

Parámetro	Al diagnóstico	En la actualidad
Glucosa basal (mg/dl)	185,06 ± 82,43	125,06 ± 33,80
HbA1c (%)	8,132 ± 2,4	7,45 ± 2,027
Péptido C (ng/mL)	1,39 ± 0,78	1,18 ± 0,93

Conclusiones: Los pacientes con diabetes tipo 3c en nuestro centro presentan una variedad de causas subyacentes. La mayoría requiere tratamiento con insulina y enzimas pancreáticas. Este estudio resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo de estos pacientes, enfocándose tanto en el control glucémico como en la causa subyacente de la insuficiencia pancreática.

NUTRICIÓN

241. CORRELACIONES CLÍNICAS ENTRE MEDIDAS DE COMPOSICIÓN CORPORAL DETERMINADAS MEDIANTE DEXA, BIOIMPEDANCIOMETRÍA ELÉCTRICA, ECOGRAFÍA NUTRICIONAL Y TEST FUNCIONALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

C. Muñoz Jiménez¹, C.M. Alzás Teomiro¹, C. Zurera Gómez¹, J. López Aguilera², M. Crespín², J.A. Vallejo-Casas³, M.Á. Gálvez Moreno¹, M.J. Molina Puerta¹ y A.D. Martínez Herrera¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²UGC Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³UGC Medicina Nuclear, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El *screening* de desnutrición en pacientes con IC es esencial, pero su diagnóstico debe hacerse de manera precisa, al asociarse a un aumento de la actividad inflamatoria que afecta a la distribución corporal, funcionalidad y a parámetros nutricionales, que interpretados de manera aislada, pueden desembocar en diagnósticos erróneos.

Objetivos: Realizar una evaluación morfofuncional y nutricional completa usando diferentes técnicas de valoración de la composición corporal, para determinar entre ellas la correlación, exactitud y fiabilidad en el diagnóstico.

Métodos: 38 pacientes incluidos con hospitalización reciente por IC. Valoraciones antropométricas (DEXA, BIA, ecografía nutricional) y test funcionales (dinamometría y test TUG). Análisis mediante SSPS v.20.

Resultados: La masa celular corporal (BCM) medida por BIA se correlacionó positivamente con masa total y magra (LM) de brazos y piernas; con masa total, grasa (FM), magra y concentración mineral ósea (CMO) del tronco por DXA. FM en BIA se correlacionó con FM por DXA. Masa libre de grasa (FFM) por BIA también con masa total y LM por DXA. El ángulo de fase (PA) se correlacionó con LM brazos y piernas, masa total piernas y con LM hemicuerpo derecho. El tejido adiposo preperitoneal abdominal en ecografía se correlacionó con masa total del tronco. El tejido adiposo del recto femoral (RF) se correlacionó con FM de las piernas; y el área muscular del RF con LM de los brazos. Correlaciones negativas entre TUG y LM de brazos y piernas. Correlación positiva entre dinamometría y LM de brazos, piernas e índice relativo de masa musculoesquelética (RSMI).

Conclusiones: Los parámetros de composición corporal según BIA y DEXA presentan correlaciones significativas, sobre todo al evaluar la masa grasa y magra en pacientes con IC, siendo métodos fiables

para el diagnóstico. La ecografía presentó menos correlaciones y más débiles con el *gold standard* (DEXA), siendo su aplicabilidad actual más limitada para el diagnóstico.

242. EXPERIENCIA CLÍNICA CON NUTRICIÓN ENTERAL POSPILÓRICA

C. Fernández López, B. de León Fuentes, E. Diego Perojo, L. Isasa Rodríguez, A. Monzón Mendiola, E. González Estella y N. Valdés Gallego

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La nutrición enteral (NE) es el tratamiento nutricional adecuado si el paciente no puede cubrir sus necesidades nutricionales por vía oral. Cuando la anatomía y/o función gástrica se ven alteradas, es necesaria la infusión pospilórica de NE para cubrir los requerimientos nutricionales. El objetivo del estudio es analizar los datos de los pacientes que han recibido NE pospilórica valorados en 2023.

Métodos: Se realiza análisis descriptivo de datos epidemiológicos, diagnóstico, motivo de NE, tipo de sonda, fórmula de NE utilizada.

