio Herrero Gutiérrez¹, Inmaculada Flores Lucas¹

¹Hospital de Torrevieja.

Objetivos: Evaluar la asociación del Índice de Masa Corporal (IMC) con variables demográficas, de comorbilidad, gravedad, terapia necesaria, complicaciones durante el ingreso y pronóstico en pacientes que ingresan en una Unidad de Medicina Intensiva (UMI).

Material y métodos: Estudio retrospectivo en una UMI polivalente de 14 camas, desde julio de 2010 hasta noviembre de 2012. 2685 enfermos generaron 2.853 estancias. El IMC no se recuperó en 149 casos, y la muestra final fue de 2.536 enfermos. Se trató el IMC como

variable continua, se categorizó según la clasificación de la OMS, y se añadió un nivel de obesidad extrema (IMC ≥ 40). Se definieron variables demográficas, de comorbilidad, gravedad, terapia, complicaciones, y de resultado.

Resultados: El IMC medio fue de $27,92 \pm 5,86$. El grupo sobrepeso tuvo mayor proporción de hombres (p Comorbilidad: El grupo de bajo peso tuvo más hepatopatía (p = 0,018 OR 2,89 IC95% 1,28-6,53). El grupo de obesidad tuvo más HTA (p Gravedad: El grupo de bajo peso tuvo una mayor puntuación en la escala APACHE II (p < 0,03). Terapias: el grupo de bajo peso requirió más VMI (p = 0,005 OR 2,14 IC95% 1,24-3,7), y el de sobrepeso menos (p = 0,003 OR 0,78 IC95% 0,65-0,93). No hubo diferencias en las complicaciones evolutivas. Resultado: El tiempo de VMI fue mayor en el grupo de obesidad (p = 0,014). El grupo de obesidad extrema presentó menor mortalidad (p = 0,016 OR 0,38 IC95% 0,15-0,95), que se mantuvo tras ajustar por APACHE II y sexo (p = 0,036 Exp (B) 0,33 IC95% 0,12-0,92).

Conclusiones: La obesidad se asoció a los diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia. El IMC no se asoció a un peor pronóstico, e incluso los pacientes con IMC > 40 tuvieron menor mortalidad

P108 Resultados del protocolo de bacteriemia zero en pacientes de cuidados críticos con nutrición parenteral, tras un año de implementación

Carmen Morente Marcos¹, María Jesús Machado Ramírez¹, María José Navarro Fernández¹, Gabriela Lobo Támer¹

¹Hospital Virgen de las Nieves.

Introducción: La bacteriemia relacionada con catéteres vasculares es la segunda complicación adquirida en UCI, su prevalencia se puede modificar con la incorporación de medidas funcionales durante la inserción y mediante el cumplimiento exhaustivo del protocolo de Bacteriemia Zero en la manipulación de los mismos.

Objetivos:

- Estudiar la prevalencia de bacteriemia en pacientes de cuidados críticos que han recibido soporte nutricional con nutrición parenteral (NP) por vía central.
- Comprobar resultados tras un año de Implementación del protocolo de cuidados de enfermería tanto en la canalización de vías centrales como en los cuidados posteriores de las mismas.

Material y métodos: Del informe facilitado por el Servicio de Microbiología en el que constan todos los catéteres centrales venosos cultivados desde el 1-01-12 de enero hasta el 30-11-12, se seleccionaron los contaminados y que correspondieran a pacientes que recibieron NP.

A continuación se estudió el desarrollo microbiano en muestras de hemocultivo, confirmando la presencia de

bacteriemia cuando éste fuera positivo y con el mismo germen contaminante del catéter.

Resultados: Se realizó el cultivo de 126 puntas de catéter central, de las cuales 33 (26,1%) han sido positivas. El 18,18% presentó contaminación polimicrobiana, siendo los hallazgos más frecuentes de St. Coagulasa (27,27%), St. Epidermis y Pseudomona Aaeruginosa (12,12%), kleishella pnemoniae, Staphylococcus Aureus, Enterococcus faecalis y Cándida Albicans (9,09%), Morganella Morgani y Enterobacter SP (6,06%), Proteus Mirabilis, Echerichia Coli, Klebsiela Oxytoca, Staphylococcus Hominis, Raoutella ornithinolytica y Serratia Marzensens (3,03%).

Desde el 1 de enero hasta el 30 de noviembre de 2012 recibieron NP 92 pacientes, de ellos, 10 presentaron contaminación bacteriana (10,86%), confirmándose. De esos 10 pacientes, el 30% presentó contaminación polimicrobiana, siendo los más habituales: St. Coagulasa (30%), Candida Albicans (20%), Enterobacter Cloacae (20%), Klebsiela Pneumoniae (20%), Enterococcus Faecalis (10%).

Conclusiones: Comparando con resultados del año anterior, cuyo porcentaje de contaminación de catéter de los pacientes que recibieron NP fue del 13,4%; este año se ha observado un descenso del número contaminaciones hasta el 10,86%, mientras que en UCI el descenso fue de 31,8% a 26,1% desde la implementación del protocolo de Bacteriemia Zero.