

las necesidades pregestacionales 15 días posparto, salvo en la paciente con PTT. El control glucémico mejoró, tanto por GMI como por TIR, de forma paralela al uso en modo automático. El TBR < 63 mg fue < 4% excepto en una paciente (realizó programa de reeducación terapéutica). No hubo hipoglucemias graves. La paciente con PTT abandonó el uso en modo automático en el posparto (SmartGuard 98% - > 15%), pasando de TIR 94% a 86%. La A1c fue en las 3 pacientes < 6,5%, con una aceptable correlación con GMI en cada trimestre.

Conclusiones: El uso del sistema 780G durante la gestación parece factible y seguro, pero con comportamiento heterogéneo entre las pacientes. El seguimiento por GMI y TIR podría ser superior a A_{1c} detectando cambios de manera precoz. Es preciso ampliar nuestro tamaño muestral para poder extraer conclusiones estadísticamente significativas.

NUTRICIÓN

269. VALORACIÓN NUTRICIONAL SISTEMÁTICA EN PACIENTES INGRESADOS EN ONCOLOGÍA

I. Hernando Alday¹, V. Arosa Carril¹, J.R. Barceló Galíndez², L.A. Calles Romero¹, E. Etxeberria Martín¹, C. Figaredo Berjano², N.C. Iglesias Hernández¹, A. Monzón Mendiola¹, L. Sande Sardina² y J. Rodríguez Soto¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Basurto, Bilbao. ²Oncología Médica, Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Introducción: La desnutrición es un problema frecuente a nivel hospitalario, más aún entre los pacientes con cáncer. Sin embargo, pasa desapercibido con frecuencia.

Métodos: Valoración de pacientes ingresados de forma consecutiva en Oncología, para analizar de forma preliminar cuántos cumplían criterios diagnósticos de desnutrición y si ello guardaba relación con lo estimado mediante el sistema de cribado MUST. Las variables categóricas (frecuencia y porcentajes) se han comparado con el test exacto de Fisher. Las variables cuantitativas (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico) se han comparado con la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney, haciendo las correlaciones entre variables cuantitativas discretas con el estadístico Rho de Spearman. Para el análisis se ha utilizado el programa SPSS v29, asumiendo la significación estadística con un valor p < 0,05.

Resultados: Se han incluido 100 pacientes, con un 63% de hombres y una mediana de edad de 67,6 años [rango intercuartílico 61,5-73,8]. El 66% fue diagnosticado de desnutrición relacionada con la enfermedad, siendo el 35% moderada y el 31% grave. Entre aquellos con desnutrición, el 72,7% carecía de tratamiento nutricional previo. La estancia presentó una mediana de 6 días [4-9], ocurriendo un 11% de fallecimientos durante el ingreso. Se realizó una intervención nutricional en el 63% de casos, que consistió en su mayoría en pautar suplementos nutricionales. Esta intervención se realizó en un 35,3% de pacientes sin desnutrición. La gravedad de la desnutrición ha presentado una elevada correlación con el MUST de forma estadísticamente significativa (p < 0,001). Los pacientes con desnutrición presentaron una mayor estancia y una mayor frecuencia de exitus, de forma no significativa a nivel estadístico.

Conclusiones: La desnutrición es un problema infradiagnosticado que se podría detectar empleando el sistema de cribado MUST en los pacientes oncológicos hospitalizados de nuestro centro.

270. CRIBADO NUTRICIONAL CIPA Y SU RELACIÓN CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA, LA TASA DE REINGRESO PRECOZ Y LA MORTALIDAD A LOS 3 Y 6 MESES (PÓSTER SELECCIONADO)

C. Lorenzo González, E. Márquez Mesa, J. García Fernández, S.I. Guzmán Hernández, E. Oliva Delgado, M.T. Bercedo Bello y J.P. Suárez Llanos

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La desnutrición constituye un factor de mal pronóstico para el paciente hospitalizado, pudiendo incrementar el número y gravedad de las complicaciones de la propia enfermedad, reducir la capacidad de respuesta al tratamiento o el grado de respuesta inmune, y así incrementar su morbilidad. El cribado nutricional CIPA, desarrollado en nuestro centro, es positivo cuando se cumple al menos una de las siguientes condiciones: control de ingestas en 48-72h < 50%; albúmina < 3 g/dl, índice de masa corporal < 18,5 kg/m² o circunferencia del brazo ≤ 22,5 cm.

Objetivos: Relacionar los resultados del cribado nutricional CIPA desde su implantación en el centro con variables clínicas para establecer su capacidad pronóstica.

Método: Se revisaron retrospectivamente los resultados de los cribados CIPA realizados en el periodo 2014-2022. Se analizaron las variables de estancia hospitalaria, reingreso precoz y mortalidad a los 3 y 6 meses y su asociación con el resultado del CIPA. Todas ellas se ajustaron por edad, sexo y servicio de procedencia.

Resultados: Se incluyó en el análisis un total de 32067 cribados, de los cuales un 31,5% fueron positivos. Los pacientes con CIPA+ presentaron 2,8 días más en la mediana de la estancia hospitalaria frente a los pacientes con CIPA- (IC95% 2,6-3,1; p < 0,001). Se observó que los pacientes con CIPA+ presentaron una tasa de reingreso precoz superior a la de los pacientes con CIPA- (OR 1,2; IC95% 1,1-1,3; p < 0,001). En cuanto a la mortalidad a los 3 y 6 meses se objetivó que también fue superior de manera significativa en los pacientes con CIPA+ (OR 2,8; IC95% 2,6-3; p < 0,001 y OR 2,4; IC95% 2,2-2,6; p < 0,001; respectivamente).

Conclusiones: En una amplia población a estudio, se objetivó que el cribado nutricional CIPA es capaz de predecir un peor pronóstico clínico en los pacientes positivos.

271. DIFERENCIAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y MARCADORES CARDÍACOS ENTRE PACIENTES DM-2 Y NO DM-2 CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

C.M. Alzás Teomiro, A.M. Moyano Sánchez, C. Muñoz Jiménez, M.I. García Ramírez, M.J. Molina Puerta y A. Herrera Martínez

UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial y presenta una incidencia en ascenso. El porcentaje de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), principalmente, que presentan disfunción a nivel cardíaco es muy elevado. El NT-proBNP sérico y la fracción de eyección sistólica (FEVI) se correlacionan con la severidad y el pronóstico de esta entidad. El objetivo es evaluar el estado nutricional y la evolución clínica de pacientes con IC y ver si existen diferencias en aquellos afectos de DM2.

Métodos: 38 pacientes incluidos con al menos una hospitalización en el último año. Se realizaron valoraciones antropométricas, bioquímicas, ecográficas y funcionales. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v.24.

Resultados: 38 pacientes (72,2% varones). El 44,4% presentaba DM2 al momento de la valoración (100% DM2). Los pacientes con DM2 habían presentado de media más hospitalizaciones el último año por descompensación de la IC respecto a los no DM2. La FEVI medida por ecocardiograma de los pacientes DM2 era menor que los no DM2 (34,9 vs. 39,5%, $p > 0,05$), y de manera inversamente proporcional, el proBNP mayor (9.513,37 vs. 4.950,13, $p > 0,05$). Los pacientes DM2 tendían a tener mayor porcentaje de masa magra y menor de masa grasa medida mediante bioimpedanciometría que los no DM2, y presentaban un mayor ángulo de fase (5,47 vs. 4. 93°, $p > 0,05$). Los pacientes DM2 presentaban valores más bajos en la dinamometría en brazo dominante y contralateral. Los pacientes DM2 presentaban un control más estricto a nivel de colesterol LDL y triglicéridos que los no DM2.

Conclusión: La DM2 se asocia a una peor evolución clínica de la IC. Se debe realizar una valoración nutricional adecuada en estos pacientes, con y sin DM, y, si precisa, una intervención nutricional, para mejorar la evolución y pronóstico de su enfermedad. Más estudios son necesarios para establecer relaciones entre dichos parámetros.

272. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA

A.E. Sirvent Segovia^{1,2}, R. Miralles Moragrega¹, R.P. Quílez Toboso², Á. Vicente Albiñana¹, P. Ibáñez Navarro¹, J.J. Alfaro Martínez² y F. Botella Romero²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Almansa, Albacete. ²Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: La Unidad de Nutrición Clínica (UdNut) de nuestro hospital inició su actividad en septiembre de 2021. Es un dispositivo multidisciplinar que se encarga de la adecuada nutrición de los pacientes ingresados y de los que precisan soporte nutricional de forma ambulatoria. Sus integrantes principales son: facultativos especialistas en Endocrinología y Nutrición (EyN), dietista-nutricionista, Farmacia Hospitalaria y personal de enfermería. Desde la UdNut se han elaborado distintos protocolos, destacando (por aplicación en volumen de pacientes) el de cribado nutricional en pacientes ingresados, a nivel hospitalario; y el de valoración nutricional del paciente prequirúrgico, a nivel ambulatorio.

Objetivos: Describir el impacto que ha tenido la implantación de la UdNut en la demanda asistencial en el servicio de EyN en nuestro centro.

Métodos: Se recogieron los datos de interconsultas realizadas a EyN, tanto a nivel hospitalario (Hosp) como ambulatorio; así como los datos de nuestra actividad total en consultas externas (CCEE). Comparamos los datos del primer semestre de 2021 (sin UdNut) con los del primer semestre de 2022 (con UdNut).

Resultados: Interconsultas: 258 en el primer semestre de 2022 (143 en CCEE y 80 en Hosp), frente a 190 interconsultas en 2021 (126 en CCEE y 17 en Hosp). La actividad en Hosp de nuestro servicio ha aumentado a más del cuádruple. Las cifras totales de CCEE están en torno a 1,5 veces las del año previo.

Conclusiones: La implantación de la UdNut y de sus protocolos tienen un impacto marcado en la demanda asistencial del servicio de EyN. En nuestro caso, justifica la necesidad de dos facultativos en el servicio. La importancia a nivel sanitario y socioeconómico de la detección y tratamiento de la desnutrición de forma precoz debe hacernos reflexionar sobre la necesidad de implementar equipos multidisciplinarios con personal experto para su manejo.

273. VALORACIÓN NUTRICIONAL PREOPERATORIA EN PACIENTES DE CIRUGÍA CARDIACA

M. Lacarta Benítez, L. Serrano Urzaiz, W.V. González Sacoto, C. Moreno Gálvez, P. de Diego García, P. Trincado Aznar y A. Sanz París

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción y objetivos: La patología valvular y coronaria se asocia con un alto grado de afectación funcional por la disnea. La detección preoperatoria de desnutrición y/o sarcopenia puede ser un factor importante en la prevención de complicaciones posoperatorias. Su estudio es muy escaso en la literatura. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de malnutrición y sarcopenia en pacientes que van a ser intervenidos de valvulopatía y/o coronariopatía.

Métodos: Se realizó MNA para valoración nutricional, impedancia y dinamometría para el diagnóstico de sarcopenia, y ecografía del bíceps y cuádriceps. Se utilizó un estudio estadístico de comparación de medias con t-Student y de proporciones con chi cuadrado.

Resultados: Se valoraron 24 pacientes por coronariopatía y 78 con valvulopatía. NYHA 2 (RI: 1) vs. 2 (RI: 1) ($p: 0,8$), FE-VI 56,2 \pm 9,8 vs. 61,5 \pm 11,3 ($p: 0,1$), edad 69,6 \pm 8,5 vs. 66,1 \pm 12,0 ($p: 0,1$). Hombres 98,5 vs. 50% ($p: 0,0001$), fuerza de mano disminuida 14,3 vs. 20,4% ($p: 0,4$), FFMI disminuido 0 vs. 6,1% ($p: 0,4$). MNA normal 75 vs. 78,2%, riesgo 25 vs. 21,8%, desnutridos 0 vs. 0% ($p: 0,4$). Diabetes 47,4 vs. 18,3%, IMC 30,3 \pm 4,7 vs. 27,3 \pm 5 ($p: 0,014$), circunferencia abdominal 109,3 \pm 12,4 vs. 97,9 \pm 13,8 ($p: 0,001$), grosor bíceps 35,9 \pm 4,8 vs. 30,6 \pm 6,7 ($p: 0,0001$) y grosor de cuádriceps 33,2 \pm 10 vs. 28,5 \pm 8,7 ($p: 0,03$).

Conclusiones: La prevalencia de malnutrición o sarcopenia es baja entre los pacientes en preoperatorio de valvulopatía y/o coronariopatía. El grosor del cuádriceps fue menor que el bíceps, probablemente como consecuencia de la claudicación intermitente.

Aspectos éticos: aprobado por el comité de ética local (PI22/062).

274. PRESCRIPCIÓN DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN EL ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA 2016-2021, ESTUDIO TRANSVERSAL

C. Arnás León¹, G. Sánchez Sánchez², A. Hernández Lázaro¹, R. de León Durango¹, B. Santana Ojeda¹, A. Calleja Fernández³, I. García Puente¹ y P. de Pablos Velasco¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Farmacia, Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Profesor colaborador, UOC.

Objetivos: Valorar el patrón de prescripción de suplementos nutricionales (SN) en el Área Norte de Gran Canaria en el periodo 2016-2021.

Métodos: Basándonos en el formulario digital de la receta electrónica que se utiliza para la prescripción de SN hemos analizado la primera prescripción en el periodo 2016-2021, que puede ser realizada por cualquier médico del SCS. Variables: edad; género; etiología de la enfermedad relacionada con la desnutrición (DRE); requerimientos nutricionales (RN), índice de masa corporal (IMC), porcentaje de la pérdida de peso (PP) en 3 meses, albúmina y número de SN prescritos. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm DE, las variables cualitativas en porcentaje, para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la t de Student para muestras independientes o el ANOVA.

Resultados: Se identificaron 10.595 prescripciones correspondientes a 6.661 pacientes (46,3% varones). La edad media fue de

72,84 ± 15,93 años, IMC fue de 20,60 ± 3,98 kg/m², el porcentaje de la pérdida peso fue de 11,89% ± 8,32, el tiempo medio de pérdida de peso fue de 5,15 ± 3,57 meses; albumina 3,08 ± 0,63 g/dl. La etiología de la DRE fue: cáncer 42,6%; procesos degenerativos del SNC 28,9%; ACV 3,9%; intestino corto 6,9%; enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 5,5%; el 12,2% fueron excluidos de esta variable por diagnósticos incongruentes. El 8,9%; el 36,9% y el 54,2% presentaban RN del 100%, del 50% y del 25% respectivamente. En relación con el número de SN prescritos el 40,4%, el 36,6% y el 23,0% recibieron 1, 2 o 3 SN. Los mayores requerimientos se asociaron con mayor número de suplementos (P 0,000), pero el 40,8% de los pacientes que tenían RN superiores al 50% recibían solo 1 SN.

Conclusiones: Un porcentaje importante de pacientes que reciben SN o no se valora adecuadamente sus RN o están infratratados. Se precisa más formación entre los prescriptores no especializados.

275. DESCENSO EN COSTES Y RECURSOS SANITARIOS TRAS EL USO DE SUPLEMENTOS DE NUTRICIÓN ORAL EN PACIENTES AMBULATORIOS CON DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

I. Cornejo-Pareja¹, K. Kerr², M. Ramírez³, V. Simón-Frapolli¹, M. Camprubi-Robles³, I.M. Vegas-Aguilar¹ y J.M. García-Almeida^{1,4}

¹UCG Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Abbott Nutrition, Columbus, EE. UU. ³Abbott Nutrición, Abbott Nutrición, Granada. ⁴Universidad de Málaga.

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) tiene una elevada prevalencia, con consecuencias clínicas severas y un alto impacto económico. El apoyo nutricional contrarresta eficazmente sus efectos negativos e incrementa la supervivencia. La suplementación nutricional oral (SNO) enriquecida en beta-hidroxibeta-metilbutirato (HMB) aporta beneficios para la salud y mejora la masa muscular y estado funcional de los pacientes.

Objetivos: Analizar retrospectivamente el empleo de recursos sanitarios y costes tras usar SNO en 283 pacientes con DRE.

Métodos: Se recogieron número de ingresos hospitalarios, atención en urgencias (AU), atención primaria (AP) y especialista (AE), y su coste durante un año antes y después de la SNO. Se usó regresión de Poisson univariante para comparar entre visitas a los 3, 6 y 12 meses antes y después de la suplementación. La comparación del coste total se evaluó mediante t de Student. El efecto de la SNO en el uso de recursos sanitarios y su coste se evaluó usando un modelo de diferencias en diferencias (DID) teniendo en cuenta las características demográficas del paciente y el uso del suplemento.

Resultados: De los 283 pacientes, 240 recibieron SNO con HMB. La edad media fue 59,6 ± 14,5. Los ingresos hospitalarios por paciente disminuyeron significativamente en los 3 ($\beta = -1,31$), 6 ($\beta = -1,23$) y 12 ($\beta = -1,12$) meses tras la SNO. Las visitas al AU, AP y AE también disminuyeron en todos los periodos de tiempo. Los costes totales fueron inferiores tras la SNO en 8.722 € durante 3 primeros meses, 11.550 € en 6 meses y 13.675 € en 12 meses. El modelo DID mostró que los pacientes que recibieron SNO tuvieron menos ingresos hospitalarios, visitas AU, visitas AP, y visitas AE durante los 12 meses de estudio.

Conclusiones: Este estudio apoya que la mejora del estado nutricional y funcional de los pacientes con DRE mediante el tratamiento con SNO logra reducciones significativas en el uso de recursos sanitarios y costes asociados.

276. SOPORTE NUTRICIONAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: MEJORAR EL PERFIL INFLAMATORIO PARA RECUPERAR LA FUNCIÓN CARDIACA

A.D. Herrera Martínez^{1,2}, C. Muñoz Jiménez^{1,2}, C. Alzas Teomiro^{1,2}, J. López Aguilera^{2,3}, A. Jurado Porcel^{2,4} y M.J. Molina Puertas^{1,2}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²IMIBIC, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Inmunología Clínica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad alcanza el 18% en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), la prevalencia de sarcopenia es aún mayor, de allí, que se asocian a una alta morbilidad. En este contexto, el soporte nutricional se perfila como una herramienta fundamental para garantizar una recuperación funcional cardiaca, disminuir nuevos ingresos hospitalarios, facilitar el rendimiento físico, y mejorar la calidad de vida.

Métodos: Ensayo clínico abierto, aleatorizado, controlado, en pacientes con al menos una hospitalización por insuficiencia cardiaca en el último año. Se compararon dos grupos: 1. Dieta mediterránea y actividad física; 2. Dieta mediterránea, suplementación nutricional (suplemento oral hipercalórico, hiperproteico con hidratos de carbono de absorción lenta y mezcla de fibras) y actividad física. Se realizó una valoración nutricional morfofuncional y se incluyeron parámetros bioquímicos e interleucinas (IL) circulantes.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (71,1% varones), 19 en cada grupo. Antropométricamente, el grupo de intervención presentó mayor aumento de masa celular, masa magra y masa ósea por bioimpedanciometría que el grupo control ($p < 0,05$). Los pacientes que recibieron suplementación nutricional presentaron mayor aumento en niveles de hemoglobina y transferrina, así como mayor descenso en niveles de ferritina y PCR que los pacientes del grupo control ($p < 0,05$). Los niveles de pro-BNP disminuyeron en ambos grupos, siendo mayor el descenso en pacientes con suplementación nutricional ($p < 0,05$), del mismo modo, la mejoría en la fracción de eyección ventricular izquierda fue mayor en el grupo que recibió suplementación nutricional oral ($p < 0,05$). Las IL-6, IL-8 e IP-10 descendieron en todos los pacientes, siendo el descenso mayor en el grupo de intervención ($p < 0,05$).

Conclusiones: La valoración e intervención nutricional tienen un papel clave en la evolución clínica y pronóstico de los pacientes con IC, por lo que su incorporación rutinaria podría traducirse en menores tasas de ingreso y mortalidad en estos pacientes.

Financiación: Beca FSEEN Junior 2022.

277. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

V. Siles Guerrero¹, M. Titos Zamora², J.M. Guardia Baena¹, M. Novo Rodríguez¹, C. Novo Rodríguez¹, A. Muñoz Garach¹, I. Herrera Montes¹ y M. López de la Torre Casares¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²Endocrinología y Nutrición, Grado de Nutrición, Universidad de Granada.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica y compleja del tracto gastrointestinal, cuyos cuadros más representativos son la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). Ambas influyen en las dimensiones psicológicas, familiares y sociales de los pacientes, afectado desfavorablemente a la calidad de vida relacionada con la salud.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo realizado ambulatoriamente, en el que se incluyeron a 25 pacientes que acudieron a la consulta de EI. Las variables analizadas fueron el sexo, edad, tipo de enfermedad y tiempo de evolución junto con la versión de 32 ítems del cuestionario validado *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ-32), que considera los síntomas digestivos, sistémicos, afectación emocional y social durante las 2 últimas semanas.