Resultados: Los datos corresponden a diez pacientes, cuatro de ellos mujeres, con una edad media de 59 años. Las patologías que motivaron la NE fueron: 6 pacientes con tumores gastrointestinales: tres por complicaciones posquirúrgicas, dos por estenosis y uno de ellos por desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) grave. 2 pacientes con disfasias neurógenas: uno con parálisis cerebral de la infancia con reflujo gastroesofágico y uno con disautonomía por daño de barorreceptor post radioterapia. 1 paciente con hipoglucemias reactivas post-bypass gástrico. 1 paciente con carcinoma escamoso de laringe con fístula gastroesofágica. En 4 de los pacientes se optó por la infusión a yeyuno tras un primer intento de NE a nivel gástrico que fue mal tolerado. Las sondas utilizadas fueron: 40% yeyunocath, 40% sondas de gastroyeyunostomía y 20% sondas nasoyeyunales. El tipo de fórmula prescrita fue polimérica en el 80% de los pacientes (70% hipercalórica hiperproteica -20% con aporte de fibra). En el 60% de los pacientes se requirió un cambio de fórmula de NE para poder cubrir requerimientos y asegurar una adecuada tolerancia.

Conclusiones: Las complicaciones secundarias a tumores gastrointestinales han sido la causa fundamental de NE pospilórica. Las fórmulas poliméricas, hiperproteicas e hipercalóricas son adecuadas para infundir la NE en el menor tiempo posible, lo que ayudar a preservar la calidad de vida de los pacientes.

243. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN GESTANTES DE MELILLA (INUGES-MELILLA)

E. Fernández Gómez¹, M. López Bueno¹, A. Martín Salvador², M. López Olivares³, M. Mohatar Barba¹ y T. Luque Vara¹

¹Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, Campus de Melilla, Universidad de Granada, Melilla.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. ³Departamento de Nutrición y Bromatología, Campus de Melilla, Universidad de Granada, Melilla.

Introducción: La educación nutricional (EN) constituye una herramienta imprescindible que permite reforzar y/o modificar las conductas alimentarias. El aumento de peso y el déficit de micronutrientes son los principales problemas a tratar en el control prenatal mediante la EN. Tras un estudio previo que muestra que los hábitos alimentarios en las gestantes de la ciudad de Melilla no son

adecuados y podrían mejorarse con la EN, el objetivo general de esta actividad es poner en marcha y evaluar la efectividad de la intervención educativa nutricional en gestantes (INUGES-Melilla).

Métodos: Estudio descriptivo, correlacional y transversal pre-post, sin grupo control. Se utilizaron cuestionarios validados. Las participantes fueron 30 embarazadas que acudieron a las primeras visitas de control gestacional. La participación fue anónima y voluntaria con la firma del consentimiento informado. Se utilizaron modelos de análisis univariante y bivalente de los factores relacionados en muestras independientes y pareadas, usando el programa estadístico SPSS v27.

Resultados: Antes de las intervenciones programadas se determinó que los conocimientos sobre nutrición no eran suficientes y que los hábitos alimentarios de las gestantes no eran los adecuados. Tras la realización de la intervención INUGES-Melilla se comprobó que las gestantes aumentaron sus conocimientos sobre la nutrición en el embarazo y consiguieron mejorar considerablemente sus conductas alimentarias.

Conclusiones: La continuidad de los programas educativos y la movilización de políticas estatales que se comprometan con la promoción de la salud y la participación ciudadana es imprescindible para mejorar la salud materno-infantil. Por tanto, la intervención INUGES-Melilla mediante la información y participación de las gestantes resulta ser del todo efectiva adecuando y/o modificando las conductas alimentarias de las participantes mejorando su salud y la de sus descendientes.

Financiación: Ciudad Autónoma de Melilla.

244. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SARCOPÉNICO MEDIANTE VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN. (PROYECTO VALONC)

M. González-Pacheco¹, A. Carmona-Llanos², F.J. Vélchez-López³, M. Cayón-Blanco⁴, M.T. Zarco-Martín⁵, M.L. Fernández-Soto⁶, F. Mucarzel Suárez-Aranda⁷, F. Palmas-Candía⁸, F.P. Zarco-Rodríguez⁹ y J.M. García-Almeida¹⁰

¹Dietista-nutricionista, UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Dietista-nutricionista, UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ³UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁴UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ⁵Dietista-nutricionista, UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁶UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁷Dietista-nutricionista, UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁸UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁹Enfermera de nutrición, UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ¹⁰UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La desnutrición, sarcopenia y caquexia cancerosa son altamente prevalentes en los pacientes con cáncer de pulmón (CP), con mayor riesgo en aquellos estadios más avanzados. Existe poca evidencia sobre la eficacia de la nutrición enteral en esta tipología de pacientes, por lo que deben aplicarse valoraciones morfofuncionales para determinar el estado nutricional de dichos pacientes.