Resultados: Población de edad comprendida entre 23-68 años, con una distribución equitativa entre mujeres y hombres. El 64% de los pacientes padecen EC, mientras que el 36% CU. El tiempo de evolución comprendía desde 1 año a 43 años. La puntuación total del IBDQ-32 oscila entre 32 a 224 puntos, indicando una puntuación más alta una mejor calidad de vida percibida. Del total de los encuestados, el 28% presenta una mala calidad de vida (≤ 129 puntos), mientras que para un 36% es moderadamente buena (130-169 puntos) y para el 36% restante es buena (≥ 170 puntos). La mayoría, con un 72% valoraban su calidad de vida como buena o moderadamente buena.

Conclusiones: La EI es una patología que afecta a cada persona de manera individual. La mayoría de los afectados solo se consideran enfermos durante la fase activa de la enfermedad, sin embargo, la imposibilidad de predecir cuándo o por qué ocurrirá implica vivir constantemente en un estado de incertidumbre. Esto afecta a su vida diaria, limitando sus actividades y condicionando sus relaciones laborales, de ocio y personales, sin diferenciar entre el género, edad o tipo de EI.

278. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL ESTÁNDAR VS. ENRIQUECIDA CON LEUCINA: CAMBIOS MORFOFUNCIONALES E INFLAMATORIOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

S. León Idougourram^{1,2}, C. Muñoz Jiménez^{1,2}, A. Jurado Porcel^{2,3}, A. Calañas Continente^{1,2}, M.J. Molina Puertas^{1,2} y A.D. Herrera-Martínez^{1,2}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²IMIBIC, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Inmunología Clínica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La desnutrición en pacientes con cáncer afecta negativamente la tolerancia al tratamiento, la respuesta clínica y la supervivencia. Actualmente la evidencia sobre el uso de suplementos orales nutricionales (SON) específicos es limitada en pacientes con cáncer.

Métodos: Ensayo clínico controlado, aleatorizado, abierto en el que se aleatorizaron los pacientes para recibir soporte nutricional con SON hipercalóricos hiperproteicos estándar (con lactoproteína sérica) vs. enriquecido con leucina durante doce semanas. Se realizó una valoración morfofuncional, bioquímica y se evaluaron interleucinas (IL) circulantes. Todos los pacientes recibieron suplementación adicional con vitamina D.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes. Los parámetros antropométricos de ambos grupos se mantuvieron estables después de la intervención. La masa extracelular tendió a aumentar en los pacientes que recibieron la fórmula enriquecida con leucina ($p = 0,05$). La funcionalidad y la calidad de vida mejoró en ambos grupos ($p < 0,001$). Los niveles séricos de prealbúmina y transferrina, así como el tejido adiposo superficial aumentaron en el grupo control ($p < 0,05$), sin embargo, no se observaron diferencias ecográficas musculares entre ambos grupos. Los niveles circulantes de PCR disminuyeron en todos los pacientes ($p < 0,05$) en especial en el grupo control; los niveles circulantes de IL-6, IL8, IP-10 y MCP-1 disminuyeron en ambos grupos sin diferencias significativas entre ellos, a pesar de que niveles basales más altos de IL-8, IL10 y MCP-1 se asociaron con mortalidad en toda la cohorte ($p < 0,05$).

Conclusiones: El soporte nutricional hipercalórico, hiperproteico con lactoproteína sérica y vitamina D se asoció con el mantenimiento de la composición corporal, mejoras en la funcionalidad y en la calidad de vida en pacientes con cáncer en tratamiento sistémico, sin que se observasen beneficios significativos adicionales al utilizar una fórmula enriquecida con leucina. La determinación de IL circulantes podría ser un marcador pronóstico en estos pacientes.

279. IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA RICA EN CIRUGÍA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL. ESTUDIO PRELIMINAR

I. López Cobo, S. Torrejón Jaramillo, A. Peñalva Arigita, P. García-Sancho de la Jordana, G. Francisco Expósito, H. Navarro Martínez, I. Berges Raso, M. Lecha Benet, LL. Vila Ballester y M. Albareda Riera

Endocrinología y Nutrición, Complexe Hospitalari i Universitari Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Introducción: No hay datos publicados sobre la vía de recuperación intensificada en cirugía del adulto (RICA) en la cirugía (IQ) de carcinomatosis peritoneal (CP) con citorreducción (CR) más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). Antes de la vía RICA todos los pacientes recibían nutrición parenteral (NP) desde primer día pos-IQ.

Objetivos: Analizar el impacto del protocolo RICA en la CP con CR+HIPEC en días de NP, estancia hospitalaria (EH) y complicaciones quirúrgicas (CQ).

Métodos: Estudio retrospectivo desde 3/2022-12/2022. Valoración nutricional preIQ a todos los pacientes (VGS + GLIM), intervención nutricional en malnutrición o riesgo. Clasificación por grupos (RICA 1, 2 y 3), según complejidad de la IQ, con vías de recuperación diferentes. RICA1: no resección intestinal, ingesta oral precoz, no NP. RICA2: NP dependiendo de extensión resección intestinal. RICA3: todos NP. Variables: edad, sexo, tipo neoplasia, días NP, días EH, CQ, estado nutricional pre-IQ, suplementación pre-IQ.

Resultados: 60 pacientes, 52% mujeres, edad mediana 63 años (37-83, IQR 20). Neoplasias más frecuentes: colorrectal 46,7%, ovario 16,7%, pseudomixoma peritoneal 15%. RICA1 11,7%, RICA2 71,7%, RICA3 16,7%. Mediana de días NP: RICA1 0 (IQR 4), RICA2 7 (IQR 3), RICA3 7 (IQR 4). Mediana de días EH ($p = 0,049$): RICA1 7 (IQR 5), RICA2 10 (IQR 6), RICA3 12,5 (IQR 7). Desnutrición o riesgo pre-IQ: RICA1 14,3%, RICA2 35%, RICA3 40%. Suplementación oral RICA1 14,3%, RICA2 35%, RICA3 30%. Un 43% presentó ≥ 1 CQ, las más frecuentes: ileo paralítico (10%), dehiscencia de sutura (5%), fístula pancreática (5%), linforragia (5%), colecciones abdominales (3,3%), hemorragia (3,3%).

Conclusiones: La clasificación RICA 1,2 y 3 permite adecuar el soporte nutricional pos-IQ, reduciendo días de NP y EH. Este es el primer estudio comunicado en España sobre la implantación de la vía RICA en CP con CR + HIPEC, y el primero en que se valora la complejidad IQ para establecer vías de recuperación diferentes.

280. GASTROSTOMÍA RADIOLÓGICA PERCUTÁNEA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA: NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN 6 MESES

M.C. Bautista Recio¹, M.J. Vallejo Herrera¹ y V. Vallejo Herrera²

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional de Málaga.

²UGC Radiodiagnóstico, Hospital Regional de Málaga.

Introducción: La gastrostomía radiológica percutánea (PRG) es una de las técnicas de elección para la nutrición enteral a largo plazo.

Objetivos: Analizamos el resultado de las técnicas de PRG con respecto a morbilidad y mortalidad, complicaciones asociadas du-

rante la estancia hospitalaria y tras el alta, así como resultados nutricionales.

Métodos: Se evaluó retrospectivamente una cohorte de 30 pacientes programados para inserción de PRG durante 6 meses. La planificación fue hospitalaria 30% y ambulatoria 70%. Fallecieron 5 pacientes por su enfermedad de base.

Resultados: Analizamos un total de 30 PRG en pacientes con una edad media de 60 años. El 74% eran varones y 26% mujeres. Los Servicios de derivación fueron Neurocirugía/Neurología, seguidos de ORL, Maxilofacial y Endocrinología. Las indicaciones de PRG fueron cáncer de cabeza y cuello, enfermedad cerebrovascular y demencia y tras politraumatismo. La estancia media hospitalaria de estos pacientes fue de 53 días. No hubo complicaciones posprocedimiento, salvo un caso con íleo paralítico transitorio. Las fórmulas de nutrición correspondían a fórmulas poliméricas hiperproteicas hipercalóricas en todos los casos. Habitualmente se mantuvo la misma fórmula nutricional al alta hospitalaria. La administración de la nutrición enteral por PRG fue en perfusión continua durante el ingreso con paso a gravedad al alta en la mayoría de casos. Los pacientes presentaban un IMC promedio de 23 (16-40). Durante el seguimiento en las consultas de Nutrición un 64% de los pacientes incrementaron su IMC en un promedio de 2-4 y el 26% restante mantuvo su IMC inicial.

Conclusiones: La inserción de PRG hospitalaria es una técnica segura para la nutrición enteral a largo plazo, con una baja tasa de morbilidad y complicaciones asociadas.

281. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: DATOS DE HOSPITALIZACIÓN EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (CAUSA)

A.S. Sánchez Velasco, A. Herrero Ruiz, X.C. Vivas Vaca, L.M. Tolentino Martínez, J.A. Leandro Hernández, Á. Valverde Márquez, A.I. Sánchez Marcos, C. Robles Lázaro, M.M. Delgado Gómez y M.T. Mories Álvarez

Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: La unidad de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en CAUSA se creó en 2008. El objetivo de este trabajo fue determinar las características de los pacientes ingresados entre los años 2017-2021 y analizar el efecto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con TCA ingresados en el CAUSA entre 2017 y 2021.

Resultados: Fueron en total 31 pacientes (86,8% mujeres, 13,2% varones) que generaron 38 ingresos. Todos los pacientes estaban diagnosticados de anorexia nerviosa (AN) (83,9% restrictiva, 16,1% purgativa). El principal motivo de ingreso fue la desnutrición (81,6%). La mediana de edad al ingreso fue 16 años (RIC 13-32,3) y la estancia media de $26,2 \pm 20,3$ días. En este periodo, el 80,6% presentaron un ingreso, el 16,1% dos y el 3,2% tres. Respecto al IMC el 78,9% de pacientes presentaban desnutrición severa, 7,9% moderada y 10,5% leve. El 94,1% ganó peso durante el ingreso, con una media de $2,2 \pm 1,8$ kg. El 52,6% de pacientes requirió solo suplementación nutricional oral (SNO), el 36,5% recibió además nutrición enteral (NE) por sonda nasogástrica y el 2,6% NE y parenteral. El 51,6% de los pacientes presentó comorbilidad psiquiátrica, siendo la más frecuente depresión (25,7%). Una paciente presentó síndrome de realimentación. El 78,9% presentaba déficit de algún micronutriente siendo el más frecuente el de 25-OH Vitamina D (66,7%). El 73,7% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio y el 26,3% trasladados a otro centro. Hubo un total de 5 ingresos en 2017 (13,2%), 6 en 2018 (15,8%), 2 en 2019 (5,3%), 12 en 2020 (31,6%) y 13 en 2021 (34,3%).

Conclusiones: El diagnóstico de TCA más frecuente en los pacientes ingresados en el CAUSA fue la AN, predominando el tipo restrictivo;

siendo la causa más frecuente la desnutrición. Se ha registrado un aumento significativo de ingresos por TCA en los años 2020 y 2021, en probable relación con la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2.

282. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA NUTRICIONAL

I. Zayas Aguilar¹, M. González Pacheco¹, M.M. Roca Rodríguez¹, M. Alarcón Manoja², F. Domínguez Guerrero³ y F.J. Vilchez¹

¹UGC de Endocrinología y Nutrición, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²UGC de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

³Enfermera Gestora de Casos, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa con alta prevalencia de desnutrición. Es importante el diagnóstico nutricional por su implicación pronóstica.

Objetivos: Determinar las características clínicas y morfofuncionales en una serie de pacientes con ELA.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de ELA del Hospital Puerta del Mar (Cádiz).

Resultados: 17 pacientes, 58,8% mujeres, con una mediana de edad de 68 años y 64,9kg de peso. La mediana del tiempo de evolución de los síntomas es 39 meses (64,7% síntomas espinales). La distribución según el estadio de la enfermedad es: I 5,9%, II 35,3%, III 41,2% y IV 17,6%. La mediana de la puntuación de la escala ALSFRS-R es 32 (progresión moderada). El 64,7% presentan disfagia, con mediana de 6 meses de duración y el 35,3% presentan riesgo nutricional o están desnutridos (VSG B o C). Medianas de parámetros ecográficos nutricionales: (1) Recto anterior del cuádriceps: área 3,17 cm², eje Y 1,07 cm, (2) Tejido adiposo abdominal: total 1,73 cm y preperitoneal 0,55 cm, (3) masetero: 1,12 cm. Medianas de la BIA: ángulo de fase 3,7°, Hidratación 73,8%, masa libre de grasa 42,8%, masa grasa 23,1 kg, BCM 17,3 y ASMM 14,3 kg. Los pacientes con VSG B o C presentaron un mayor porcentaje de peso (11,1 vs. 1,65%; p 0,032) y una menor masa grasa (16,7 vs. 24,2 kg; p 0,039). Existe una correlación negativa entre la puntuación ALSFRS-R y la grasa preperitoneal ($r = -0,837$, $p < 0,001$), y correlaciones positivas entre el peso y la masa grasa ($r = 0,752$, $p < 0,001$), entre la masa magra y ASMM ($r = 0,966$, $p < 0,001$) y entre la masa magra y BCM ($r = 0,776$, $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra serie, la desnutrición es altamente prevalente. Globalmente existe una franca disminución del ángulo de fase, con una reducción significativa de la masa grasa en los pacientes desnutridos. Es necesario valorar el valor pronóstico de estos hallazgos en el seguimiento de la enfermedad.

283. GASTROSTOMÍAS EN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): UTILIZACIÓN, COMPLICACIONES Y SU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR

B. Oulad Ahmed, A. Piñar Gutiérrez, J.L. Pereira Cunill, I. González Navarro, P. Serrano Aguayo, A.J. Martínez Ortega, D. Tatay Domínguez, R. Vázquez Gutiérrez, P. Garrancho Domínguez y P.P. García Luna

Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Actualmente no está bien establecido si el empleo de gastrostomía aumenta la supervivencia en pacientes con ELA.

Objetivos: Describir la frecuencia de realización de gastrostomía en pacientes ELA atendidos en una Unidad Multidisciplinar. Describir las complicaciones asociadas y evaluar su impacto en la supervivencia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en la Unidad de ELA del Hospital Virgen del

Rocío entre 2015-2020. Las variables cualitativas se muestran como n (%), cuantitativas como P50 (P25-P75). Para la comparación de grupos se realizó el χ^2 para variables cualitativas y el test no paramétrico de comparación de medianas para las cuantitativas. Para el estudio de supervivencia se realizó el test de Kaplan-Meier y el test log rank para la comparación entre grupos.

Resultados: n = 175. Edad = 65 (56-73) años. Sexo: Varón = 92 (52,6%). Tiempo de seguimiento = 192,5 (121,5-337,75) semanas. Exitus = 84 (48%). Empleo ventilación mecánica = 60 (34,3%). IMC al diagnóstico = 26,06 (23,28-28,76) Kg/m². Disfagia = 112 (64%). Nutrición enteral = 99 (56,6%). Empleo de gastrostomía = 52 (29,7%); quirúrgica = 2 (3,8%); endoscópica 15 (28,8%); radiológica = 35 (67,3%). 5 (2,9%) sufrieron complicaciones relacionadas, solo 1 (1,9%) requirió ingreso por este motivo (neumonía por aspiración). 3 (5,7%) presentaron exudado, 2 (3,8%) granuloma y 3 (5,7%) infección local. No hubo diferencias entre técnicas a este respecto. La supervivencia global a 10 meses fue de 50,9%, a 20 meses de 43,1%. No existieron diferencias a 12 ni 24 meses entre pacientes con o sin gastrostomía (p = 0,52 en ambos casos). Tampoco entre pacientes con y sin gastrostomía que presentaban disfagia (p = 0,39).

Conclusiones: La gastrostomía se empleó en un tercio de los pacientes con ELA en nuestra Unidad. Las complicaciones asociadas fueron infrecuentes y de carácter menos. El empleo de gastrostomía no supuso un aumento de la supervivencia en pacientes con disfagia.

284. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE INTERCONSULTAS DE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Ruiz de Assín Valverde¹, M.C. López García², M. Jara Vidal¹, M. Gallach Martínez¹, R.P. Quílez Toboso¹, C. Gonzalvo Díaz¹, L. García Blasco¹, E. Parreño Caparrós¹, L.M. López Jiménez¹ y J.J. Alfaro Martínez¹

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Almansa.

Introducción: La Endocrinología y Nutrición (EyN) es una especialidad con un campo de acción tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. La Nutrición Clínica cada vez está cobrando mayor importancia, especialmente en planta de hospitalización y sobre todo en régimen de interconsulta (IC). Mediante este estudio se pretende conocer la evolución de la actividad de IC en planta de hospitalización por el servicio de EyN de un hospital de tercer nivel, comparando su evolución con respecto al resto de especialidades médicas y comparando IC por motivo endocrinológico con respecto a nutricional.

Métodos: Estudio longitudinal y retrospectivo donde se analizan las notas de IC del servicio de EyN y del resto de especialidades médicas entre el 01-01-2013 y el 31-12-2022.

Resultados: Se realizaron un total de 76.093 notas de IC (12623 pacientes) por el servicio de EyN (edad media 65,7 años; 59% varones) con una media de 4,6 notas por paciente, siendo el servicio médico del hospital con más IC atendidas. Del total de pacientes adultos hospitalizados en nuestro centro durante más de 4 días, EyN pasó de atender como IC el 7,9% (2013) al 12,3% (2022). Se pasó de realizar 5.665 notas de IC en 2013 (1.059 pacientes) a 11.142 en 2022 (1.650 pacientes), siendo el crecimiento anual promedio del 7% en notas y 4% en pacientes (versus 6% y 3% respectivamente del resto de servicios médicos, diferencias estadísticamente significativas mediante regresión de Poisson). Un 66% de los pacientes atendidos mediante IC por EyN fue por causa nutricional y un 34% por otros motivos.

Conclusiones: El servicio de EyN es el que más pacientes atiende en régimen de IC hospitalaria, con un crecimiento a lo largo de los últimos años mayor que el resto de especialidades médicas. La patología nutricional es el principal motivo de IC.

285. EVALUACIÓN DE LA OSMOLALIDAD DE BEBIDAS COMERCIALES PARA SU EMPLEO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON FALLO INTESTINAL

M.V. Romero Real¹, F. Mayo Olveira², M.Á. Valero Zanuy³, M.P. Gomis Muñoz² y C. Cueto-Felgueroso Ojeda¹

¹Servicio de Análisis clínicos, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El síndrome de intestino corto es una afección digestiva que cursa con absorción inadecuada de líquidos, electrolitos y nutrientes que puede conducir a una deshidratación o desnutrición. El manejo de estos pacientes es complejo, aunque la aparición de nuevas terapias que incluyen regímenes de rehabilitación intestinal tales como prescripción de dietas orales especializadas, fibra soluble, disoluciones de rehidratación orales (SRO) y factores tróficos, ha facilitado su tratamiento. Para una óptima absorción, la concentración de sodio, glucosa y osmolalidad de las SRO es fundamental. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS-UNICEF, la composición de las SRO debería presentar una osmolalidad 245 mOsm/Kg.

Objetivos: Se pretende evaluar la idoneidad o no del consumo de determinadas bebidas comerciales en pacientes con fallo intestinal.

Métodos: Se determinó la osmolalidad de 28 bebidas llevando a cabo medidas por triplicado en un analizador Osmo Station OM-6050 de Menarini Diagnostics por medida del descenso del punto de congelación. El conjunto de muestras incluyó bebidas azucaradas, energéticas, productos lácteos e infusiones. Para estas últimas, las condiciones de preparación de tiempo-temperatura fueron de 60s-100 °C.

Resultados: Se pueden distinguir tres grupos de bebidas: hipoosmolales, hiperosmolales y de osmolalidad análoga a la recomendada por la OMS.

Conclusiones: De acuerdo a los datos obtenidos, no sería recomendable en el manejo de pacientes con fallo intestinal el consumo de bebidas ricas en azúcares simples como zumos, bebidas azucaradas o determinados productos lácteos, ya que al tratarse de bebidas hiperosmolales, producen una elevada carga osmótica y, por tanto, tienden a exacerbar la diarrea osmótica subyacente. Tampoco serían óptimas, en el extremo opuesto, determinadas bebidas bajas en azúcares o infusiones que, debido a su hipoosmolalidad, podrían afectar, asimismo, al balance electrolítico.

286. PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES DESNUTRIDOS: OPTIMIZANDO LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL Y FUNCIONAL

S. Jiménez Blanco¹, M. López Ruano¹, R. Tovar Pérez², C. Knott Torcal¹, A. Justel Enriquez¹ y M. Marazuela Azpiroz¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: Los pacientes desnutridos suelen presentar una disminución de la masa muscular y una función física deteriorada. El efecto orexígeno, las mejoras en la composición corporal y en la fuerza son beneficios secundarios a la implementación de ejercicio físico en los planes de tratamiento y se traducen en una mayor autonomía. Así, el desarrollo de herramientas digitales para la prescripción de ejercicio debe concebirse como una valiosa adición a la práctica clínica.

Métodos: Se seleccionaron 5 pacientes del Hospital de La Princesa. Se realizó una evaluación nutricional, funcional y una propuesta de ejercicio físico adaptada con Abbott Nutrition & Exercise Tool (Abbott NET). A los tres meses se evalúa la experiencia de uso de la herramienta.

Resultados: La edad media es de $70,4 \pm 12,1$ años y el 40% son mujeres. Son seleccionados dos pacientes quirúrgicos en el posoperatorio, un paciente quirúrgico al alta, un pluripatológico y un paciente con diabetes tipo 2. El peso medio de los pacientes es $63,8 \pm 13,8$ Kg y su índice de masa corporal (IMC) de $21,6 \pm 2,5$ Kg/m². El 60% de los pacientes tiene una desnutrición severa (GLIM 2) y el 80% capacidad funcional baja (fuerza de prensión de la mano dominante < P25). Los pacientes remiten una valoración media de 6/8 puntos a los tres meses de la implementación del plan de ejercicio y tratamiento nutricional. La herramienta digital es intuitiva, valora de forma rápida y adecuada la desnutrición y la capacidad funcional y ofrece una propuesta de ejercicio individualizada y bien adaptada.

Conclusiones: La integración del ejercicio físico como parte del tratamiento en desnutridos puede agilizar la recuperación, mejora la capacidad funcional y la calidad de vida. Debe ser prescrito y supervisado por profesionales, teniendo en cuenta necesidades y limitaciones individuales. Las herramientas digitales facilitan la prescripción y garantizan la personalización.

Agradecimientos: Departamento Médico de Abbott.

287. EVOLUCIÓN DEL COCIENTE PCR/PREALBÚMINA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Mola Reyes¹, R. García Moreno¹, I. Lobo Lozano¹, P. Benítez Valderrama¹, I. Aguilera García¹, B. López Plaza² y S. Palma Milla¹

¹Unidad de Nutrición Clínica y Dietética, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

²Instituto de Investigación Sanitaria (Idi-PAZ), Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El cociente PCR/prealbúmina (CPP) ha sido utilizado para evaluar el riesgo de mortalidad en pacientes con patología aguda. El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución del cociente PCR/prealbúmina en pacientes hospitalizados durante su estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes hospitalizados valorados mediante interconsulta por la Unidad de Nutrición. El periodo de estudio fue de 4 meses e incluyó la determinación de CPP inicial y previa al alta hospitalaria. La valoración del estado nutricional se llevó a cabo mediante criterios GLIM. Análisis con R versión 4.1.2.

Resultados: Se incluyó un total de 241 pacientes (62% varones), con media de edad de 65 ± 17 años. El 35% presentó desnutrición moderada (DM), 34% desnutrición grave (DG) y 31% normonutridos. El 62% presentó complicaciones siendo las infecciosas las más frecuentes (42%). El 86% de los pacientes presentaron el criterio etiológico de inflamación (PCR > 5) en la valoración inicial. Respecto a la valoración inicial [0,290 (rango intercuartílico (RIC): 0,870)] en la valoración previa al alta [0,195 (RIC: 0,226)] los valores de la mediana de CPP se redujeron de forma significativa [-0,241 (-0,492; -0,082), $p < 0,001$]. Los no desnutridos tuvieron una mediana en la primera valoración de 0,388 (RIC: 1,11) y en la valoración previa al alta de 0,358 (RIC: 0,714). Los pacientes con DM, 0,456 (RIC: 1,06) en la primera y 0,168 (RIC 0,365) en la valoración final. Los pacientes con DG, 0,145 (RIC: 0,628) en la primera y 0,111 (RIC: 0,445) en la valoración previa al alta. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 21 días (RIC 25).

Conclusiones: En pacientes hospitalizados con una elevada prevalencia de desnutrición, el CPP desciende a lo largo de su estancia hospitalaria. Este cambio refleja probablemente la disminución del componente inflamatorio asociado a la enfermedad aguda y, en los pacientes desnutridos, podría asociarse a la respuesta al tratamiento nutricional.

288. ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA POR FALLO INTESTINAL CRÓNICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Hernández-Montoliu¹, M. Fernández Álvarez², R. López-Urdiales¹, E. Leiva Badosa², G. Creus Costas³, L. Santuario Verdú², L. Garrido Sánchez², M. Colls González², M. Estopiñá Antolí² y N. Virgili¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²Farmacia, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ³Unidad de Dietética y Nutrición, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) es la principal terapia para pacientes con fallo intestinal crónico. La NPD permite alargar la supervivencia de estos pacientes, pero conlleva una serie de consecuencias que afectan en las actividades diarias, pudiendo impactar notablemente sobre su calidad de vida.

Métodos: Estudio observacional en pacientes con NPD del Hospital Universitario de Bellvitge para evaluar la calidad de vida, mediante los cuestionarios validados de HPN-QoL (Home Parenteral Nutrition- Quality of Life®) y SBS-QoL (Short Bowel Syndrome- Quality of Life®). Además, se recogieron variables clínicas que pudieran afectar a los parámetros de evaluación de calidad de vida.

Resultados: De los 16 pacientes con NPD seguidos en nuestro centro, 11 completaron los cuestionarios. Todos ellos presentaban fallo intestinal crónico debido a patología benigna, en 10 de los casos por síndrome de intestino corto (6 debido a isquemia intestinal, 2 por resecciones intestinales secundarias a patología benigna, 1 por enfermedad inflamatoria intestinal y 1 por enteritis rádica) y el caso restante por dismotilidad. Siete de los pacientes eran portadores de estoma. La duración media de NPD fue de 136,1 meses y el volumen medio de 14,29L/semana. Se observó una asociación entre los resultados globales de ambos cuestionarios (HPN-QoL y SBS-QoL). Se evidenció una asociación positiva de la calidad de vida en ambos test con la duración de la NPD (mejor calidad de vida a mayor tiempo), volumen de NPD (mejor calidad a menos volumen) y si eran portadores de estoma (mejor calidad en pacientes con estoma, frente a los no portadores). No se estableció asociación de calidad de vida con la enfermedad de base.

Conclusiones: En pacientes con fallo intestinal crónico por patología benigna, una mayor duración de la NPD, un menor volumen de infusión y ser portador de estoma se asoció a un mejor resultado en los cuestionarios de calidad de vida.

289. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL COCIENTE DE NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS, SARCOPENIA Y NEUROTOXICIDAD EN PACIENTES CON LINFOMA CD30+ TRATADOS CON BRENTUXIMAB VEDOTIN

I. Peiró Martínez^{1,2}, M. Bellver Sanchís¹, C. Marco³, P. Andrés-Benito⁴, L. Arribas Hortigüela¹, A. Regina González-Tampán¹, E. González-Barca⁵, A. Sureda⁵, E. Domingo⁵ y R. Velasco³

¹Unidad Funcional de Nutrición Clínica, Instituto Catalán de Oncología, L'Hospitalet de Llobregat. ²Nutrición y cáncer, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat. ³Unidad de Neuro-oncología, Instituto Catalán de Oncología, L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Grupo de enfermedades neuro-degenerativas y neurogenética, Instituto de investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat. ⁵Departamento de Hematología, Instituto Catalán de Oncología, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La neuropatía periférica motora (NPM) es una toxicidad común en pacientes (pts) con linfoma CD30+ tratados con brentuximab vedotin (BV). La sarcopenia basal y la inflamación se han asociado con

toxicidad en pts con cáncer. Sin embargo, se desconoce la asociación entre la NPM por BV, la sarcopenia y la inflamación. El objetivo de este estudio es explorar la relación entre sarcopenia, inflamación sistémica y la neurotoxicidad inducida por BV en nuestros pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con linfoma CD30+ tratados con VB en nuestro centro. Los pacientes fueron evaluados antes (T0) y 1 mes tras finalizar el tratamiento (T1). El examen neurológico incluyó estudio de conducción nerviosa (NCS) en miembros superiores e inferiores. Se utilizó el cociente neutrófilos-linfocitos (NLR) como marcador de inflamación sistémica. El índice de musculoesquelético (SMI) se obtuvo de la tomografía computarizada rutinaria, calculando el área muscular a nivel de la 3ra vértebra lumbar. Este valor (SMI) se ajustó a la altura del paciente para determinar sarcopenia, utilizando puntos de corte publicados.

Resultados: Se incluyeron 20 pts, 11 mujeres (55%). Edad mediana 40 años (IQR: 21-75). La mediana de NLR en T0: 4,87 (IQR: 0,98-45) y disminuyó en T1 a 1,93 (IQR 0,77-45,2), $p = 0,012$. 11/20 pts (55%) tenían sarcopenia basal, con una media de SMI de $44,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ (DE: 7,8). No se observaron cambios en el SMI tras el tratamiento. La NPM por BV ocurrió en 17/20 pts (85%), en 28% de ellos clínicamente significativa (moderada a grave). Todas las amplitudes de los potenciales de acción motora disminuyeron con el tratamiento. No hubo relación entre sarcopenia, NLR y el desarrollo de MPN inducida por BV.

Conclusiones: La sarcopenia es una afección frecuente en pacientes con linfoma CD30+ y no se modifica después de recibir tratamiento con BV. En nuestros pacientes no se observó una relación entre inflamación sistémica, sarcopenia y neurotoxicidad inducida por el fármaco.

290. INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN GENÉTICA DEL SABOR AMARGO EN LA VALORACIÓN DEL SABOR EN LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES HIDROLIZADOS DE PROTEÍNAS (SNOPH)

J.M. Guardia Baena, V. Siles Guerrero y M. Novo Rodríguez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se pueden utilizar (SNOHP) para mejorar su tolerancia y absorción. Determinados aminoácidos presentes como la L-metionina o la L-lisina son amargos lo que puede provocar que tengan un peor sabor frente a otros. Planteamos si la capacidad genética de detectar el sabor amargo influirá en las preferencias personales de sabor y marca entre sujetos y controles.

Métodos: 27 pacientes con EII y 31 sujetos sanos (control) valoraron de forma simple ciega 9 SNOHP (sabor café y vainilla) en una escala Likert de 7 puntos en cuanto a olor, sabor, densidad (consistencia), valoración global, si lo encontró amargo, ácido, dulce y salado (en absoluto a totalmente) y que eligieran dos productos preferidos. Se consideró que un producto gusta si globalmente puntuó de 5 a 7 en más del 50% de los sujetos. Se valoró la predisposición genética a percibir el sabor amargo mediante muestra de saliva con el test de ADN TellMeGen y se confirmó mediante tira reactiva. El orden de prueba de los SNO se varió entre sujetos para evitar sesgos.

Resultados: No se encontraron diferencias en la percepción del sabor amargo ni en la valoración de los SNO entre pacientes y controles. A nivel general, los sabores de café fueron preferidos a los de vainilla. Destacaron las bajas valoraciones al sabor de los productos analizados excepto en 3 de los 9 productos que gustaron a más del 50% de los sujetos testados, siendo los 2 preferidos Vital Péptido 1,5 café y vainilla. Un 51,3% presentó capacidad media/intensa y un 43,5% nula/ligera de detectar el sabor. La predisposición genética a percibir el sabor amargo no alteró las puntuaciones globales de los productos amargos.

Conclusiones: No se encontraron diferencias en las valoraciones entre pacientes y controles. Los SNOHP preferidos fueron vital pép-

tido 1,5. La valoración de los diferentes SNO no se vio alterada por la percepción del sabor amargo de los sujetos.

291. DISFAGIA GRAVE DE ETIOLOGÍA POCO COMÚN. REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A. Al-Hiraki de la Nuez, S. Quintana Arroyo, N. Cruz Cruz, N. Pérez Martín, Y. García Delgado, S.I. del Ángel Tena y J. Peñate Arrieta

Servicio de Endocrinología y Nutrición, C. H. Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La disfagia es un síntoma prevalente que genera desnutrición y comorbilidades. Su estudio requiere la coordinación de un equipo multidisciplinar. Presentamos un caso de una enfermedad poco frecuente cuyo síntoma guía fue la disfagia.

Caso clínico: Varón de 62 años sin antecedentes que debuta en abril de 2022 con disnea, disfagia progresiva hasta afagia y síndrome constitucional (pérdida del 15% del peso en 3 meses). En la E. física destaca aspecto edematoso generalizado con facies toscas, placas cutáneas hipopigmentadas confluentes y marcada macroglosia con impronta dental. Valoración nutricional: NRS 2002: 3 pts. Valoración Global subjetiva: C. BIVA: Pha 4,5°, BCM 5,5 Kg, Hydra 82,7%, ECW/TBW 0,53: pérdida de masa celular y sobrehidratación. Dinamometría: 16 kg, $p < 5$. SARC-F: 6 pts. Estudio etiológico: *Fibroscopia de la deglución*: epiglotis engrosada, alteración en la seguridad y eficacia con 5 cc de néctar. *Biopsia del seno piriforme*: birrefringencia verde manzana, Rojo Congo+. Juicio Dx: disfagia orofaríngea grave secundaria a amiloidosis sistémica (AL). Desnutrición grave relacionada con la enfermedad. Dinapenia. Evolución: empeoramiento rápido sintomático, precisa gastrostomía percutánea y traqueostomía. Desarrolla complicaciones múltiples como sangrados gastrointestinales (GI), cuadro suboclusivo por sospecha de infiltración colónica, y diarreas que supeditan interrupciones de la nutrición enteral. Finalmente fallece en marzo de 2023 por neumonía.

Discusión: La AL es una entidad poco frecuente, infradiagnosticada y de mal pronóstico caracterizada por el depósito extracelular de la cadena ligera de las inmunoglobulinas. La afectación GI es infrecuente (8%) siendo el duodeno la localización más habitual y la de mayor rentabilidad diagnóstica para la biopsia. Dada la presentación insidiosa e inespecífica con malabsorción, gastroparesia, sangrado digestivo o disfagia es vital reconocer como endocrinos precozmente sus manifestaciones para mejorar el estado nutricional y el pronóstico.

292. LA IMPORTANCIA DE LA HORA DE LA CENA Y DE DORMIR EN LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA: UN ESTUDIO PILOTO

M. Izquierdo-Pulido^{1,4}, M.F. Zerón-Rugiero^{2,4} y T. Cambras^{3,4}

¹Departament de Nutrició, Ciències de l'Alimentació i Gastronomia, Campus de l'alimentació Torribera, Universitat de Barcelona. ²Departament d'Infermeria Fonamental i Mèdic-quirúrgica, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona. ³Departament de Bioquímica i Fisiologia, Facultat de Farmàcia i Ciències de l'Alimentació, Universitat de Barcelona. ⁴Institut de Recerca en Nutrició i Seguretat Alimentària-INSA-UB, Universitat de Barcelona.

Introducción: Diversos estudios indican que en población general una mayor variabilidad glucémica (VG) se asocia con un mayor riesgo de presentar enfermedades metabólicas. Los avances en crononutrición sugieren que cuándo comemos impacta en el control glucémico. El objetivo ha sido investigar el impacto de los horarios de las comidas y de dormir sobre la VG en adultos sanos.

Métodos: Estudio observacional (78 adultos; $23,0 \pm 2,9$ años; 89,7% mujeres) de 7 días durante los cuales los participantes llevaron un sensor de monitoreo continuo de glucosa (FreeStyle Libre 3, Abbott) y realizaron un registro diario de alimentación y de sueño, incluyendo horarios. Se obtuvo el coeficiente de variación de la glucosa (VG) y se calcularon las siguientes variables de crononutrición: Tiempo entre la cena e irse a dormir (TCD, h), tiempo entre la primera y última comida del día (*eating window*, h) y la regularidad en los horarios de dormir (*jet lag* social JLS, h). Se calcularon asociaciones lineales y no lineales (utilizando *splines cúbicos*) mediante el software estadístico R.

Resultados: Se observó que un mayor TCD se asocia con una disminución de la VG de forma lineal ($r = -0,315$; $p = 0,041$). El análisis no lineal indicó que la VG disminuye significativamente cuando el TCD es mayor a $-2,5h$ ($p < 0,001$). Por otra parte, un *eating window* superior a 12h y un JLS mayor a 2,5h se asociaron también de forma no lineal con una mayor VG (ambas con una $p < 0,001$).

Conclusiones: Un mayor tiempo transcurrido entre la hora de cena y la hora de irse a dormir se asocia con un mejor control glucémico. Estos resultados están en línea con otros estudios que demuestran que cenar tarde, o muy cerca de la hora de dormir, se asocia con intolerancia a la glucosa. Además, nuestros resultados sugieren que periodos superiores a las 12 h entre la primera y la última comida y cambiar los horarios de dormir en más de 2,5h durante la semana también tienen un impacto negativo sobre el control glucémico.

293. DESNUTRICIÓN EN PACIENTES QUE RECIBIERON NUTRICIÓN PARENTERAL CON LA CIRCUNFERENCIA DE LA PANTORRILLA COMO CRITERIO FENOTÍPICO

G. González Fernández¹, R. Urdaniz Borque¹, E. Pérez Galende¹, P. Lozano Martínez¹, J. Ocón Bretón¹, S. Román Gimeno², M. González Fernández³ y C. Fernández Rivera¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Álava, Vitoria.

Objetivos: Determinar la prevalencia de desnutrición y mortalidad en relación con parámetros como la circunferencia de la pantorrilla en pacientes que recibieron nutrición parenteral.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes hospitalizados tratados con nutrición parenteral en nuestro centro en el año 2022.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes tratados con nutrición parenteral (66% con NPT y 34% con NPP) con una edad media de $71 \pm 13,88$; siendo el 58% varones y el 42% mujeres. La causa más frecuente de ingreso de estos pacientes con un 41,7% fue la oncológica-quirúrgica, presentando desnutrición en dicho grupo en el momento de la valoración un 95%. Según los criterios GLIM (sin tener en cuenta la circunferencia pantorrilla) el 85,4% de los pacientes se encontraban desnutridos mientras que el 14,6% normonutridos. La media de la circunferencia de la pantorrilla fue de $29,8 \pm 4,17$ y la braquial de $25,04 \pm 3,58$. Respecto a la circunferencia de la pantorrilla, el 86,2% de los hombres y el 95,2% de las mujeres presentaba unos valores por debajo de los puntos de corte establecidos; de ellos, el 20% de los varones y el 30% de las mujeres fallecieron durante el ingreso, mientras que el 8% de los varones y el 5% de las mujeres lo hicieron de 1 a 3 meses tras el alta. Según GLIM tomando únicamente como criterio fenotípico la circunferencia de la pantorrilla se encontraban desnutridos el 87,5%. La media de la creatinina fue de $1,1 \pm 1,04$, de albúmina $2,05 \pm 0,71$ y de PCR $136,15 \pm 104,77$. Mientras que la tasa de reingresos fue mayor en los primeros 3 meses tras el alta con un 16%, la mortalidad fue mayor intrahospitalariamente con un 24%.

Conclusiones: De los pacientes, un alto porcentaje ya presentaba desnutrición en el momento de la valoración tomando como criterio fenotípico la circunferencia de la pantorrilla. Harían falta estudios

posteriores para valorar la relación de la circunferencia de la pantorrilla con la mortalidad o el reingreso.

294. NUTRIGENÓMICA Y METABOLISMO DE HORMONAS TIROIDEAS: UN EFECTO DEPENDIENTE DE LA INGESTA MATERNA DE FRUCTOSA

M.I. Panadero Antón, C. Marcuccini, E. Fauste, C. Donis, M. Pérez-Armas, P. Otero y C. Bocos

Facultad de Farmacia, Universidad San Pablo-CEU, CEU Universities, Madrid.

Las enfermedades asociadas a una mala alimentación constituyen un problema de salud a nivel mundial. Entre los principales factores implicados está la elevada cantidad de azúcares ingeridos en la dieta. Es más, a través de mecanismos de programación fetal, la dieta de la madre influye en el correcto desarrollo de su descendencia. Así, la ingesta materna de fructosa provoca efectos perjudiciales en su descendencia. Además, el metabolismo de las hormonas tiroideas es afectado por la nutrición, lo que condiciona la aparición de enfermedades metabólicas. Se determinaron los niveles de T4 libre en plasma y la expresión génica de sus transportadores (MCT), receptores (THR) y genes diana, de ratas descendientes de madres que tomaron agua o fructosa líquida durante la gestación. Estos animales recibieron durante 21 días agua, fructosa, fructosa + sal o fructosa con colesterol (como modelo de *Western diet*). Los niveles de T4 no experimentaron cambios. Sin embargo, la expresión hepática de THRa disminuyó tras el consumo de fructosa, sin mostrar cambios tras el de *Western diet*. El perfil de expresión del transportador MCT10 fue similar al de THRa. Los genes diana: UCP2 y GSAT2 presentaron un perfil de expresión similar al receptor, mientras que THRSP y GPD2 mostraron el efecto contrario. En ileón los resultados fueron más dependientes de la ingesta materna. La expresión de THRa aumentó tras el consumo de fructosa en la descendencia control y la de MCT8 se incrementó en la descendencia-fructosa tras la *Western diet*. Ese mismo perfil se observó en los genes diana GPD2, Fbxo21 y Bcl3. El consumo materno de fructosa afecta al metabolismo de hormonas tiroideas en la descendencia en respuesta a una dieta con fructosa y a una *Western diet*, y estos efectos nutrigenómicos modifican la expresión de receptores y transportadores sin alterar los niveles de hormona tiroidea.