Objetivos: Evaluar las diferencias en la composición corporal mediante BIVA, ecografía nutricional, test funcionales y parámetros analíticos en pacientes con y sin sarcopenia diagnosticados de CP.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico nacional de pacientes con CP en fase preoperatoria o tratamiento quimiorradioterápico. Estado nutricional analizado mediante BIVA, ecografía nutricional y dinamometría.

Resultados: 251 pacientes (70,5% hombres; ± 67 años). Se detectó según GLIM un 47,7% de malnutrición moderada y un 20,6% malnutrición grave relacionándose con un 14,8% de escala ECOG 2-3. El 19% presenta sarcopenia y el 26,7% presarcopenia. La media de PhA $5,07 \pm 0,84$ y BCM $27 \pm 5,85$. Las medidas de ecografía muscular medias fueron área $4,18 \pm 1,41$, eje Y $1,19 \pm 0,35$. La media de t. adiposo preperitoneal $0,66 \pm 0,34$. Existen diferencias significativas en datos morfofuncionales y analíticos entre pacientes con y sin sarcopenia:

	No sarcopenia	Sarcopenia
Parámetros BIVA		
PhA	$5,07 \pm 0,84$	$4,73 \pm 0,78$
SPA	$-0,6 \pm 1,01$	$-0,3 \pm 1,46$
BCM	$27 \pm 5,85$	$19,2 \pm 3,19$
Parámetros ecografía (cuádriceps)		
Área	$4,18 \pm 1,41$	$2,93 \pm 1,23$
Eje Y	$1,19 \pm 0,35$	$0,92 \pm 0,31$
Parámetros test funcionales		
Dinamometría	$32,9 \pm 9,1$	$17,8 \pm 4,62$
Parámetros analíticos		
Albúmina	$4,06 \pm 0,64$	$3,74 \pm 0,63$
Prealbúmina	$25,3 \pm 7,37$	$18,2 \pm 9,68$
PCR	$28,1 \pm 45,7$	$50,2 \pm 45,1$

Conclusiones: La detección precoz de sarcopenia permitiría identificar un subgrupo de pacientes donde establecer estrategias individualizadas de alimentación, ejercicio físico y suplementación oral, ya que se asocia con un descenso significativo de la masa celular metabólicamente activa y funcionalidad muscular.

245. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL MEDIANTE CRITERIOS GLIM Y VALORACIÓN SUBJETIVA GLOBAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

C. Zurera Gómez, C. Alzás Teomiro, A.D. Herrera Martínez y M.Á. Gálvez Moreno

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La malnutrición es muy frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), no obstante, esta patología se ha visto relacionada con el aumento de la inflamación y su subyacente aumento de peso, por lo que actualmente hay que ser cuidadoso a la hora de determinar cómo medimos o catalogamos de malnutrición a un paciente y ayudarnos de distintas herramientas.

Métodos: Se utilizaron 83 pacientes de nuevo ingreso en planta de cardiología a los que se evaluó mediante criterios GLIM y valoración subjetiva global (VSG). Basándose en los criterios GLIM, se dividió a los pacientes entre aquellos que presentaban o no malnutrición y se compararon distintas variables clínicas, de actividad física, de tipo de alimentación, ingresos y supervivencia. Lo mismo se hizo dividiéndolos mediante VSG.

Resultados: Se obtuvo un 54% de pacientes malnutridos al evaluarlos mediante criterios GLIM, un 7,22% mediante VSG y un 53% en riesgo de malnutrición. Utilizando ambos parámetros, hubo diferencias significativas al dividirlos y correlacionar con la pérdida de peso en los últimos 6 meses, mientras que solo fue significativa la diferencia al dividirlos mediante VSG y correlacionar con tipo de alimentación y actividad física.

Conclusiones: Los criterios GLIM identifican a un menor número de pacientes con IC y malnutrición al comparar con la VSG. Además,

la VSG parece tener mayor evidencia al correlacionar la falta de actividad física y la malnutrición en los pacientes con IC.