Ayudas: SAF2017-89537-R/MCIN/AEI/10,13039/501100011033/FEDER and PID2020-118054RB-I00/MCIN/AEI/10,13039/501100011033. E. Fauste disfrutó una beca FPU del MCIN.

295. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO SENPE-SEDOM-SEEN 2008 SOBRE LA CODIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

A. Zugasti Murillo¹, V. Pulgar Perera², C. Gallego Díaz³, J.J. Alfaro Martínez⁴, R. Burgos Peláez⁵, T. Martín Folgueras⁶, M. Ballesteros Pomar⁷, L.M. Luengo Pérez⁸, C. Velasco Gimeno⁹ y J. Álvarez Hernández¹⁰

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Documentación clínica, Salud Digital, Valladolid.

³Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

⁴Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

⁶Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna.

⁷Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León.

⁸Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Badajoz.

⁹Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹⁰Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Introducción: La aparición de nuevas revisiones de CIE, nuevos diagnósticos clínicos de desnutrición según criterios GLIM y la evolución de la información clínica, sugieren establecer nuevos criterios y propuestas de mejora en el proceso de documentación y codificación de la desnutrición relacionada con enfermedad (DRE) por su repercusión en los indicadores de eficacia y calidad del hospital.

Métodos: SENPE-SEDOM-SEEN forman en 2022 un grupo de trabajo con objeto de elaborar un documento de consenso sobre los criterios de clasificación de DRE y los procedimientos de tratamiento nutricional según (CIE10-ES).

Resultados: Se codificarán tres niveles de gravedad de DRE según criterios GLIM fenotípicos y etiológicos: DRE moderada (E44.0), DRE grave (E43) o DRE no especificada (E46) esta última ante sospecha de desnutrición o cribado positivo. Estos se reflejarán como diagnósticos (principal y/o secundario), y los procedimientos nutricionales en la historia clínica (HC). El Informe de Alta es la fuente documental fundamental, aunque pueden ser consultados otros documentos complementarios. Proponemos las siguientes mejoras: 1) Diseñar un modelo de registro en la HC para las UNCyD, con fichas estructuradas, con el campo diagnóstico obligatorio y codificado. 2) Consensuar la realización de un Informe complementario al informe de alta. 3) Incluir en los pactos de gestión indicadores relacionados con codificación DRE. 4) Garantizar el flujo correcto de información. 5) Estructurar la información clínica según las necesidades de cada servicio.

Conclusiones: Es esencial un esfuerzo conjunto entre clínicos y codificadores para lograr una documentación, codificación y recuperación de la información, completa, pero estructurada en datos que sean analizados. La utilización del sistema de codificación representa una mejora en la gestión de las unidades favoreciendo los estudios clínicos, epidemiológicos, de investigación la financiación por procesos y la atención clínica.

296. EVALUACIÓN DE LA TEXTURA DE LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA INTERNATIONAL DYSPHAGIA DIET STANDARDISATION INITIATIVE (IDDSI)

C. Mestre-Reina, M. Carrasco-Serrano, I. Ruiz-Carvajal, M. Serra-Mir y A.M. Pérez-Heras

Servicio de Endocrinología y nutrición, Hospital Clinic de Barcelona.

Introducción: No todos los suplementos nutricionales orales (SNO) presentan la misma viscosidad y son pocos los aptos para pacientes con disfagia orofaríngea. La International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) desarrolla una terminología y definiciones globales estandarizadas que clasifican los niveles de viscosidad de alimentos y bebidas catalogando, a estas últimas, de menor a mayor viscosidad en niveles de 0 (líquido) a 4 (pudin).

Objetivos: Dar una clasificación IDDSI a los SNO que se dispone en nuestro hospital. Facilitar y ampliar la elección del SNO para pacientes con disfagia.

Métodos: Para la determinación de la viscosidad según la IDDSI, se utilizaron jeringas de 10 mL y un cronómetro. Se realizaron seis mediciones por SNO, tres a temperatura ambiente (24 °C) y tres en frío (5 °C) y fueron comprobadas por diferentes evaluadores. A todos los SNO se les indicó el nivel de viscosidad IDDSI en las diferentes mediciones y los valores se registraron en una base de datos.

Resultados: Se observó que la temperatura modificó la viscosidad en 31 de los 36 SNO evaluados. El 83,3% (30) la aumentaron al pasar de temperatura ambiente a fría y, de éstos, un 60% (18) cambió a un nivel superior según la clasificación IDDSI. Del total de muestras analizadas, solamente 4 presentaban indicación para pacientes con disfagia. De los 32 SNO restantes, en temperatura ambiente, 6 presentaron una clasificación IDDSI de nivel 2, y 3 de nivel 3. A temperatura fría, 15 SNO obtuvieron un nivel 2 y 5 obtuvieron una clasificación nivel 3.

Conclusiones: SNO que actualmente no tienen indicación para disfagia podrían ser utilizados por estos pacientes. Implantar la clasificación IDDSI en todos los SNO e indicar el nivel obtenido en la etiqueta del producto permitirá ampliar y facilitar las opciones a escoger.

Presentado en el 38º Congreso SENPE 2023, Valencia.

297. FUNCIÓN COGNITIVA Y SARCOPENIA EN EL SÍNDROME POS-COVID

A. Larrad Sainz¹, M. Ortiz Ramos¹, A.M. Ramos-Leví², C. Delgado Alonso³, S. Oliver Mas³, J. Matias-Guiu Antem³ y M.A. Rubio Herrera¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Princesa, Universidad Autónoma de Madrid. ³Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El síndrome pos-COVID (SPC) afecta sobre todo a mujeres de edad media y se caracteriza por fatiga y alteraciones cognitivas. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia de sarcopenia y su asociación con fatiga y función cognitiva en pacientes con SPC.

Métodos: Estudio transversal de 59 pacientes con SPC, según criterios OMS-2021 (83% mujeres, edad $48,9 \pm 8,2$ años), más de 2 años tras la infección aguda, sin criterios de desnutrición previa (criterios GLIM). Se evaluaron con una exhaustiva exploración cognitiva (Neuronorma y Vienna Test System), y con escalas de fatiga, depresión, ansiedad, calidad de sueño y test de olores. También se recogieron datos de composición corporal y masa muscular (bioimpedancia y ecografía muscular); fuerza y función muscular (dinamometría, test de la silla y marcha). Se determinó la frecuencia de sarcopenia según criterios de consenso europeo.

Resultados: El 16,9% de pacientes presentó sarcopenia. No se observaron diferencias en comorbilidades entre pacientes con o sin sarcopenia. La presencia de sarcopenia se asoció a mayor fatiga física. Se observaron correlaciones negativas moderadas entre fatiga física y dinamometría y parámetros como el índice de masa muscular esquelética. El test de la silla se correlacionó con los test cognitivos típicamente afectados en el SPC (atencionales y de velocidad de procesamiento).

Conclusiones: Se observó una prevalencia significativa de sarcopenia en pacientes con SPC. La ausencia de asociación con otros factores demográficos o comorbilidades sugiere que la alteración muscular estructural y funcional es una característica relevante en la fisiopatología del SPC. Asimismo, la asociación con fatiga física y función cognitiva confirma su relevancia clínica. Estos resultados remarcan la necesidad de evaluar la presencia de sarcopenia en el SPC, y abre una oportunidad de tratamiento que deberá explorarse en futuros estudios.

298. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON EMPAGLIFLOZINA EN PACIENTES CON GLUCOGENOSIS IB

E. Márquez Mesa¹, A. Pérez Rodríguez², C. Lorenzo González¹, M. Ruiz Pons² y J.P. Suárez Llanos¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. ²Endocrinología pediátrica, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife.

Introducción: La glucogenosis IB (GSD IB) asocia neutropenia y disfunción de neutrófilos causando infecciones recurrentes y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La empagliflozina produce beneficios al disminuir los niveles del 1,5 anhidroglucitol-6-fosfato que bloquea el uso de glucosa por los neutrófilos.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 19 años con neutropenias severas, ingresos por patología infecciosa, EII y CPAP nocturna. Inició empagliflozina hace 2,5 años con NT de $0,14 \times 10^9/L$ (GCSF $300 \mu g/día$ cada semana). Al mes del inicio del tratamiento desapareció la clínica digestiva y aumentó 7 kg. Se suspendió GCSF a los 2 años; último recuento de NT de $1,24 \times 10^9/L$ y sin nuevos ingresos. Se ha retirado CPAP nocturna. No ha presentado efectos secundarios. Caso 2: mujer de 33 años con neutropenias graves, obesidad, hiperuricemia, adenoma hepático, polineuropatía axonal sensitivo-motora e hipoacusia. Inició empagliflozina hace 1,5 años presentando NT de $0,2 \times 10^9/L$ (GCSF $300 \mu g/d c/48$ horas). Último recuento de NT $8,4 \times 10^9/L$, GCSF $300 \mu g/d c/72$ horas, proponiéndose suspensión del mismo. Disminución de la inestabilidad. No ha presentado efectos secundarios. Caso 3: varón de 40 años, trasplantado de hepático y renal, con neutropenias graves, ingresos por infecciones de repetición y EII. Inició empagliflozina hace 1 año presentando NT de $0,4 \times 10^9/L$ (GCSF $300 \mu g/día c/72$ horas) y en tratamiento inmunosupresor. A los 3 meses del inicio del tratamiento desaparición de la clínica digestiva con aumento de 6 kg y sin nuevos ingresos. Se ha suspendido GCSF con NT $2,88 \times 10^9/L$. No ha presentado efectos secundarios.

Discusión: La empagliflozina en pacientes con GSD IB, incluyendo un paciente trasplantado hepático y renal, siendo el primer caso descrito, ha mejorado el recuento de NT, con resolución de los procesos infecciosos, mejoría de la EII y polineuropatía axonal sin efectos secundarios.

299. METABOLÓMICA Y FENILCETONURIA: ESTUDIO DEL METABOLOMA URINARIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERFENILALANINEMIA Y FENILCETONURIA

B. Barrau-Martínez^{1,2}, R. Llorach^{1,2,3}, A. González-Rodríguez^{1,2}, D. García-Arenas^{1,4}, J. Campistol-Plana^{5,6}, S. Meavilla⁴, A. Ormazabal^{6,7}, Consorcio PKU.CAT⁸ y M. Urpi-Sarda^{1,2,3}

¹Departamento de Nutrición, Ciencias de la Alimentación y Gastronomía, Campus de la Alimentación. Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación, Santa Coloma de Gramenet.

²Institute for Research on Nutrition and Food Safety (INSA-UB), Universitat de Barcelona, Santa Coloma de Gramenet. ³Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

⁴Unidad de Errores Congénitos del Metabolismo, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona. ⁵Servicio de Neuropediatría, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona. ⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁷Departamento de Bioquímica clínica, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona. ⁸PKU.CAT, Consorcio.

Introducción: La fenilcetonuria (PKU) es uno de los errores del metabolismo más comunes. El control dietético es fundamental en el manejo de estos pacientes. Se ha observado que un mal control metabólico puede derivar a presentar alteraciones cognitivas. El objetivo de este trabajo es comparar el metaboloma urinario de distintos grados de fenilcetonuria y un grupo control.

Métodos: En el marco del consorcio PKU.CAT, se reclutaron 82 niños y niñas (43% y 57%, respectivamente) en la cohorte pediátrica correspondientes a: 21 niños con PKU, 21 niños con PKU y tratamiento con tetrahidrobiopterina (PKU-BH4), 20 niños con hiperfenilalaninemia (HPA) y 20 niños en el grupo control. El perfil metabólico/metaboloma urinario de estos sujetos fue analizado a través de un análisis metabolómico no dirigido con un Q-Tof (Agilent).

Resultados: Los análisis preliminares revelaron que los perfiles metabólicos de los individuos con PKU fueron los que mostraron más diferencias significativas en comparación con el grupo control. Además, se observó que alrededor de la mitad de los sujetos con PKU-BH4

exhibieron un perfil metabólico similar al de los sujetos con PKU, mientras que la otra mitad de los sujetos PKU-BH4 mostraron un mejor control metabólico con perfiles similares a los niños del grupo control y del grupo HPA.

Conclusiones: El uso de la metabolómica no dirigida está abriendo nuevas oportunidades para profundizar en el análisis del perfil metabólico en pacientes con diferentes grados de fenilcetonuria, así como para descubrir nuevos objetivos terapéuticos.

Financiación: este trabajo ha sido financiado por la Fundación La Marató TV3 (202014-32; 202014-30). BB-M agradece a AGAUR-Generalitat de Catalunya (2022 FI_B 01012). MU-S, RL, BB-M, y AG-R agradecen al INSA-UB reconocido como Unidad de Excelencia María de Maeztu (CEX2021-001234-M) financiada por MICINN/AEI/FEDER, UE.

300. EFECTOS DE LA PREHABILITACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL, COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS Y TASAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUMOR VESICAL Y SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL

C. Zurera^{1,2}, M.D. Muns³, G. Nohales^{2,4}, À. Millán⁴, A. Zugazaga⁵, M. Corcoy⁶, L. Cecchini^{2,4}, J.A. Flores-Le Roux^{2,3}, A. Goday^{2,3,7} y G. Llaurodo^{2,3,8}

¹Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona-Universitat Pompeu Fabra (UAB/UPF), Barcelona. ³Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona. ⁴Departamento de Urología y Trasplante Renal. Hospital del Mar, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona. ⁵Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Hospital del Mar, Barcelona. ⁶Departamento de Anestesiología y Reanimación. Hospital del Mar, Barcelona. ⁷Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición., ISCIII, Madrid, Spain. ⁸Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, ISCIII, Madrid, Spain

Introducción: El cáncer de vejiga músculo invasivo es un tumor de alta morbilidad que requiere cistectomía radical como parte de su tratamiento. Recientemente se ha introducido la neoadyuvancia para mejorar los resultados, dado la enfermedad presenta un alto grado de desnutrición, por lo que implementando programas de prehabilitación nutricional, la evolución es más favorable. Este estudio pretende examinar si la prehabilitación mejora el estado nutricional, del paciente, tras neoadyuvancia y cirugía, medido por TC. Objetivos: determinar la medida de la composición corporal mediante tomografía computarizada y asociar el programa de prehabilitación a una mejoría de las complicaciones en los pacientes nombrados.

Métodos: Se analizaron pacientes diagnosticados de carcinoma urotelial sometidos a neoadyuvancia y cistectomía radical. Se utilizaron medidas antropométricas, analíticas e imágenes obtenidas mediante TC antes y después de las intervenciones. Estas variables se utilizaron como predictivas para las complicaciones posquirúrgicas, estancia hospitalaria y *exitus*. Se clasificó a los pacientes por criterios GLIM.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes en el estudio. El resultado primario fue que La grasa muscular (IMAT) predice significativamente la aparición de complicaciones, mientras que IMAT, grasa subcutánea (SAT) y grasa visceral. (VAT) son variables predictoras de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: El índice de músculo liso no fue un buen predictor de las complicaciones de la cohorte, pero otros parámetros obtenidos si tuvieron relación con los días de hospitalización. Estos resultados apuntan a la necesidad de hacer nuevos estudios con cohortes numerosas para filiar estas diferencias.

301. UN AÑO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN COMPARTIDA ENDOCRINOLOGÍA-NUTRICIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

V. Triviño Yannuzzi, M. Llaveró Valero, I. Huguet Moreno, O. Meizoso Pita, I. Martín Timón, I. Moreno Ruiz, L. Zeng, M. Zubillaga Gómez, J. Modamio Molina y C. Sevillano Collantes

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: Nuestra especialidad, está experimentando un proceso de readaptación y transformación a la nueva realidad de sus necesidades, lo vemos con un aumento de la ambulatorización de procesos; cada vez más ingresamos menos, pero no hay duda de que somos un servicio interconsultante por excelencia, por lo que hemos decidido analizar lo que hemos hecho durante un año en una planta de hospitalización compartida Endocrinología-Nutrición en un hospital tipo 2.

Métodos: Estudio retrospectivo, se analizaron todas las interconsultas recibidas y los ingresos que se realizaron en la planta de hospitalización durante el año 2022. Se analizaron los datos de motivo de consulta, días de hospitalización, duración de la interconsulta y motivo de ingreso en planta. Con el programa SPSS se compararon las medias y para los datos descriptivos se realiza una tabla de contingencia con chi cuadrado.

Resultados: Durante el año 2022 nos han solicitado 1.325 interconsultas y hemos tenido 28 ingresos. El principal motivo de interconsultas ha sido la valoración nutricional 25,9% (343 pacientes), en segundo lugar la DM 20,2% (268 pacientes) y en tercer lugar colocación de NPT 16,8% (222 pacientes). La media de días de duración de las interconsultas es de 7,84 días (DE \pm 9,64). Las interconsultas con menos de 7 días de duración en su mayoría pertenecían a pacientes con valoraciones nutricionales (217). Aquellas con más de 14 días en su mayoría pacientes con NPT (83). Los pacientes ingresados el principal motivo de ingreso fue la colocación de gastrostomía 32,1%, en segundo lugar descompensación DM en CAD 21,4% y en tercer lugar debut de DM 17,9% y alteraciones de iones 17,9%.

Conclusiones: En una planta compartida vemos como nuestra especialidad tiene predominio por la parte nutricional en relación a interconsultas, dentro de la endocrinología el principal motivo de consulta sigue siendo la DM. Con el uso de tecnologías y la ambulatorización de procesos, valiéndonos del hospital de día, vemos menos pacientes ingresados a nuestro cargo.

302. IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS CON ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

S. Amuedo Domínguez, E. Dios Fuentes, R. Benítez Ávila, P.J. Remón Ruíz, A. Soto Moreno y E. Vengas Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción Determinados errores innatos del metabolismo (EIM) presentan un mayor riesgo de eventos hipoglucémicos desde asintomáticos hasta severos.

Objetivos: El objetivo primario fue evaluar la presencia de hipoglucemias y analizar los cambios en el tiempo en hipoglucemia (TBR) < 70 y < 54 mg/dL y total, a los 7 y 14 días y tras 2 meses de uso de la monitorización flash de glucosa (MF).

Métodos: Estudio cuasiexperimental prospectivo en el que se incluyeron pacientes adultos con EIM y un mayor riesgo de hipoglucemias,

que comenzaron a usar el sistema de MF. Se recogieron parámetros de glucometría obtenidos de la plataforma Libreview® de la descarga de los 7 y 14 días y tras 2 meses de uso (de la descarga de los últimos 14 días).

Resultados: Se analizaron datos de 18 pacientes, 61,1% hombres, edad media $30,5 \pm 12,5$ años, IMC $28,1 \pm 5,3$ kg/m² y HbA_{1c} $5,5\% \pm 0,6\%$. De ellos: 9 presentaban trastornos β -oxidación ácidos grasos, 5 glucogenosis hepáticas, 2 deficiencia glutamato deshidrogenasa-1, 1 fructosemia y 1 acidemia metilmalónica. A los 2 meses de uso de la MF, el tiempo en hipoglucemia (TBR) < 70 y < 54 mg/dL y total, se redujo de manera no significativa en -1,1%, así como el número de eventos de glucosa baja, asociándose a un incremento significativo del tiempo en hiperglucemia (TAR) > 180 mg/dL ($0,5 \pm 1,7$ vs. $0,4 \pm 1,4$ vs. $1,1 \pm 2,8\%$) ($p = 0,024$) y de la variabilidad glucémica +0,4% ($p = 0,013$). Se observó un incremento no significativo del TAR > 140 mg/dL a los 2 meses +2,3%. No se produjeron episodios de hipoglucemia severa.

Conclusiones El uso de la MF en pacientes con EIM permitió detectar eventos hipoglucémicos asintomáticos, así como reducir de manera no significativa el TBR < 70 y < 54 mg/dL tras 2 meses de uso, acompañándose de un incremento significativo en el TAR > 180 mg/dL y de la variabilidad glucémica. Esto sugiere que el uso de estos sistemas en pacientes con EIM expuestos a un mayor riesgo de hipoglucemias, podrían ofrecer un beneficio clínico adicional.

303. FACTORES ASOCIADOS A LA SARCOPENIA EN UNA COHORTE PACIENTES INGRESADOS CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R.C. Romo Remigio, I. Prior Sánchez y M. Moreno Martínez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: La valoración morfofuncional (VMF) con bioimpedanciometría con ángulo de fase (BIA-PhA), dinamometría de mano (DM) y la ecografía nutricional (EN) se están incorporando más a la práctica diaria para evaluar la sarcopenia y la desnutrición relacionada con la enfermedad.