246. UTILIDAD DEL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN EL MANEJO DE LA COLESTASIS ASOCIADA A NUTRICIÓN PARENTERAL

J. Ávila López¹, O. Rubio Puchol¹, E. Matarredona Solaz¹, L.M. Pimentel Alcántara¹, B. Martínez López¹, N.Y. Wu Xiong¹, C. Gallego Méndez¹, S. Martínez Hervás¹, M. Civera Andrés² y J.T. Real Collado¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia. ²Sección de Nutrición, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: El ácido ursodesoxicólico (AU) es un ácido biliar hidrofílico que se absorbe principalmente en el intestino delgado (sobre todo en ileon terminal), inhibiendo de manera competitiva la absorción ileal de sales biliares endógenas tóxicas. Además, tiene propiedades citoprotectoras, antiapoptóticas, inmunomoduladoras y antioxidantes a nivel hepático. Su uso ha sido ampliamente estudiado en niños con nutrición parenteral (NP) que han desarrollado enfermedad hepática asociada al fallo intestinal, pero existen muy pocos estudios realizados en población adulta.

Métodos: Se presenta una serie de casos de seis pacientes ingresados que recibieron AU por presentar colestasis asociada a NP a pesar de administrarse de forma cíclica. La dosis usada en todos los pacientes fue de 300 mg/12 horas vía oral.

Resultados: Se analizaron 6 pacientes (5 mujeres y 1 hombre) con una edad media de $73,7 \pm 14,1$ años. La patología de base era oncológica en 5/6 pacientes. La mayoría (5/6) llevaba una NP central con emulsión lipídica enriquecida en omega 3 (Smofkabiven®). Los pacientes llevaban $10,8 \pm 6,3$ días de media la NP antes del inicio del AU. El número de días de tratamiento con AU fue de $10,2 \pm 10,1$ de media. En la tabla se muestran los valores medios de parámetros de colestasis antes y después del tratamiento con AU.

Conclusiones: El AU es eficaz en el manejo de la colestasis con NP. Sería necesario realizar el seguimiento en un mayor número de pacientes para tener resultados más consistentes.

247. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

A.B. Mañas Martínez, P. Lozano Martínez, J.A. Gimeno Orna, Y. Blasco Lamarca, C. Fernández Rivera y M.J. Ocón Bretón

Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa rara asociada a desnutrición y disfagia. Dentro de la valoración morfofuncional, la ecografía muscular de masetero podría ser útil en valoración de disfagia.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se recogieron datos de una visita de seguimiento de los pacientes con ELA atendidos en una Unidad multidisciplinar. Se realizó valoración antropométrica, BIA y ecografía muscular de masetero para valoración de disfagia. Se valoró la función respiratoria mediante capacidad vital forzada (CVF), presión inspiratoria máxima (PIM) y la presión transcutánea de CO₂ (ptCO₂). Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según la presencia de disfagia por MECV-V.

Resultados: Se analizaron 31 pacientes, 17 (54,8%) con ELA espinal, edad media 63,74 (DE 11,13) años, 20 (64,5%) mujeres, IMC medio 25,31 kg/m² (DE 3,96). El 64,5% presentaban disfagia. Los valores medios hallados en la BIA fueron los siguientes: ángulo de fase: 4, 38° (DE 0,9); FM: 23,57 kg (DE 9,8); BCM: 30,12 kg (DE 6,89); ASMM 7,38 kg/m² (DE 1,26). El grosor medio de masetero fue 9,65 (DE 3,04) mm. Los pacientes con disfagia presentaron menor circunferencia de pantorrilla (37,8 vs. 34,6 cm; p = 0,04); menor MG en BIA (20,9 vs. 33,9; p = 0,017). El resto de parámetros de la BIA fueron similares en ambos grupos de pacientes. El grosor medio de masetero fue discretamente inferior en aquellos con disfagia (9,13 vs. 10,9 cm; p = 0,43). En presencia de disfagia, los valores de la función respiratoria mostraron mayor deterioro (CVF: 54,3 vs. 71%, p = 0,038; PIM: 34,86 vs. 59,7%, p = 0,038; ptCO₂: 42,61 vs. 39,63; p = 0,25).

Conclusiones: En la población con ELA y disfagia se determinó un mayor deterioro de la función respiratorio medido por CVF, PIM y ptCO₂. La ecografía muscular de masetero no nos ayudó a discernir a aquellos pacientes con disfagia.