Parámetro sarcopenia	Medias	Dif. de medias	95% de IC de la diferencia		p bilat	d de Cohen
			Inferior	Superior		
PhA no (33)	5,312	0,88	0,015	1,613	0,019	1,019
Sí (7)	4,428					
ICW no (33)	19,50	4,22	0,872	7,574	0,015	1,066
Sí (7)	15,28					
EjeX no (33)	38,16	3,72	0,286	7,162	0,035	0,912
Sí (7)	34,44					
Área no (33)	3,989	1,08	0,434	1,733	0,063	0,789
Sí (7)	2,905					
Circunf no (33)	94,99	12,376	4,842	19,908	0,065	0,791
Sí (7)	82,62					

Objetivos: Determinar si existe asociación entre los parámetros de la VMF y la Sarcopenia en pacientes con riesgo nutricional hospitalizados.

Métodos: Se practicó la VMF en pacientes hospitalizados con riesgo nutricional en el Complejo Hospitalario de Jaén. La sarcopenia se definió usando el ASMI (índice de masa muscular apendicular) y DM, según criterios EWGSOP2. Análisis estadístico con SPSS usando SPSS.

Resultados: 40 pacientes fueron evaluados. Tenían normal actividad física previa al ingreso 26 pacientes (65%). Tenían un diagnóstico relacionado con una neoplasia en el 70% de los casos (28 pacientes). Presentaban el diagnóstico de DRE en 27 (67,5%) pacientes, de los cuales eran 9 (33,3%) moderados y 18 (66,7%) graves. 14 (35%) pacientes presentaban baja masa muscular ($ASMI < 7 \text{ kg/m}^2$ en hombres y $< 6 \text{ kg/m}^2$ en mujeres) y sarcopenia en 7 (17,5%) pacientes.

Conclusiones: La sarcopenia se asoció estadísticamente con parámetros de la VMF, especialmente BIA (Pha e ICW), y ecografía muscular (ejes, área y circunferencia), aunque algunos con significancia límite. La VMF emplea técnicas que se complementan para ayudarnos a dar un diagnóstico nutricional más preciso y objetivo.

304. PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

B. de León Fuentes, R. Sánchez Sánchez, C. Fernández López, V. Urquijo Mateos, L. Isasa Rodríguez, E. Diego Perojo y J. Santamaría Sandi

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: El estudio PREDyCES y el estudio SeDREno han descrito una prevalencia de desnutrición hospitalaria del 23,7% y del 29,7% respectivamente. Dado que la implantación del cribado nutricional en hospital Universitario Cruces es universal, nos planteamos cual es nuestra prevalencia de desnutrición hospitalaria en nuestro medio.

Métodos: En el hospital Universitario Cruces se realiza como cribado nutricional el screening canadiense de desnutrición modificado a todos los pacientes que están ingresados. Revisamos los cribados nutricionales realizados en el hospital en 2021, para estimar el porcentaje de pacientes que están desnutridos en nuestro hospital. Excluimos a los pacientes pediátricos, las pacientes obstétricas y a los pacientes con estancia menor de 3 días. También valoramos la codificación de la desnutrición en el año 2021.

Resultados: De los cribados realizados en 2021, fueron patológicos el 25%. En ese año, se codificaron 222 pacientes con el diagnóstico de desnutrición. Teniendo en cuenta que 3.269 pacientes presentaban un cribado patológico, está codificada la desnutrición en menos del 10% (6,7%).

Conclusiones: Los datos obtenidos están en concordancia con el estudio PREDyCES. El estudio SeDREno describe prevalencia de desnutrición hospitalaria mayor, probablemente porque usa un método diagnóstico (criterios GLIM) para establecer dicha prevalencia y no un cribado. Los datos con respecto a la codificación de la desnutrición están en concordancia con otras series publicadas por los hospitales de Getafe (0,55%), Príncipe de Asturias (23%) y en el hospital de San Pedro de Alcántara (7%). Consideramos estos datos de gran importancia y resultan alarmantes. Por este motivo estamos desarrollando un protocolo de actuación ante los cribados patológicos, ya que es indispensable establecer un plan de acción claro en el diagnóstico y manejo de la desnutrición, para minimizar los costes asociados a la infracodificación, infradiagnóstico e infratratamiento.

305. ANÁLISIS DE HIDRATACIÓN Y MASA CELULAR EN PACIENTES ENDO-CARDIORRENALES: PAPEL DE LA BIOIMPEDANCIA VECTORIAL

M.M. Amaya^{1,2}, M. Jiménez Villodres⁴, C. Jiménez Rubio³, N. Montero Madrid^{1,2}, I. Vegas Aguilar^{1,2}, R. Fernández Jiménez^{1,2} y F.J. Tinahones Madueño^{1,2}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Endocrinología y Nutrición, IBIMA, Málaga. ³Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Nefrología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La Unidad Endocardiorrenal surge como modelo asistencial y se define como el conjunto de intervenciones coordinadas y multidisciplinares diseñadas para estabilizar la progresión del síndrome cardiorrenal con una perspectiva de atención personalizada. La presencia de euvolemia o hipervolemia, y la determinación de perfiles fenotípicos según los parámetros estudiados, permitirán ajuste de tratamiento y estratificación pronóstica. La bioimpedanciometría se utiliza como herramienta que permite obtener datos que ayudan a una mejor comprensión del estado nutricional del paciente

Métodos: Estudio prospectivo observacional de una cohorte de paciente atendidos en la unidad con valoración morfofuncional: BIVA (akern® Nutrilab), ultrasonido (Mindray® Z60), HGS (Jammarm®).

Resultados: 37 pacientes, 60 ± 14 años, 70,3% varones. Se valoran parámetros de composición corporal clásica: Altura: $164,38 \pm 8,96 \text{ cm}$, peso: $73,31 \pm 1,44 \text{ kg}$, IMC: $27,20 \pm 4,29 \text{ Kg/m}^2$, FFM (fat free mass): $51,48 \pm 7,39 \text{ kg}$, FM (fat mass): $21,83 \pm 8,09 \text{ kg}$. Datos bioeléctricos: PA (ángulo de fase): $4,49 \pm 0,91^\circ$, SPA (PA estandarizados) $-1,13 \pm 0,90$. Parámetros de hidratación/congestión: Hydration: $76,14 \pm 4,092$, ECWpct (% agua extracelular): $54,44 \pm 5,618$, NAK (intercambio Na/K): $1,30 \pm 0,293$. Parámetros de masa celular: Nutrition: $701,90 \pm 166,59$, BCM (body cell mass): $23,08 \pm 5,55 \text{ kg}$. Y también parámetros de sarcopenia: SMI (skeletal mass index) $8,94 \pm 1,36 \text{ Kg/m}^2$, SMM (skeletal muscle mass) $24,32 \pm 4,93 \text{ kg}$, ASMM (apendicular skeletal muscle mass): $19,07 \pm 3,30 \text{ kg}$, FFMI (índice FFM) $19,04 \pm 2,23 \text{ Kg/m}^2$. Existen fuertes correlaciones negativas entre los parámetros de hidratación y nutrición. Se analizan los clusters de fenotipo de bioimpedancia vectorial.

Conclusiones: Se evidencia una población de pacientes con alteraciones de la composición corporal que afectan principalmente el estado de hidratación y de forma relacionada a la situación nutricional y de la masa celular.

306. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN LA EVALUACIÓN DE UNA FÓRMULA ESPECÍFICA PARA DIABETES: ESTUDIO DIACARE

A. Calleja Fernández¹, I.M. Vegas Aguilar², C. Porca Fernández³, C. Tejera Pérez³, T. Casañas Quintana¹, D. Bellido Guerrero³ y J.M. García Almeida²

¹Departamento Médico, Adventia Pharma. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción: Las fórmulas específicas para diabetes han de demostrar un beneficio en la respuesta glucémica de las personas con diabetes mellitus y desnutrición.

Objetivos: Comparar la respuesta glucémica de una fórmula para diabetes rica en aceite de oliva virgen extra (AOVE) respecto a una fórmula estándar, medida con un sistema de monitorización continua de glucosa.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado, cruzado, doble ciego y multicéntrico, realizado en individuos con diabetes *mellitus* tipo 2 y desnutrición (VGS = B y C). Los participantes fueron aleatorizados para recibir una fórmula diabética rica en AOVE (80%) o una estándar, isocalórica e isoproteica (300 kcal y 15 g de proteínas/envase), en semanas alternas. Se obtuvo la medición de la glucemia intersticial del dispositivo FreeStyle® Libre PRO en los tiempos -15, 0, 15, 30, 45, 60, 75, 90, 105, 120, 135, 150, 165 y 180 minutos. Se compararon: el área bajo la curva (AUC 0-t), la concentración máxima (Cmax), la variabilidad glucémica y las concentraciones de glucosa ajustadas con la basal en cada período.

Resultados: Participaron 24 personas, el 49% fueron varones, con una edad media de 69,3 (DE 11,4) años. La ingesta de la fórmula diabética rica en AOVE originó una menor AUC 0-t [-3,069,5 mg/min/dl (IC95%: -4,979,2 a -1,159,3) (p = 0,003)], una menor Cmax [-32,7 mg/dl (IC95% -54,0 a -11,5) (p = 0,005)], una menor variabilidad glucémica [-27,4 mg/dl (IC95% -51,0 a -3,9) (p = 0,025)], menores concentraciones de glucosa intersticial ajustada a los 60 minutos [-21,2 (IC95% -41,6 a -0,9) (p = 0,042)] y a los 75 minutos [-20,5 (IC95% -39,5 a -1,5) (p = 0,036)], respecto a la fórmula estándar.

Conclusiones: Una fórmula diabética rica en AOVE ha demostrado una mejor respuesta glucémica respecto a una fórmula estándar, en individuos con diabetes *mellitus* tipo 2 y desnutrición, medida con un sistema de monitorización continua de glucosa.

307. EFECTO PROTECTOR DEL FITATO SOBRE LA NEURODEGENERACIÓN ASOCIADA AL ACÚMULO DE HIERRO

M.I. Tamayo¹, P. Calvo², F. Julià², S. Godoy², P. Sanchis^{1,2}, F. Grases², R. Prieto², A. Pujol¹ y Ll. Masmiquel¹

¹Vascular and Metabolic Diseases Research Group, Endocrinology Department, Son Llàtzer University Hospital, Health Research Institute of the Balearic Islands (IdISBa), Palma de Mallorca.

²Laboratory of Renal Lithiasis Research, University of Balearic Islands, Research Institute of Health Science (IUNICS) Health Research Institute of Balearic Islands, (IdISBa) Palma de Mallorca.

Introducción: El acúmulo de hierro en el SNC se ha relacionado con algunas enfermedades neurodegenerativas. Estudios observacionales sugieren que una dieta rica en fitato (un quelante natural de metales) disminuye el riesgo de demencia. Sin embargo, no existen ensayos clínicos en humanos ni ensayos con modelos animales.

Objetivos: Evaluar el efecto de la ingesta diaria de fitato sobre la memoria espacial y el aprendizaje en un modelo animal de neurodegeneración por exceso de hierro.

Métodos: 40 ratas machos de 2 meses de vida se dividieron en 4 grupos que recibieron 4 dietas diferentes: Grupo control (n = 10): alimentado con dieta AIN96G. Grupo Fe (n = 10): alimentado con dieta AIN-93G con un nivel indetectable de fitato enriquecida con sulfato ferroso heptahidrato (1,2 g FeSO₄·7H₂O/Kg dieta). Grupo Phy (n = 10): alimentado con dieta AIN-93G enriquecida con fitato (10 g/kg). Grupo Fe+Phy: alimentado con dieta AIN-93G enriquecida con sulfato ferroso heptahidrato (1,2g FeSO₄·7H₂O/kg dieta) y fitato (10 g/kg) en forma de fitina. A los 2 meses (basal) y a los 8 meses de edad (después de 6 meses con las respectivas dietas), todos los animales se sometieron al test de Barnes para evaluar la memoria espacial y el aprendizaje.

Resultados: Los animales del grupo Fe presentaron tiempos en llegar y entrar a la caja en el test de Barnes significativamente mayores que los animales de los grupos control, Fe+Phy y Phy.

Conclusiones: La ingesta de una dieta rica en fitato es capaz de mejorar la memoria espacial y el aprendizaje en un modelo animal de neurodegeneración por exceso de hierro.

308. ¿INFLUYE LA DIABETES MELLITUS SOBRE LA VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL(VMF) DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD(DRE)?

J.J. López Gómez^{1,2}, R. Jiménez Sahagún^{1,2}, O. Izaola Jauregui^{1,2}, D. Primo Martín^{1,2}, E. Gómez Hoyos^{1,2}, B. Torres Torres^{1,2}, P. Pérez López^{1,2}, P. Fernández Velasco^{1,2}, J. González Gutiérrez^{1,2} y D.A. de Luis Román^{1,2}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Centro Investigación Endocrinología y Nutrición, Universidad de Valladolid.

Introducción: La diabetes *mellitus* puede influir negativamente sobre la cantidad y la funcionalidad del músculo. El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en la VMF en función de la presencia de diabetes *mellitus* (DM) en pacientes con DRE.

Métodos: Estudio de cohortes con 144 pacientes diagnosticados de DRE. Se recogieron variables clínicas, antropométricas, de dinamometría y composición corporal mediante bioimpedanciometría (BIA) y ecografía nutricional (EN) del recto anterior del cuádriceps (índice de área muscular de recto anterior (IAMRA)). La ecointensidad se determinó como el índice entre la media/desviación estándar del histograma de frecuencias de la escala de grises determinado mediante ImageJ.

Resultados: La edad media fue de 62,4 (17,34) años. El 59,7% de los pacientes eran mujeres y 29,9% padecían DM. 60,4% pacientes padecían desnutrición severa y 33,3% sarcopenia. Los pacientes con DM tenían un índice de masa corporal (DM: 23,96 (4,57) kg/m²; NoDM: 20,89 kg/m²; p < 0,01) y circunferencia braquial (DM: 24,52 (3,16) cm; NoDM: 22,45 (2,69) kg/m²; p < 0,01) mayores. Según bioimpedanciometría observó una menor resistencia (DM: 541,60 (102,98); NoDM: 617,63 (106,84); p < 0,01) y reactancia (DM: 45,31 (10,41); NoDM: 52,67 (11,62); p < 0,01); sin diferencias en el ángulo de fase (DM: 4,82 (0,95); NoDM: 4,88 (0,78); p = 0,69). Al estratificar EN según sexo, en mujeres se observó menor IAMRA en DM (DM: 1,01 (0,37) cm/m²; NoDM: 1,27 (0,37) cm/m²; p < 0,01), con valores más elevados de ecointensidad (DM: 3,49 (0,97); NoDM: 3,05 (0,71); p = 0,04) y menor fuerza muscular determinada por dinamometría (DM: 14,38 (3,8) kg; NoDM: 18,01 (5,64) kg; p < 0,01). No se observaron diferencias en hombres.

Conclusiones: En pacientes con DRE, aquellos pacientes con DM presentan mayor IMC y valores menores de resistencia y reactancia determinados por impedanciometría. En mujeres con DM se observó un deterioro de la masa y de la calidad muscular determinada por ecografía, y una menor fuerza muscular.

309. PARÁMETROS NUTRICIONALES ASOCIADOS A MORTALIDAD Y SUSPENSIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN UNA SERIE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

M.M. Moreno Martínez¹, I. Prior Sánchez¹, J.Z. Benoit Perejón², C.R. Garrido³, R.R. Romo Remigio¹ y M.J. Martínez Ramírez¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jaén.

²Oncología Médica, Hospital Universitario de Jaén. ³FIBAO, Hospital Universitario de Jaén.

Introducción y objetivos: Pacientes oncológicos presentan alto riesgo de desnutrición, especialmente en ingreso hospitalario. Esto aumenta la aparición de complicaciones que condicionen la suspensión quimioterapia e incluso *exitus*. Se analizaron parámetros nutricionales relacionados con la suspensión de quimioterapia y mortalidad.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo. Se evalúan los pacientes ingresados en Oncología desde junio 2021-junio 2022, que

fueron valorados por la Unidad de Nutrición durante dicho ingreso. Se recogen parámetros clínicos, analíticos, antropométricos y morfofuncionales. Análisis estadístico SPSS[®]25.

Resultados: Se incluyen 183 pacientes oncológicos (59% H, 41% M) con edad media 62,3 años (30-86). Días de ingreso: 13,5 (1-71). El 45,4% (n = 83) reingresaron tras el alta. El 34% fueron valorados por Paliativos. El 67,2% cumplían criterios de desnutrición GLIM y 21,9% estaban en riesgo. El ingreso motivó la suspensión de quimioterapia (QT) en el 66,1% (n = 117). El 81,4% (n = 149) fueron *exitus* (62,8% entre los meses 0-3 tras el alta). Variables independientes relacionadas con la suspensión de QT en análisis multivariante ($p < 0,001$, AUC 0,83): ángulo de fase ($AF \leq 4,3^\circ$) ($p = 0,002$ OR ajustada 4,22), ECOG ($p = 0,01$, OR ajustada 1,93) y % pérdida peso al ingreso ($p = 0,003$, OR ajustada 1,06). Variables independientes relacionadas con la mortalidad en análisis multivariante ($p < 0,001$, AUC 0,81): ángulo de fase ($\geq 4,8^\circ$) ($p = 0,031$ OR ajustada 0,48) y evaluación por Paliativos ($p = 0,02$ OR ajustada 6,95).

Conclusiones: Los factores de riesgo independientes asociados a la suspensión de QT durante ingreso fueron: ángulo de fase $\leq 4,3^\circ$, mayor ECOG y mayor % de pérdida de peso al ingreso. El ángulo de fase es factor protector frente a mortalidad en presencia de otras variables. Por cada unidad que aumenta el AF, el riesgo de *exitus* disminuye un 54,3% ($p = 0,005$). Por cada unidad que aumenta AF, el riesgo de *exitus* a los 3 meses del alta disminuye un 46% ($p = 0,005$).

310. CRITERIOS FENOTÍPICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD SEGÚN GLIM: FRECUENCIA DE VALORES ANÓMALOS SEGÚN DIFERENTES DEFINICIONES (TRABAJO FIN DE GRADO)

C. Hamre Gil², T. Jamed Muñoz², A. Larrad Sáinz^{1,3}, M.G. Hernández Núñez^{1,3}, M. Ortiz Ramos^{1,3}, C. Marcuello Foncillas^{1,3}, N. Pérez Ferre^{1,2,3}, I. Moraga Guerrero¹, M.Á. Rubio Herrera^{1,2,3} y P. Matia-Martin^{1,2,3}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid.

³Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos IdISSC, Madrid.

Introducción: La definición de criterios fenotípicos para el diagnóstico de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) según los criterios GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) está sujeta a controversia cuando se trata de valorar la baja masa muscular esquelética (MME). El objetivo del trabajo fue describir la frecuencia de criterios fenotípicos alterados, usando diversas definiciones de baja MME.

Métodos: Sujetos ingresados en los servicios de medicina interna, nefrología, oncología, neumología y cardiología y geriatría entre los años 2018 y 2023. Peso y talla medidos, tomados de Atención Primaria o referidos por el paciente. IMC bajo: $< 20 \text{ kg/m}^2$ < 70 años, $< 22 \text{ kg/m}^2$ ≥ 70 años. Porcentaje de pérdida ponderal (PP): $[(\text{peso hace 6 meses} - \text{peso actual}) / \text{peso 6 meses}] \times 100$ (criterio + si $> 5\%$ en 6 meses o $> 10\%$ en más de 6 meses). MME valorada como: circunferencia muscular del brazo (CMB $<$ percentil 25), índice de masa libre de grasa (IMLG $< 15/17 \text{ kg/m}^2$ en mujeres/hombres), índice de MME -fórmula de Janssen- (IMME $< 6,68/8,31 \text{ kg/m}^2$ en mujeres/hombres). Se utilizó la impedancia bioeléctrica *Bodystat QuadScan 4000*.

Resultados: 262 pacientes (edad mediana 80 años -RI 69;87-; 53,1% mujeres). La frecuencia de criterios fenotípicos alterados fue: bajo IMC 21,8% (N = 262), PP $> 5\%$ 54,4% (N = 206), CMB $< p25$ 13,4% (N = 262), IMLG bajo 42,9% (N = 147) y IMME disminuido 30,6% (N = 147). Considerando la inflamación como una constante, la

prevalencia de DRE fue de 66,4, 80,9 y 80,5% cuando se combinaron los criterios fenotípicos según diferentes definiciones de baja MME.

Conclusiones: La definición de baja MME resulta clave en el diagnóstico de DRE, que puede resultar en una infra- o sobrestimación de la prevalencia, dependiendo del método utilizado.

Financiación: Fundación de Investigación en Nutrición y Metabolismo (FINUMET).

311. PROYECTO NUTRIECOMUSCLE: TOLERANCIA Y ADHERENCIA A UN SUPLEMENTO HIPERPROTEICO 100% LACTOPROTEÍNA SÉRICA ENRIQUECIDO CON LEUCINA Y VITAMINA D, EN PACIENTES CON DISTRÉS RESPIRATORIO GRAVE

J. Ocón Bretón¹, A. Sánchez Bao², I. Vegas Aguilar³, A. Roman Eyo⁴, F. Palmas⁵, M. Pazos⁶, I.E. Escuer Núñez⁷, Á. Morales Bachiano⁸, L. Díez Naya⁹ y C. Joaquín¹⁰

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario Lozano

Blesa, Zaragoza. ²Endocrinología y Nutrición, Complejo

Hospitalario Universitario de Ferrol. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

⁴Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario

de Santiago de Compostela. ⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital

Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁶Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

⁷Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra,

Pamplona. ⁸Endocrinología y Nutrición, Hospital General

Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁹Endocrinología y

Nutrición, Hospital de Cabueñes, Gijón. ¹⁰Endocrinología y

Nutrición, Hospital Universitario German Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: La administración de suplementos nutricionales orales (SNO) se ha establecido como una estrategia eficaz para mejorar el estado nutricional de los pacientes durante el periodo de recuperación después de un ingreso hospitalario. Este resumen se centra en la adherencia y tolerancia a un suplemento hiperproteico, 100% lactoproteína sérica enriquecido con leucina y vitamina D.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico en pacientes con distrés respiratorio con ingreso en UCI ($> 72 \text{ h}$). Se evaluó la adherencia y tolerabilidad al SNO a los 45 días mediante contacto telefónico y de manera presencial a los 3 meses del alta hospitalaria.

Resultados: 96 pacientes, 74% hombres, con edad 58,6 (8,5) años y con COVID-19 (90,4%). A los 45 días, el 81,3% de los pacientes cumplía adecuadamente ($> 70\%$); el 76% tomaba el 100% y el 3,1% presentaba adherencia deficiente ($< 50\%$). A los 3 meses, el 70% eran cumplidores ($> 70\%$); el 64% cumplía al 100%, y el 4% una adherencia deficiente. Tanto a los 45 días como a los 3 meses no se encontraron diferencias estadísticas en la población (cumplidor/no cumplidor) por sexo, edad > 65 o diabetes. A los 45 días, el 55,2% reportaron sentirse bien o muy bien y un solo paciente reportó sentirse muy mal. A los 3 meses, el 62% se sintieron bien-muy bien y el 3,3% muy mal, con mediana de 8/10 puntos en ambos tiempos. Todos los síntomas gastrointestinales presentaban mediana de 0 a excepción de sensación de saciedad tras la toma del SNO, con mediana de 5/10. Al final del tratamiento, los síntomas que ocurrían muy frecuentemente fueron flatulencia (12%) y saciedad (26,1%).

Conclusiones: Los pacientes ingresados por distrés respiratorio grave presentaron una buena tolerabilidad y alta adherencia a un tratamiento al alta con un suplemento nutricional oral 100% lactoproteína sérica enriquecido con leucina y vitamina D, sin experimentar síntomas gastrointestinales frecuentes, tanto a los 45 días como a los 3 meses.

312. CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD CON LA COMBINACIÓN DE DIVERSOS CRITERIOS FENOTÍPICOS SEGÚN LA ESTRATEGIA GLIM (TRABAJO FIN DE GRADO)

T. Jamed Muñoz², C. Hamre Gil², A. Larrad Sáinz^{1,3}, M.G. Hernández Núñez^{1,3}, M. Ortiz Ramos^{1,3}, C. Marcuello Foncillas^{1,3}, N. Pérez Ferre^{1,2,3}, I. Moraga Guerrero¹, M.Á. Rubio Herrera^{1,2,3} y P. Matía-Martín^{1,2,3}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid.

³Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Madrid.

Introducción: La definición de criterios fenotípicos para el diagnóstico de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) según los criterios GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) está sujeta a controversia cuando se trata de valorar la baja masa muscular esquelética (MME). La combinación de criterios fenotípicos y etiológicos se ha considerado una de las cuestiones a investigar en estudios que traten de validar esta estrategia diagnóstica. El objetivo del trabajo fue describir la concordancia en el diagnóstico de DRE utilizando diversas combinaciones de criterios fenotípicos.

Métodos: Sujetos ingresados en servicios médicos entre 2018 y 2023. Peso y talla medidos, tomados de Atención Primaria o referidos. IMC bajo: < 20 kg/m² < 70 años, < 22 kg/m² ≥ 70 años. Porcentaje de pérdida ponderal (PP) elevado si > 5% en 6 meses o > 10% en más de 6 meses. MME valorada con: circunferencia muscular del brazo (CMB < percentil 25), índice de masa libre de grasa (IMLG < 15/17 kg/m² en mujeres/hombres), índice de MME -fórmula de Janssen- (IMME < 6,68/8,31 kg/m² en mujeres/hombres). Se utilizó impedancia bioeléctrica *Bodystat QuadScan 4000*. Las combinaciones estudiadas fueron: IMC bajo o PP > 5% o CMB < p25 (A), IMC bajo o PP > 5% o IMLG descendido (B) e IMC bajo o PP > 5% o IMME descendido (C).

Resultados: 262 pacientes (edad mediana 80 años -RI 69;87-; 53,1% mujeres). El diagnóstico de DRE (considerando la inflamación constante) con las combinaciones fue 66,4% (A)-N = 223-, 80,9% (B)-N = 194-y 80,5% (C) -N = 190-. Los coeficientes kappa fueron para las combinaciones A/B, A/C y B/C 0,816 (EE 0,051), 0,816 (EE 0,051) y 0,899 (EE 0,040), respectivamente.

Conclusiones: A pesar de la diferencia en la prevalencia de DRE derivada de la distinta valoración de la baja MME, la combinación de criterios fenotípicos permite obtener un acuerdo casi perfecto en la definición de DRE según GLIM.

Financiación: Fundación de Investigación en Nutrición y Metabolismo (FINUMET).

313. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA MUSCULAR EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE PERSONAS ADULTAS CON FIBROSIS QUÍSTICA

F.J. Sánchez Torralvo¹, N. Porras¹, I. Ruiz García¹, C. Maldonado Araque¹, M. García Olivares¹, M.V. Girón², M. Gonzalo Marin¹, C. Oliveira² y G. Oliveira¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga/Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

²Neumología, Hospital Regional Universitario de Málaga/Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la ecografía muscular en personas con fibrosis quística (FQ), comparando los resultados con otras técnicas de composición corporal y la asociación con el estado nutricional y respiratorio.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en personas adultas con FQ en situación clínicamente estable. Se realizó ecografía muscular del cuádriceps recto femoral (QRF) y se compararon los resultados con otras medidas de composición corporal: antropometría, BIA y DXA. La dinamometría de mano (HGS) se utilizó para evaluar la función muscular. Se recogieron parámetros respiratorios (clínicos y espirométricos) y se evaluó el estado nutricional utilizando los criterios GLIM.

Resultados: Se incluyeron un total de 48 pacientes, con una edad media de 34,1 ± 8,8 años. En total, 24 pacientes eran hombres y 24 pacientes eran mujeres. El IMC medio fue de 22,5 ± 3,8 kg/m². El área muscular media del recto anterior (MARA) fue de 4,09 ± 1,5 cm² y la circunferencia muscular media del recto fue de 8,86 ± 1,61 cm. Se observó una correlación positiva entre el MARA y el índice de masa libre de grasa (FFMI) determinado por antropometría (r = 0,747; p < 0,001), BIA (r = 0,780; p < 0,001) y DXA (r = 0,678; p < 0,001), así como con la función muscular (HGS: r = 0,790; p < 0,001) y parámetros respiratorios (FEV1; r = 0,445, p = 0,005; FVC: r = 0,376, p = 0,02; FEV1/FVC: r = 0,344, p = 0,037). Un total de 25 pacientes (52,1%) fueron diagnosticados de desnutrición según los criterios GLIM. Se observaron diferencias al comparar la MARA según el diagnóstico de desnutrición (4,75 ± 1,65 cm² en normonutridos vs. 3,37 ± 1,04 en desnutridos; p = 0,014).

Conclusiones: En adultos con FQ, la ecografía muscular del QRF correlaciona adecuadamente con técnicas de composición corporal como antropometría, BIA, DXA y dinamometría. Las mediciones de ecografía muscular, particularmente el MARA, se asocian con el estado nutricional y la función respiratoria.

314. ECOGRAFÍA NUTRICIONAL: INFLUENCIA EN EL GROSOR DE UNA SERIE DE GRUPOS MUSCULARES EN FUNCIÓN DE DIFERENTES PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS

C. Moreno Gálvez, L. Serrano Urzaiz, W.V. González Sacoto, M. Lacarta Benítez, L. Morales Blasco, F. Losfablos Callau y A. Sanz París

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La medición del grosor de diferentes músculos corporales es una nueva herramienta de valoración nutricional. Su principal dificultad es la falta de puntos de corte de normalidad. Clásicamente las tablas de normalidad para la antropometría se dividen en edad y sexo. Nos planteamos valorar el efecto de estos cuatro factores clásicos (edad, peso, talla y sexo) sobre el grosor de tres grupos musculares: masetero (M), bíceps (B) y cuádriceps (C) medidos con ecografía en un grupo de ancianos dependientes institucionalizados.

Métodos: Se empleó una muestra total de 362 pacientes institucionalizados de los cuales se obtuvieron datos sobre su edad, sexo, talla y peso y además se realizó una ecografía reglada de los tres grupos musculares anteriormente nombrados (M, B y C). Se realizaron los estudios estadísticos mediante la correlación de Pearson y comparación de medias. El estudio fue aceptado por el comité de ética local CEICA (PI19/135).

Resultados: Se midió el grosor de los músculos M, B y C en 245 mujeres y 117 hombres. Entre sus características basales destacan: Edad media 84±7,6 años, peso 63,5 ± 15 y talla 1,60±0,08. Las medidas sobre los grupos musculares obtenidas fueron: M 6,4 ± 1,6 mm, B 14 ± 4,7 mm y C 17 ± 5,6 mm. La edad se correlacionó con el grosor de M (R: -0,3), B (R: -0,24), C (R: -0,2). El peso con el grosor de M (R: 0,64), B (R: 0,60), C (R: 0,5). La talla con el grosor de M (R: 0,29), B (R: 0,24), C (R: 0,035. no significativo). Los hombres presentaron mayor grosor de M (p: 0,0001) y de bíceps (p: 0,0001) pero no de cuádriceps (p: 0,08).

Conclusiones: El grosor de los músculos estudiados en los ancianos muy dependientes e institucionalizados, depende fundamentalmente del peso, edad y del sexo, pero muy poco de la talla. Así como la obesidad se define como un porcentaje aumentado de grasa del peso total, o por el peso en relación a la talla en el IMC, la sarcopenia también se podría valorar por el porcentaje de musculo del peso total y no solo en relación a la talla.

Este trabajo fue previamente presentado en el 38º congreso nacional de la "Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo".

315. VALOR PREDICTIVO DE MORTALIDAD MEDIANTE ÁNGULO DE FASE Y ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

R. Fernández Jiménez^{1,2}, J.M. García Almeida¹, E. Cabrera¹, I. Vegas Aguilar¹, I. Cornejo Pareja¹, P. Guirado Pelaez¹, F. Espíldora¹, V. Simon Frapilli¹, A. Sánchez García^{1,2} y L. Sánchez Gariido^{1,2}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Endocrinología y Nutrición, IBIMA, Málaga.

En la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) hay ciertos factores que pueden tener un impacto negativo sobre el estado nutricional, como un aumento de la carga de los músculos respiratorios, la liberación de mediadores de inflamación y la inactividad física. Conocer el estado nutricional y composición corporal de los pacientes con FPI mediante nuevas técnicas para un mejor diagnóstico e intervención. Estudio prospectivo de pacientes con FPI con una valoración morfofuncional. 87 pacientes, 72 hombres (82,75%), con una edad media de 71,3(7,19) años con una mortalidad del 13,8% de la muestra. Un 59,8% de la muestra presentaba riesgo de malnutrición moderado según VSG y un 21,8% grave. Peso 79,2 (11,8) kg, una pérdida de peso 8,31 (6,75)%, y IMC 27 (3,21) kg/m², ángulo fase(pha) 4,83° (0,80), masa celular (bcm) 26,5 (4,81) kg, ángulo fase estandarizado (spha) -1,07 (0,99), Área muscular 3,56 (1,02) cm². Eje Y 1,14 (0,28) cm. Curva ROC para determinar punto de corte de mortalidad con BIA y ecografía muscular en hombres; pha 4,7° con AUC 0,735, sensibilidad 67,1% y especificidad de 75%, un bcm 25,5 kg, con AUC 0,656, sensibilidad 62,5% y especificidad 75% y spa -1,89 con un AUC 0,622, sensibilidad 84,38% y especificidad 37,5%. En la ecografía muscular un área muscular en hombres de 3,49 con AUC 0,656, sensibilidad 58,73% y especificidad de 75%. Un eje Y 1,1 con AUC 0,658, sensibilidad 55,56% y especificidad de 87,5%. En mujeres pha 4,5° auc 0,643 sensibilidad 64,86 y especificidad 100%, área muscular 2,1 cm² auc 0,821 sensibilidad 78,57 y especificidad 100%, es resto no era significativo. Realizando una regresión de cox se obtuvo que por cada punto de ángulo de fase disminuido el HR aumentaba un 0,27%. Según la Kaplan Meier cuando el pha es alto la supervivencia a los 12 meses es del 95% frente a un 53% teniendo el pha bajo. La valoración morfofuncional mediante BIA y ecografía nutricional en pacientes con FPI se presenta como un buen diagnóstico a la hora de la predicción de la mortalidad.

316. VALORACIÓN DE LA MASA MUSCULAR MEDIANTE ECOGRAFÍA Y SU CORRELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD POSOPERATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y COLON

N. Jiménez López, M.I. Maíz Jiménez, M. Huelves Delgado, M. Ruiz Aguado, R. de Diego Muñoz, S. Jurado Granada, M.Á. Valero Zanuy y M. León Sanz

Endocrinología y Nutrición, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: La baja masa muscular (BMM) y sarcopenia en pacientes oncológicos se han relacionado con más riesgo de complicaciones posoperatorias (CPO), toxicidad quimioterápica y mortalidad. Nuestro objetivo es analizar el impacto sobre las CPO de la BMM medida con ecografía muscular (EM) en pacientes que van a someterse a cirugía de cáncer de esófago, estómago y colorrectal (CEEC).

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo. Se realizó historia clínica, valoración nutricional y morfofuncional con bioimpedancia vectorial (BV) y EM. Variables estudiadas: sexo, edad, IMC, desnutrición (criterios GLIM) y sarcopenia (criterios EWGSOP2), índice de comorbilidad Charlson (ICC), índice Karnofsky, ECOG, SARC-F, ángulo de fase (AF), IMME, ASMM, SMMI, ejes X e Y y área (A) del músculo recto (MR). 6 meses poscirugía: mortalidad y morbilidad (grados de Dindo-Clavien), estancia hospitalaria y en UCI.

Resultados: 37 pacientes, 60% varones. Edad media 68,2 ± 13,7 años. IMC 27,6 ± 4,3 Kg/m². 13 pacientes diagnosticados de desnutrición y 13 de sarcopenia. Dinamometría patológica en 12 pacientes. Karnofsky 100 ± 13,0; ECOG 1 ± 0,5; ICC 5,6 ± 2,4. MR: eje Y 1,3 ± 0,3 cm; eje X 3,8 ± 0,3 cm; AMR 4,2 ± 1,1 cm². Tras la cirugía, 1 reingreso; 2 *exitus*; estancia media 9,6 ± 6,3 días y estancia en UCI 1,72 ± 6,6 días. BV: AF 5,8 ± 1,2; IMME 9,5 ± 1,4 Kg/m²; ASMM 22,0 ± 4,2 Kg/m²; SMMI 26,9 ± 5,0 Kg/m². La presencia de sarcopenia se relacionó significativamente con la edad, el ángulo de fase y una baja masa muscular medida por ecografía y BV. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de CPO y el AMR y el eje Y del MR.

Conclusiones: Los pacientes intervenidos por CEEC tienen alto riesgo nutricional y alta prevalencia de sarcopenia. La BMM medida por EM se relacionó con más CPO, lo que no se reprodujo con la presencia de sarcopenia en nuestra serie.

317. EVALUACIÓN DE LA ECOINTENSIDAD DETERMINADA MEDIANTE ECOGRAFÍA NUTRICIONAL COMO MÉTODO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

P. Pérez López, J.J. López Gómez, D. García Beneitez, P. Fernández Velasco, J. González Gutiérrez, D. Primo Martín, E. Delgado García, E. Gómez Hoyos, R. Jiménez Sahagún y D. de Luis Román

Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Evaluar la relación de la ecointensidad (EI) determinada mediante ecografía muscular (EM) con la fuerza muscular y composición corporal y describir las diferencias en la ecointensidad en función del diagnóstico de sarcopenia y dinapenia.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo con 144 pacientes diagnosticados de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE). Se recogieron variables clínicas, de dinamometría y composición corporal mediante bioimpedanciometría (BIA) y EM del recto anterior del cuádriceps (índice de área de recto anterior (IAMRA), Índice X (transversal)/Y (anteroposterior)). La ecointensidad se determinó como porcentaje considerando 0 como color negro y 255 color blanco (National Institutes of Health(NIH)ImageJ software).

Resultados: El 59,7% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 62,4 (17,3) años. La prevalencia de sarcopenia en nuestro estudio fue del 33,3% y dinapenia 51,4%. La ecointensidad media fue de 36,7 (9,7)%. La EI se correlacionó inversamente con la dinamometría de la mano dominante (r = -0,36; p < 0,01), reactancia (r = -0,21; p = 0,02) y ángulo de fase (AF) (r = -0,23; p < 0,01) y de

forma directa con el Índice X/Y ($r = 0,27$; $p < 0,01$). No se correlacionó significativamente con IAMRA ($r = -0,09$; $p = 0,27$). La ecointensidad fue significativamente superior en los pacientes con dinapenia (38,7 (10,4) vs. 34,6 (8,5)%; $p = 0,02$), con una tendencia no significativa a mayor EI en pacientes con sarcopenia (38,1 (10,7) vs. 36,1 (9,1)%; $p = 0,27$). Estos últimos mostraron mayor Índice X/Y (4,1 (1,3) vs. 3,3 (1,3); $p < 0,01$) y dinapenia (15,1 (5,9) vs. 22,9 (7,0) kg; $p < 0,01$) y menor IAMRA (2,8 (1,1) vs. 3,3 (1,1) cm^2/m^2 ; $p < 0,01$) que aquellos sin sarcopenia.

Conclusiones: La ecointensidad se relacionó de forma significativa con parámetros de calidad (Índice X/Y) y funcionalidad (dinapenia) del músculo, siendo superior en los pacientes con dinapenia y con una tendencia a mayor EI en aquellos con sarcopenia, lo que demuestra su utilidad en la valoración nutricional del paciente con DRE.

318. UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS DE MASA Y CALIDAD MUSCULAR DETERMINADOS MEDIANTE ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN LA EVALUACIÓN DEL PRONÓSTICO PACIENTES CON DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

E. Delgado García^{1,2}, J.J. López Gómez^{1,2}, D. García Beneitez³, P. Hernández Velasco^{1,2}, J. González Gutiérrez^{1,2}, D. Primo Martín², P. Pérez López^{1,2}, E. Gómez Hoyos^{1,2}, R. Jiménez Sahagún^{1,2} y D. de Luis Roman^{1,2}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico de Valladolid. ²Instituto de Investigación de Endocrinología y Nutrición de Valladolid, Universidad de Valladolid. ³Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.

Introducción: La ecografía nutricional (EN) es una técnica que completa la valoración nutricional, aportando información que podría orientar en el pronóstico del paciente.

Objetivos: Evaluar la influencia de los parámetros de cantidad-calidad de la ecografía nutricional como indicadores pronósticos en pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de desnutrición asociada a la enfermedad (DRE) según los criterios Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). Se recogieron variables clínicas, antropométricas y EM del recto anterior del cuádriceps (Índice de Área de Recto Anterior (IAMRA), Índice X (transversal)/Y (anteroposterior), ecointensidad (EI = % dentro de la escala de grises de la media de los píxeles del corte trasversal, siendo 0 = -hipoecogénico y 255 = +hiperecogénico). Se definió sarcopenia según los criterios del European Working Group of Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2). Los factores pronósticos analizados fueron la mortalidad, ingresos y visitas a urgencias.

Resultados: Estudio de 144 pacientes (40,3% varones) con una edad media de 62,4 (17,3) años. 55 pacientes (38,2%) presentaban patología oncológica, 21 (14,6%) cardiovascular, 17 (11,8%) digestivo, 7%. Según la antropometría: el índice de masa corporal (IMC) fue 21,79 (4,6) kg/m^2 , % pérdida de peso fue 11,8 (9,4)%. La Circunferencia de pantorrilla 31,03 (3,42) cm. La prevalencia de la sarcopenia fue 48 pacientes (33,3%). Según factores pronósticos, no se observaron diferencias significativas en IAMRA ni en la ecointensidad, si se observaron diferencias en índice X/Y. No se observaron con diferencias significativas entre los ingresos hospitalarios y visitas a urgencias con datos obtenidos de EN.

Conclusiones: En pacientes con DRE la calidad muscular (índice X/Y) mostró valores más elevados en aquellos que fallecieron respecto a los que no. No se observaron diferencias en los valores de cantidad y calidad en función del ingreso o visitas a urgencias.

319. EVALUACIÓN DE LA MASA MUSCULAR MEDIANTE ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER. UN ESTUDIO TRANSVERSAL

R.M. García Moreno, I. Mantellini González, S. Rogic Valencia, M.G. Llaro Casas, L. Mola Reyes y S. Palma Milla

Unidad de Nutrición Clínica, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Estudiar cómo afectan las características de los pacientes con cáncer a su masa muscular evaluada mediante ecografía nutricional.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con cáncer valorados en consultas externas de la Unidad de Nutrición. Se realizó medición de eje X, eje Y, área (A) y circunferencia (C) en un corte ecográfico transversal del recto femoral del cuádriceps (RAC).

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes (58 varones), con media de edad 68 ± 11 años. La edad presentó correlación negativa con eje Y ($\beta = -0,01$, $p = 0,003$), eje X ($\beta = -0,02$, $p = 0,02$), A ($\beta = -0,07$, $p < 0,001$) y C ($\beta = -0,05$, $p = 0,003$). El IMC se asoció con mayor eje Y ($\beta = 0,04$, $p < 0,001$), A ($\beta = 0,17$, $p < 0,001$) y C ($\beta = 0,10$, $p = 0,020$). La pérdida de peso (%) mostró correlación negativa con eje Y ($\beta = -0,02$, $p < 0,001$), A ($\beta = -0,06$, $p = 0,005$) y C ($\beta = -0,04$, $p = 0,037$). La desnutrición grave (criterios GLIM) se asoció con menores eje Y ($0,86 \pm 0,32$ vs. $1,17 \pm 0,5$, $p = 0,004$) y A ($3,32 \pm 1,41$ vs. $4,69 \pm 2,54$; $p = 0,004$) respecto a la moderada, y la no desnutrición (eje Y: $1,22 \pm 0,42$, $p = 0,005$; A: $4,47 \pm 2,18$, $p = 0,045$). La limitación en la actividad física se relacionó con valores más bajos de eje Y ($0,81 \pm 0,36$ vs. $1,08 \pm 0,43$, $p = 0,010$) y de A ($3,04 \pm 1,68$ vs. $4,19 \pm 2,09$, $p = 0,034$). El ejercicio se asoció a mayor eje Y ($1,25 \pm 0,62$ vs. $0,98 \pm 0,36$, $p = 0,025$), A ($5,25 \pm 3,24$ vs. $3,67 \pm 1,58$, $p = 0,004$) y C ($10,44 \pm 2,44$ vs. $9,26 \pm 1,55$, $p = 0,013$). La duración del ejercicio se correlacionó positivamente con el eje X ($\beta = 0,06$, $p = 0,011$), eje Y ($\beta = 0,09$, $p = 0,023$), A ($\beta = 0,27$, $p = 0,003$) y C ($\beta = 0,19$, $p = 0,016$). No se encontraron diferencias significativas según el sexo, la localización, estadio tumoral y tratamiento recibido (cirugía, quimioterapia o radioterapia).

Conclusiones: La edad y la desnutrición perjudican a la masa muscular, mientras que el ejercicio es el principal factor protector. Los parámetros eje Y y A del RAC fueron los más afectados en los pacientes con desnutrición severa y los que más se asociaron con limitación de la actividad física.

320. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON HIPOFOSFATASIA: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA MUSCULAR EN EL DIAGNÓSTICO DE SARCOPENIA

M.C. Andreo López¹, V. Contreras Bolívar^{1,2,3}, E. Moratalla Aranda^{2,4}, T. González Cejudo^{2,5}, L. Martínez Heredia², F. Andújar Vera^{2,3,6}, C. García Fontana^{1,2,3}, B. García Fontana^{1,2,3} y M. Muñoz Torres^{1,2,3}

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ²Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, (ibs. GRANADA), Granada. ³CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁴UGC Medicina Nuclear, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ⁵UGC Análisis Clínicos, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ⁶Departamento de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial, Universidad de Granada. ⁷Instituto Andaluz de Investigación en Ciencia de Datos e Inteligencia Computacional, (Instituto DaSCI), Granada. ⁸Departamento de Medicina, Universidad de Granada.

Introducción: La hipofosfatasia (HPP) genera una mineralización ósea defectuosa secundaria al déficit de fosfatasa alcalina no espe-

cífica de tejido, aumentando el riesgo de fractura ósea. La sarcopenia puede elevar este riesgo. Por tanto, el diagnóstico rápido con herramientas accesibles y coste-efectivas como la ecografía podría ser útil en la práctica clínica.

Objetivos: Valorar la correlación de la ecografía con otra técnica de valoración de la masa muscular validada.

Métodos: Estudio transversal en adultos con HPP. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), analíticas (fosfatasa alcalina-FA-) y clínicas (fracturas, fuerza muscular medida con dinamómetro Jamar en kilogramos (kg)-punto de corte: < p10 de población española-, masa muscular del recto femoral del cuádriceps con ultrasonidos-Sonosite S-Nerve®, masa libre de grasa (MLG) en kg, masa grasa y densidad mineral ósea (T y Z-score) por absorciometría de rayos X de energía dual (DXA). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS v.25.

Resultados: 33 sujetos, 55% mujeres de 49 ± 18 años y FA media: 29 ± 11 . El 52% tuvo al menos 1 fractura ósea. Se detectó baja fuerza muscular en 24% (62,5% hombres). La media del eje Y fue $1,4 \pm 0,7$, la de la circunferencia 9 ± 2 y su área media $4,4 \pm 2$. La MLG media fue $46,5 \pm 13,5$. La fuerza muscular se correlacionó positivamente con el eje Y ($r = 0,42$, $p = 0,02$), con el área muscular ($r = 0,4$, $p = 0,02$), con T-score en cuello femoral ($r = 0,48$, $p = 0,01$) y en columna lumbar ($r = 0,66$, $p < 0,001$). La fuerza en mujeres se asoció con IMC, MLG ($p = 0,004$) y tendió a la asociación con la circunferencia muscular ecográfica ($p = 0,09$). El área muscular se correlacionó con MLG ($r = 0,52$, $p = 0,01$) y la masa grasa ($r = -0,37$, $p = 0,03$).

Conclusiones: La valoración ecográfica se asoció con parámetros de composición corporal y funcionalidad muscular. Dada su accesibilidad, la ecografía es una herramienta útil para evaluar el músculo en pacientes con HPP, permitiendo un abordaje precoz que reduzca el riesgo de osteosarcopenia.

321. CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DE VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Prior Sánchez, R.C. Romo Remigio, M. de Damas Medina, M. Sánchez-Prieto Castillo y M. Moreno Martínez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: La bioimpedanciometría eléctrica con ángulo de fase (BIA-PhA), la dinamometría de mano (DM) y la ecografía nutricional (EN), han cobrado importancia como parte de la valoración morfofuncional (VMF) en la práctica nutricional clínica diaria.

Objetivos: Determinar si existen correlación entre los valores de BIA-PhA, EN y DM en pacientes hospitalizados.

Métodos: Practicamos la VMF con BIA-PhA (Akern), EN (Microcaya UProbe-L6C) y Dinamometría (JAMAR) en pacientes ingresados el Hospital Universitario de Jaén, con alto riesgo nutricional.

Resultados: Se evaluaron 40 pacientes. Los resultados de la VMF agrupados por sexo se describen en la tabla. Al realizar las correlaciones parciales entre las variables de BIA-PhA y EN, ajustando por sexo, encontramos correlación significativa entre PhA y el área muscular ($r = 0,638$; $p < 0,001$); así como con el eje anteroposterior muscular ($r = 0,631$; $p < 0,001$). La BCM se correlacionaba con el área ($r = 0,718$; $p < 0,001$), la circunferencia ($r = 0,60$; $p < 0,001$), el eje Y ($r = 0,688$; $p < 0,001$) y el eje X ($r = 0,486$; $p = 0,002$). El ASMI se correlacionaba con el área ($r = 0,611$; $p < 0,001$), la circunferencia ($r = 0,479$; $p = 0,002$), el eje AP ($r = 0,596$; $p < 0,001$) y el eje X ($r = 0,474$; $p = 0,002$). La DM se correlaciona con el PhA ($r = 0,471$, $p = 0,002$), el BCM ($r = 0,655$; $p < 0,001$), el área ($r = 0,479$; $p = 0,002$), circunferencia ($r = 0,526$; $p < 0,001$), eje X ($r = 0,581$; $p < 0,001$).

Variable	Mujeres: 14 (35%)	Varones: 26 (26%)
PhA (grados)	$5,31 \pm 0,83$	$5,07 \pm 0,97$
Hidratación (%)	$73,6 \pm 1,76$	$74,33 \pm 3,36$
Resistencia (Ohm/m)	$403,04 \pm 86,47$	$308,38 \pm 64,22$
Reactancia (Ohm/m)	$37,25 \pm 7,92$	$28,43 \pm 9,06$
FFM (kg)	$45,38 \pm 7,59$	$53,51 \pm 7,55$
FM (kg)	$19,01 \pm 6,12$	$15,18 \pm 7,65$
BCM (kg)	$26,31 \pm 20,75$	$25,98 \pm 5,08$
ASMM (kg)	$16,68 \pm 3,10$	$20,22 \pm 3,72$
ASMI (kg/m ²)	$6,29 \pm 1,00$	$7,08 \pm 0,95$
SMI (kg)	$7,46 \pm 1,72$	$9,47 \pm 1,69$
Área (cm ²)	$3,48 \pm 1,45$	$3,97 \pm 1,37$
Eje Trasverso (x) (mm)	$35,34 \pm 2,52$	$38,69 \pm 4,60$
Eje AP (Y) (mm)	$10,28 \pm 3,79$	$11,11 \pm 3,05$
Circunferencia (mm)	$88,13 \pm 10,65$	$95,37 \pm 18,15$
TSC adiposo muslo (mm)	$12,21 \pm 6,10$	$5,77 \pm 3,10$
TSC abdominal total (mm)	$18,76 \pm 6,03$	$11,21 \pm 5,08$
TSC abdominal superficial (mm)	$9,26 \pm 4,26$	$4,87 \pm 2,45$
Tejido adiposo preperitoneal (mm)		
DM media (kg)	$18,39 \pm 5,95$	$28,25 \pm 11,13$

Conclusiones: Los parámetros de la BIA que evalúan componente celular se correlacionan con parámetros de la EN y DM, tras ajustar por el sexo.

322. BIOIMPEDANCIOMETRÍA Y PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL

C. Gándara Gutiérrez¹, M. Pasarón Fernández¹, G.O. Puente Barbé¹, A. Fórneas Sangil², S. Fuertes Camporro², A. Gonzalo González², M. Riestra Fernández¹, L. Díaz Naya¹, C. Suárez Coalla¹ y N. Valdés Gallego¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ²Farmacia, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

Introducción: Los pacientes hospitalizados con nutrición parenteral (NP) presentan alto riesgo de desnutrición y mortalidad. La utilidad del ángulo de fase (AF) como predictor de complicaciones en estos pacientes no ha sido evaluada.

Objetivos: Evaluar la utilidad de parámetros bioeléctricos, cribado de desnutrición MUST y criterios de desnutrición GLIM en la predicción de mortalidad en pacientes hospitalizados con NP.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con NP entre junio 2021 y diciembre 2022. Al inicio de la NP se recogieron datos antropométricos y bioeléctricos. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS V22.

Resultados: Muestra de 94 pacientes, 63,8% varones, edad media $66,3 \pm 15,6$ años. El 25% tenían diabetes mellitus y el 50% cáncer activo. La mayoría precisó NP tras cirugía (46,7% oncológica). El IMC medio fue $25,61 \pm 5,07$ kg/m², 28,7% con obesidad. Según cribado MUST el 53,3% en riesgo alto de desnutrición, 20,7% riesgo moderado, y 26,1% riesgo bajo. Por criterios GLIM 58,7% presentaban desnutrición (35,9% moderada, 22,8% grave). EL AF medio fue $5,16 \pm 1,43^\circ$, BCM medio $26,1 \pm 8,33$ kg, FFMI medio $19,1 \pm 2,88$ kg/

m², sin diferencias en función de MUST/GLIM. La estancia media fue 27,3 ± 16,3 días. 14,1%, fallecieron durante el ingreso. En nuestra muestra el cribado MUST y los criterios GLIM no se relacionaron con mortalidad (AUC = 0,506 y 0,543 respectivamente). Ajustando por edad, sexo e IMC, observamos menor supervivencia en pacientes con menor AF (OR = 0,55, p = 0,046, AUC = 0,743), menor BCM (OR = 0,86 p = 0,005, AUC = 0,766) y FFMI bajo (< 17 kg/m² en varones, < 15 kg/m² en mujeres) (OR = 8,1 p 0,034). Un AF < 4,45° se relacionó con aumento significativo de mortalidad, (sensibilidad (S) 76,9%, especificidad (E) 72,2%), así como BCM < 23,4 kg/m² (S 76,9%, E 70,9%).

Conclusiones: Los datos bioeléctricos al inicio de NP se asocian a mortalidad durante ingreso, y podrían emplearse como factores pronósticos, presentando mejor rendimiento que el cribado MUST y los criterios de desnutrición GLIM.

323. MÁS ALLÁ DE LA PÉRDIDA DE PESO: EVOLUCIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES AFECTOS DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO DURANTE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ACTIVO

L. Andurell Ferrándiz, M. Gómez Muñoz,
A. Zabalegui Eguinoa, F. Mucarzel Suárez-Arana,
F. Palmas Candia y R. Burgos Peláez

Unidad de Soporte Nutricional, Hospital Universitari Vall Hebron, Barcelona.

Introducción: Para garantizar unas recomendaciones nutricionales precisas debemos conocer el estado nutricional de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC) durante tratamiento oncológico activo (TTO) y la presencia de sarcopenia.

Objetivos: Describir cambios en composición corporal (CC) en pacientes afectados CCC durante los diferentes TTO y determinar la prevalencia de desnutrición y sarcopenia.

Métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo de pacientes adultos afectados de CCC que realizan radioterapia (RT) abril-octubre 2022. Variables: antropometría, % pérdida de peso (pp), evolución clínica, bioimpedancia (masa grasa (MG: Kg), masa libre de grasa (MLG: Kg), ángulo de fase (AF). Se valoró la prevalencia de desnutrición mediante criterios GLIM y sarcopenia mediante FFMI. Las mediciones se realizaron respecto al TTO: Previo al inicio (v0), al inicio (v1), a la mitad (v2), al finalizar (v3), 1 y 3 meses de su fin (v4-v5). Todos recibieron tratamiento nutricional individualizado (TNI).

Resultados: Reclutamos 27 pacientes, edad media 64 años, 66,7% hombres y un 59,6% con estadio tumoral III-IV. El 59,2% realizó tratamiento concomitante (TTOC). La prevalencia de desnutrición previo a RT fue 55,6%, aumentó al finalizar el TTO hasta 70,4% y disminuyó al 47,8% a los 3 meses. La sarcopenia se estabilizó durante el TTO (v0 22,2%, v3 20,8%) ya se redujo a los 3 meses (13,6%). Tras iniciar el TNI, observamos una mejora en CC, aumentando la MLG (1,49% ± 4), disminuyendo la MG (1,4% ± 4,5) y estabilización del peso (0,2% ± 2,1). Tras el inicio de RT, a pesar de TNI la MLG disminuye (1,12% ± 4,9), la MG aumenta (1,7 ± 5,5%) y observamos pp (2,4% ± 3,5 (p = 0,019)). Tres meses pos-TTO existe una recuperación de la CC con un aumento de MLG (0,5% ± 5,4), MG (1,27% ± 3,4) y de peso (3,3% ± 3,1 (p = 0,01)). Durante todo el seguimiento observamos pp 9,9% ± 10 pero recuperan MLG (3,79% ± 7,5 (p0,012)), asociado a menor FM (-1,37 ± 4,67 kg (p = 0,049)). A lo largo del tratamiento aquellos que reciben TTOC pierden más peso (3,2%) y más MLG (0,7%).

Conclusiones: Independientemente de la pp existen cambios en MG y MLG en los pacientes afectados de CCC en TTO, con tendencia a la desnutrición y sarcopenia. EL TNI es necesario para prevenir la pérdida MLG previo al inicio TTO.

324. VALORACIÓN DE DESNUTRICIÓN Y SARCOPENIA EN PACIENTES MAYORES CON CÁNCER DE COLON PREVIO A CIRUGÍA. INFLUENCIA DEL ESTADIO TUMORAL

L. Hernández Rienda, K. García Malpartida, A. Micó García,
E. Gascó Santana, Á. Durá de Miguel, M. Argente Pla,
S. Martín Sanchis, R.M. López Guillén, P. Rossetti y J.F. Merino Torres

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Introducción: En pacientes con cáncer colorrectal, además del estadio tumoral, la presencia de desnutrición y sarcopenia pueden influir en la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Objetivos: Conocer la frecuencia de desnutrición y sarcopenia en pacientes mayores de 65 años con cáncer colorrectal previo a cirugía y evaluar la influencia del estadio tumoral.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal de 25 pacientes > 65 años con cáncer colorrectal pendientes de cirugía. Se determinó edad, sexo, diabetes, estadio de enfermedad, administración de quimioterapia, antropometría, dinamometría, impedanciometría, GLIM, VSG y SARC-F. Se compararon los diferentes grupos según estadio tumoral.

Resultados: 25 pacientes (64% hombres), edad de 79,3(6,4) años. 40% presentaban diabetes y el 20% recibió quimioterapia precirugía. El 68% perdió peso, con un porcentaje del 9,8 (5,3)%. El IMC fue 25,9 (3,6) kg/m². Un 40% presentaban enfermedad local, un 36% localmente avanzada y un 24% avanzada. Aplicando criterios GLIM, un 60% de enfermedad local presentaba desnutrición, en comparación con el 100% de pacientes con enfermedad localmente avanzada y avanzada. Usando VSG, el diagnóstico de desnutrición fue de un 60, 44 y 66% respectivamente. Respecto a la sarcopenia, en la tabla podemos ver su frecuencia según diferentes criterios:

	Local	Localmente avanzado	Avanzado	Sig (p)
SARC-F	10%	11,1%	66,6%	0,01
CP	30%	77,7%	50%	0,1
CMB	30%	22,2%	33,3%	0,8
IMME/peso	60%	66,6%	66,6%	0,9
IMME/grasa	40%	55,5%	50%	0,7
Dinamometría p < 5	70%	55,5%	66,6%	0,7
AF patológico	70%	55,5%	100%	0,1

Conclusiones: Es imprescindible un cribado nutricional con valoración de desnutrición y sarcopenia en pacientes con cáncer colorrectal previos a cirugía dada su elevada prevalencia. Los pacientes con enfermedad avanzada presentan con mayor frecuencia un test de sarcopenia patológico, pero no se encuentran diferencias en composición corporal comparado con pacientes en estadios menos avanzados.

325. BIOIMPEDANCIA ELÉCTRICA EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA. ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

I. Mantellini González, R.M. García Moreno, L. Mola Reyes,
S. Rogic Valencia, M.G. Llaro Casas y S. Palma Milla

Unidad de Nutrición y Dietética, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Estudiar la relación de parámetros clínicos con datos de la bioimpedancia eléctrica (BIA) en pacientes con cáncer.

Métodos. Estudio transversal de pacientes con cáncer atendidos en consulta de Nutrición (2022-2023) a quienes se les realizó BIA.

Resultados. Se incluyeron 88 pacientes (57 varones) con edad media de 67 ± 11 años. El tumor más frecuente fue esofagogástrico (35,2%) y pancreatobiliar (19,3%). El ángulo de fase (AF) medio fue $4,56 \pm 0,96^\circ$, el AF estandarizado (AFE) $-1,11 \pm 0,72$, la masa celular corporal (BCM) $22,06 \pm 6,72$ kg y el índice de BCM $13,4 \pm 5,06$. El 69,3% tenían baja masa muscular según ASMI, pero solo 42% la tenían según FFMI. La BIVA ubicó al 39,7% de pacientes en el cuadrante inferior derecho de caquexia y al 26,1% en el superior derecho de delgadez; al 8% en cuadrante de obesidad y a una minoría en el de atletas o el centro. El 36,6% de las mujeres y 32,14% de los varones presentaron baja fuerza muscular (dinamometría). La media del Test Up and Go (TUG) fue de $12,79 \pm 3,73$ seg. No hubo relación significativa entre el AF, AFE o el BCM con el estadiaje tumoral. El AFE se relacionó con la desnutrición (GLIM) moderada ($-1,21 \pm 0,56$; $p = 0,002$) y grave ($-1,21 \pm 0,68$; $p = 0,001$). Los pacientes que fallecieron durante el seguimiento tenían un AFE significativamente inferior que los demás ($-1,64 \pm 0,79$ vs. $-1,05 \pm 0,69$; $p = 0,018$). La dinamometría presentó correlación alta con el BCM ($r = 0,61$; $p < 0,001$) y moderada con el AF ($r = 0,45$; $p < 0,001$). El TUG presentó correlación negativa baja con el AF ($r = 0,39$; $p = 0,018$) y el BCM ($r = 0,27$; $p = 0,024$). No hubo correlación del cuadrante BIVA con otros parámetros.

Conclusiones. El AFE se asocia a desnutrición según GLIM y es capaz de predecir mortalidad en pacientes con cáncer. El AF y el BCM presentan una correlación moderada-alta con parámetros de fuerza (dinamometría), pero baja con el test de funcionalidad (TUG). La mayoría de los pacientes presentaron BIVA compatible con caquexia, sin que ello se relacionara con un peor pronóstico.

326. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UHTCA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

M. Novo Rodríguez, I. Herrera Montes, C. Novo Rodríguez, V. Siles Guerrero, A. Muñoz Garach y M. López de la Torre Casares

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden cursar con desnutrición grave. La unidad de nutrición lleva un seguimiento de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de TCA del HUVN. Nuestro objetivo fue analizar los datos de nuestra valoración nutricional y evaluar los cambios durante el ingreso.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de una muestra de 34 sujetos. Se estudiaron IMC, circunferencia braquial (CB), circunferencia pantorrilla (CP), pliegue cutáneo tricipital (PCT), dinamometría (DIN), parámetros analíticos, BIVA y eco nutricional al ingreso y al alta. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: edad media $29,7 \pm 12,8$ a, 97,1% mujeres. Media de IMC al ingreso de $14,2 \pm 1,54$ K/m². 97,1% con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN). El 18,2% precisó SNG durante el ingreso. La media de estancia hospitalaria fue de $46,8 \pm 16,5$ d. La masa grasa (FM) y masa celular (BCM) fueron significativamente menores al ingreso respecto al alta con $p < 0,05$. No hubo diferencias estadísticamente significativas para el ángulo de fase (AF) ni masa muscular (SMM y ASMM). Se observó una mejora en la media de CB, PCT y DIN durante el ingreso ($18,1$ cm, $4,2$ mm, 22 K vs. $19,9$ cm, $5,53$ cm, $26,1$ K respectivamente) ($p < 0,05$). En cuanto a los parámetros analíticos mejoraron los niveles de prealbúmina, triglicéridos y vitamina D ($p < 0,05$). Se objetivó una mejoría no significativa en parámetros de eco del recto anterior de cuádriceps (RAC) área, eje X, eje Y, tejido adiposo ($3,5$ cm², $3,5$ cm, $1,3$ cm y $0,4$ mm vs. $3,9$ cm², $3,3$ cm, $1,6$ cm, $0,6$ cm) y significativa en eco

abdominal: tejido adiposo subcutáneo y preperitoneal ($0,41$ cm, $0,32$ cm vs. $0,93$ cm, $0,36$ cm) ($p < 0,05$).

Conclusiones: Consideramos la valoración morfofuncional como una herramienta más completa y útil para el seguimiento del estado nutricional de pacientes hospitalizados con un TCA, en concreto la BIVA, eco abdominal, antropometría y DIN.

327. VALOR PRONÓSTICO Y CORRELACIONES MORFOFUNCIONALES MEDIANTE CLUSTERIZACIÓN DE PARÁMETROS (ÁNGULO DE FASE, ÁREA MUSCULAR Y DINAMOMETRÍA) CON SCORES CLÍNICOS EN PACIENTES CRÍTICOS

J.M. García Almeida¹, R. Fernández Jiménez^{1,2}, C. Blanco Bermejo³, P. Martínez López⁴, A. Vallejo Báez⁴, I. Vegas Aguilar¹, N. Montero Madrid¹, P. Guirado Pelaez¹, V. Simon Frapolli¹ y M.A. Estecha Foncea⁴

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Endocrinología y Nutrición, IBIMA, Málaga.

³Farmacia, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

⁴Unidad de Cuidados intensivos, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: En pacientes críticos (UCI) se producen cambios en la composición y función corporal que están relacionados con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. La evaluación morfofuncional integra la evaluación del ángulo de fase (Pha) por bioimpedancia, área transversal del recto femoral (RfCSA), dinamometría (HGS) y datos analíticos y metabólicos (PCR/prealbúmina). Nos existen muchos datos sobre el efecto pronóstico y las correlaciones entre de estos parámetros en paciente de UCI.

Métodos: Evaluar las correlaciones entre Pha, RfCSA, HGS y scores clínicos (Charlson, APACHE) en una cohorte de pacientes de UCI evaluado en las primeras 72 horas del ingreso. Se realiza un estudio observacional y prospectivo en la práctica clínica habitual con evaluación morfofuncional: BIVA (akern® Nutrilab), ultrasonido (SonoSite SII®), HGS (Jamar®).

Resultados: 73 pacientes, $61,1 \pm 17,1$ años, 57,5% varones. 46,6% ventilación mecánica y 53,4 fármacos vasoactivos. Apache $15,5 \pm 8,22$ Charlson: $4,18 \pm 2,43$. días de UCI $10,7 \pm 8,55$ y hospitalización $25,9 \pm 26,4$ días. Existen diferencias significativas entre supervivientes y no supervivientes en PHA, SPA, BCM, Nutrition, Hydration, NAK, ECWpct, HGS, glucosa, APACHE y Charlson. Un PHA $< 2,4$ se asocia con una supervivencia a los 3 meses del 66,7% [42,0-100%, IC95%]. Utilizando una herramienta de clusterización se obtienen dos clusters con diferentes características morfofuncionales. Pha cluster 1 $4,12 \pm 0,47$, Grupo 2 $2,74 \pm 0,75$, área cluster 1 $4,34 \pm 0,8$ vs. $2,62 \pm 1,03$. HGS cluster 1: $14,0 \pm 16,2$ vs. $8,3 \pm 9,2$. Edad media cluster 1 $64,1 \pm 13,9$ vs. $66,4 \pm 10,9$. Charlson $3,31 \pm 2,32$ vs. $5,25 \pm 2,40$. APACHE cluster 1 $12,6 \pm 7,7$ vs. $20,2 \pm 7,6$.

Conclusiones: La valoración morfofuncional muestra una adecuada correlación entre parámetros de masa celular e inflamación/hidratación con implicaciones pronósticas. Se evidencian diferencias significativas entre supervivientes y no supervivientes.

328. ÁNGULO DE FASE ESTANDARIZADO, PÉPTIDO C Y PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE PESO PRECIRUGÍA COMO FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS

B. Fernández Medina, P. Guirado-Peláez, A. Fernández-Valero, J.M. García-Almeida y F.J. Tinahones-Madueño

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La mortalidad en el cáncer de páncreas es elevada, tanto por la agresividad del tumor como por la cirugía compleja y tratamientos adyuvantes. Los factores endocrino-nutricionales precirugía relacionados con la mortalidad del mismo son menos conocidos actualmente.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 35 pacientes (2019-2022) con adenocarcinoma de páncreas que iban a ser sometidos a cirugía con intención curativa. Se realizó valoración antropométrica, porcentaje de pérdida de peso respecto a su peso habitual, impedanciometría con ángulo de fase y valoración del metabolismo HC, entre ellos medición del péptido C. Análisis estadístico Jamovi t Student para muestras cuantitativas para comparación en vivos vs. fallecidos en los parámetros estudiados.

Resultados: Se observó mortalidad hasta la fecha actual 11/35 (31,4%). Se observaron diferencias significativas en cuanto a ángulo de fase estandarizado (-0,556 en vivos vs. -1,615 en fallecidos; $p = 0,012$, en cuanto a péptido C (1,99 ng/ml vivos vs. 1,05 ng/ml en fallecidos; $p = 0,023$) y en cuanto al porcentaje de pérdida de peso precirugía (8,88% en vivos vs. 18,86% en fallecidos).

Conclusiones: Los datos en nuestra muestra apoyan el ángulo de fase como factor pronóstico de mortalidad en pacientes con cáncer de páncreas, así como el porcentaje de pérdida de peso y el péptido C. Son necesarios más estudios para demostrar si disminuir el porcentaje de pérdida de peso mejora el pronóstico en este grupo de pacientes.

329. ANÁLISIS DE LA DIFERENCIA EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL ENTRE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA Y EL GRUPO CONTROL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

P. Guirado Peláez, B. Fernández Medina, R. Fernández Jiménez, I. Vegas Aguilar, J.M. García Almeida y F. Tinahones Madueño

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Las nuevas técnicas de valoración morfofuncional nos permiten conocer al detalle los cambios en la composición corporal que se producen en la anorexia nerviosa (AN), para enfocar el tratamiento de forma más precisa.

Métodos: Se reclutaron 15 pacientes mujeres con AN según criterios DSM-5 y 14 pacientes mujeres con un diagnóstico de desnutrición calórica severa de otra etiología del área de hospitalización de endocrinología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga durante el periodo de 18 meses.

Resultados: La edad media en el grupo de anorexia fue de 19,46 años ($\pm 5,99$) y en el grupo control de 44,57 años ($\pm 16,74$). El IMC basal en el grupo de anorexia fue de 13,16 kg/m² ($\pm 2,13$) y en el grupo control de 18,38 kg/m² ($\pm 2,74$). El peso medio en el grupo anorexia fue de 34,47 kg ($\pm 4,99$) y en el grupo control de 46,32 kg ($\pm 7,46$). La media de cortisol basal entre las pacientes con AN fue de 18,5 ug/dl ($\pm 6,78$) y la media de GH fue de 7,08 ug/L ($\pm 12,2$). Como se puede observar, no existen diferencias de altura pero sí de peso e IMC medio entre ambos grupos. Es por esto que se utiliza la relación de los siguientes parámetros corregidos por peso. Se observaron diferencias en los parámetros relacionados con la cantidad de grasa y masa muscular (FFM, FM, BCM). Así como en las herramientas relacionadas con la medición de la calidad muscular y distribución de la grasa en la ecografía nutricional.

Conclusiones: El grupo de anorexia tiene una menor proporción de grasa corporal en comparación con el grupo control que tiene menos masa celular activa, por lo que se podría considerar que el grupo control sufre de desnutrición calórico-proteica y el grupo de anorexia de desnutrición predominantemente calórica, preservando así la masa muscular. Existe una correlación significativa entre la

bioimpedancia eléctrica y el ultrasonido; Técnicas utilizadas para analizar la composición corporal.

330. EL ANGULO DE FASE COMO FACTOR INDEPENDIENTE DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER HEMATOLÓGICO VALORADOS DURANTE EL CRIBADO NUTRICIONAL AL INGRESO HOSPITALARIO

L. Dalla Rovere¹, R. Jiménez Fernández¹, C. Hardy Añón¹, A. Hernández-Sánchez², M. García Olivares¹ y J.M. García Almeida¹

¹Endocrinología y Nutrición, QuironSalud Málaga. ²Hematología, QuironSalud Málaga.

Introducción: Se han realizados muchos trabajos para predecir la supervivencia en pacientes con leucemia, linfoma o mieloma. La bioimpedanciometría permite medir de forma directa el ángulo de fase (PhA). Diversos estudios han demostrado que el PhA se asocia a un aumento de la mortalidad. No son muchos los estudios que se han centrado en el uso de la PhA como herramienta de cribado en pacientes con cáncer hematológico (CH). El objetivo es evaluar la utilidad del PhA como indicador pronóstico de mortalidad en pacientes ingresados con CH.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes hematológicos con enfermedad diagnosticada ingresados por cualquier causa en el Hospital QuirónSalud Málaga en dos años (2019-2021). Se realizó una valoración nutricional completa, incluyendo bioimpedanciometría con PhA.

Resultados: 121 pacientes analizados, 66 (54,5%) mujeres, con una edad media de 63,5 \pm 15,1 años. 69 pacientes con linfoma (57,5%), 27 con leucemia (22,5%), 20 con mieloma (16,7%). La mayoría estaban en tratamiento de primera línea (68,6%) y 38 pacientes pasaron a la segunda línea de tratamiento, en situación de recaída o refractaria. El PhA medio fue 5,1° en hombres y 4,1° en mujeres. La mortalidad de la muestra fue del 37,2% (45 pacientes). Con el análisis de supervivencia utilizando la regresión de Cox el punto de corte en hombres fue 5,4° (AUC 0,762 s55,6 s89,5) y en mujeres fue 3,8° (AUC 0,845 s82,5 s76,9). Utilizamos un análisis multivariante con un modelo de 4 componentes para evaluar la utilidad de los parámetros bioeléctricos como indicadores pronósticos de mortalidad en los pacientes con HC. Encontramos que un valor bajo de PhA se asociaba significativamente con una HR de mortalidad más elevada (HR 5,21; IC95% 2,42-11,21; $p < 0,001$). Esta tendencia también se mantuvo en los modelos ajustados por variables de confusión como la edad, sexo y línea de tratamiento (HR 3,14; IC95% 1,41-6,99; $p = 0,005$).

Conclusiones: La bioimpedancia eléctrica es un método rápido, cómodo, y no invasivo. El ángulo de fase permite predecir mortalidad en paciente hematológicos ingresados.

331. CAMBIOS MORFOFUNCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRAS INTERVENCIÓN NUTRICIONAL, FARMACOLÓGICA Y REHABILITACIÓN CARDÍACA

X. Ayarza-Marien Arrizabalaga¹, A. Zugasti Murillo¹, L. Zabala Díaz², H. Rendón Barragán¹, I. Escuer Nuñez¹, S. Botella Martínez¹, A. Hernández Moreno¹, A. Marí Sanchis¹, M. Yeregui Balda¹ y M. Compains Layana¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Cardiología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La valoración morfofuncional (VMF) incluye el estudio de la composición corporal y de la función muscular. La utili-

zación de estas técnicas se está implementando en distintas situaciones clínicas para establecer nuevos puntos de diagnóstico, así como objetivos terapéuticos. Consideramos que puede ser de gran interés en pacientes con alto riesgo cardiovascular (RCV).

Métodos: Se revisaron datos de la VMF realizadas en consultas de Nutrición, en pacientes derivados desde Rehabilitación Cardíaca entre 2021-2022. Se pautó tratamiento dietético individualizado y farmacológico. Se midió: edad, peso, talla, IMC, composición corporal (Inbody 770), fuerza (dinamómetro Jamar) y glicada.

Resultados: Muestra 25 pacientes (19 varones/6 mujeres), edad $56,6 \pm 5,87$ años, peso $102,1 \pm 14,06$ kg, IMC $35,77 \pm 3,41$ kg/m², glicada $6,05 \pm 0,87\%$, %grasa $39,6 \pm 6,63$, área grasa visceral $195,89 \pm 44,27$ cm², IMME $8,88 \pm 1,04$ kg/m², ángulo de fase (AF) $5,73 \pm 0,62^\circ$, dinamometría $34,1 \pm 10,98$ kg y AEC 0,383. Se revaloró a los pacientes en una media de 330 días: peso $96,6 \pm 15,62$ kg, IMC $33,74 \pm 4,15$ kg/m², glicada $5,81 \pm 0,74$, %grasa $36,57 \pm 7,26$, área grasa visceral $170,06 \pm 50$ cm², IMME $8,81 \pm 1,15$ kg/m², AF $5,68 \pm 0,74^\circ$, dinamometría $31 \pm 11,33$ kg y AEC 0,384. Se realizó análisis estadísticos y se objetivó un cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en: peso -5,5 kg; IMC -2,03 kg/m²; glicada -0,24; %grasa 3,03; área grasa visceral -25,83 cm² y dinamometría -3,1 kg, con mínima afectación en IMME. Varios de los cambios fueron más relevantes en los 11 pacientes en tratamiento con ar-GLP1: peso -7,75 kg, %grasa 5,13 y área de grasa visceral -40,61 cm².

Conclusiones: Los pacientes presentaron una mejoría MF satisfactoria, sobre todo en pérdida de masa grasa y reducción del peso, en menos de un año de evolución. Los resultados fueron más destacados en aquellos que recibieron tratamiento con ar-GLP1. Habría que analizar detalladamente la afectación de la fuerza, por su relación conocida con el RCV.

332. PACIENTES EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COMPOSICIÓN CORPORAL MEDIANTE ECOGRAFÍA NUTRICIONAL E IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA

M. Llaveró Valero, V. Triviño Yannuzzi, J. Modamio Molina, S. Llopis Salinero, L. Verguizas Gallego, I. Huguet Moreno, O. Meizoso Pita, I. Moreno Ruiz, I. Martín Timón y C. Sevillano Collantes

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: El estado nutricional es un importante factor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Se han descrito cambios en la fisiología del músculo esquelético en IC tanto con FE reducida como FE conservada.

Métodos: Se incluyeron 14 pacientes, 18 años con diagnóstico de IC y/o disfunción ventricular (DV), que inician un programa de rehabilitación cardíaca. A todos ellos se le realizó una valoración global subjetiva (VSG), circunferencia de pantorrilla (CP), dinamometría, cuestionario SARC-F, Timed Up and Go Test (TUG) y ecografía nutricional. A 9 de los participantes, se les realizó estudio de composición corporal con BIA. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los parámetros nutricionales disponibles.

Resultados: El 100% de los pacientes incluidos fueron varones, con una edad media $62,9 \pm 12,5$ años e IMC $29,03 \pm 5,8$ kg/m². El 71,4% tenían DM2. El 42,8% presentaron una FEVI entre 35-40%, 21,4% entre 20-53%, 21,4% entre 40-45%, 7,14% < 30% y 7,14% > 45%. El valor promedio de proBNP fue $734,4 \pm 443,6$ pg/ml. Al realizar la VSG, 78,6% fueron clasificados como B, 14,3% como A y un 7,1% como C. La CP ajustada por IMC media de $33,1 \pm 2,6$ cm y una puntuación media en el cuestionario SARC-F de $1,8 \pm 1,5$ puntos. Un 28,6% presentaron una dinamometría patológica. El tiempo medio obtenido

en el TUG fue de $6,5 \pm 1,5$ segundos. El área media del recto anterior fue de $4,40 \pm 1,71$ cm y una media de grasa preperitoneal de $0,67 \pm 0,47$ cm. El ángulo de fase medio fue $5,18 \pm 0,55^\circ$. El valor medio de BCM/h fue $17,43 \pm 2,5$ kg/m² y ASMM de $22,9 \pm 3,7$ kg. El 66,6% presentaron un SMI patológico. El 33,3% presentaron un FM por encima de la normalidad. Únicamente un paciente cumplió criterios de obesidad sarcopénica.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con IC y/o DV presentan desnutrición moderada o riesgo de desnutrición al inicio del programa de rehabilitación cardíaca. Más de la mitad de nuestros pacientes presentan una baja masa musculoesquelética.

333. COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VITAMINA D SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOELÉCTRICAS Y ECOGRÁFICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUE SUPERARON INGRESO EN UCI POR NEUMONÍA GRAVE COVID-19

M. Generoso Piñar¹, I.M. Vegas Aguilar¹, V.J. Simón Frapolli¹, Á. López Montalbán¹, F. Tinahones Madueño^{1,2,3} y J.M. García Almeida^{1,2,3}

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²IBIMA-Plataforma BIONAND, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina, Málaga. ³Facultad de Medicina, Universidad de Málaga. ⁴UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Quirónsalud, Málaga.

Introducción: La deficiencia de vitamina D es un problema de salud frecuente. La vitamina D es considerada una hormona fundamental en el metabolismo mineral y óseo, así como en funciones como la proliferación y diferenciación celular, la inmunomodulación y la función muscular. La hipovitaminosis D se ha relacionado con una mayor incidencia, gravedad y mortalidad de la infección por COVID-19, y existe evidencia que respalda la asociación entre su déficit y un mayor riesgo de sarcopenia, fragilidad y obesidad sarcopénica. El objetivo de este estudio es comparar diferentes características clínicas, bioeléctricas y ecográficas en función de los niveles séricos de vitamina D en una cohorte de pacientes tras haber superado ingreso en UCI por neumonía grave SARS-CoV-2.

Métodos: Se recogieron los niveles de vitamina D así como otras variables demográficas, antropométricas, ecográficas, bioeléctricas, analíticas y relacionadas con la estancia hospitalaria en una cohorte de 29 pacientes a los 15 días del alta hospitalaria tras ingreso en UCI por neumonía grave SARS-CoV-2. Posteriormente, se comparan dichas variables en función de los niveles séricos de vitamina D según 3 categorías (≤ 20 ng/ml, 20-29,99 ng/ml, ≥ 30 ng/ml).

Resultados: Se observan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de vitamina D según el grado de IMC y según la edad, mientras que según otras variables como el SMM/kg se observa una tendencia a la significación. No se observan diferencias en función del sexo, presencia o no de diabetes, sarcopenia, obesidad sarcopénica, desnutrición (según los criterios GLIM y/o VSG) y otras variables ecográficas y bioeléctricas. En el análisis de correlación, los niveles de vitamina D se correlacionan positivamente de forma significativa con los niveles de albúmina.

Conclusiones: La vitamina D solo se correlaciona positivamente de forma significativa con los niveles de albúmina. En nuestra cohorte únicamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas de vitamina D en función del IMC y edad, sin hallarse diferencias a nivel de otros parámetros clínicos, bioeléctricos y ecográficos.