248. EL PANORAMA DE LAS APLICACIONES MÓVILES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

G. Zamora Zamorano¹, A. Déniz García², A. Torres-Castaño³, M.L. Álvarez-Malé⁴, I. Torhild Gram⁵, G. Skeie⁵ y A.M. Wägner⁶

¹Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ²Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud, Fundación Instituto Canario de Investigación Sanitaria, Tenerife. ⁴Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ⁵Centro Noruego de Investigación en eSalud, Hospital Universitario del Norte de Noruega, Tromsø, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, UiT Universidad Ártica de Noruega, Tromsø, Noruega. ⁶Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Tabla P-246

Parámetros (unidades)	Valores de normalidad	Niveles máximos previo tratamiento con AU	Niveles mínimos durante el tratamiento con AU	Significación estadística (valor de p)
Br (mg/dL)	0,20-1,20	0,47 ± 0,27	0,36 ± 0,15	0,080
GOT (U/L)	11-34	70,7 ± 63,7	22,3 ± 10,7	0,028
GPT (U/L)	< 45	108 ± 128,2	31,5 ± 15,7	0,028
GGT (U/L)	12-64	429,8 ± 239,7	223,7 ± 160,6	0,028
FA (U/L)	46-122	416 ± 271,7	233,5 ± 192,3	0,028

Introducción: Las aplicaciones móviles (*apps*) de salud se integran a nuestras rutinas fomentando cambios en el estilo de vida por lo que es imprescindible disponer de directrices estandarizadas que ayuden a seleccionar *apps* seguras y eficaces.

Objetivos: Identificar *apps* que promuevan una alimentación saludable y merezcan ser recomendadas en función de prácticas basadas en la evidencia.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de *apps* que promovían una alimentación saludable y que habían sido evaluadas por uno o más de los 28 organismos de certificación de *apps* de salud reconocidos. Se llevaron a cabo tres rondas de evaluaciones por expertos/os en nutrición, promoción de la salud y cambio de hábitos, utilizando la herramienta de Evaluación de la calidad del contenido QUEST (QUALity Evaluation Scoring Tool) en las dos primeras rondas. Además, en la 2ª y 3ª rondas, se empleó una escala de puntuación subjetiva (0-10 puntos) en la que cada revisor/a respondía a “¿qué probabilidad hay de que recomiende esta *app*?”. Se discutieron las discrepancias y se identificaron las *apps* de mayor calidad. Se evaluaron las correlaciones entre las puntuaciones QUEST y las de la plataforma de *apps*.

Resultados: De las 41 *apps* identificadas en 5 certificadores, 19 cumplían criterios de inclusión. Solo 16 seguían accesibles en la 2ª ronda de evaluación. Ocho superaron los 20 puntos (de un máximo de 28) en la escala QUEST y 5 (Second Nature, Freshwell, Yazio, Lifesum y MyNetDiary) fueron seleccionadas por su calidad. No se encontraron correlaciones entre las puntuaciones QUEST y las de la plataforma de *apps*.

Conclusiones: A pesar de las evaluaciones previas realizadas, solo 5 *apps* cumplieron los estándares de calidad definidos. Esto manifiesta la importancia de contar con procesos de evaluación de *apps* de salud rigurosos. Establecer directrices para los desarrolladores basadas en pruebas, imparciales y de alta calidad pueden ser el camino más factible para resolver este problema.

Financiación: Proyecto WARIFA, Programa Horizonte 2020 de la Unión Europea, subvención N° 101017385.

249. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL E INFLAMATORIO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA (CPNPC) EN CURSO DE TRATAMIENTO CON RADIOQUIMIOTERAPIA (QRT) CONCOMITANTE

I. Peiró Martínez¹, S. Hijazo Pechero², A. Llenas¹, F. Jiménez Hernández², A.R. González Tampán¹, N. Gómez Serra³, C. Muñoz Pinedo², L. Arribas Hortigüela¹, A. Navarro Martín⁴ y E. Nadal Alforja²

¹Unidad Funcional de Nutrición Clínica, Institut Català d'Oncologia, Hospitalet de Llobregat. ²Preclinical and Experimental Research in Thoracic Tumors (PReTT Group), Programa Oncobell, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. ³Departamento de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia, Hospitalet de Llobregat. ⁴Departamento de Oncología Radioterápica, Institut Català d'Oncologia, Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Existen factores nutricionales e inflamatorios que afectan negativamente a los pacientes (pts) con cáncer. El objetivo de nuestro estudio es examinar esos factores al diagnóstico y durante el tratamiento (ttm) con QRT concomitante en una cohorte prospectiva de pts con CPNPC estadio III.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Registro basal y a los 2 meses de fin del ttm de: variables nutricionales (valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS GP), % pérdida de peso (PP)), inflamación sistémica (escala pronóstica de Glasgow (GPS)), composición corporal con análisis de L3 por TAC (índice de músculo es-

quelético para sarcopenia y mioesteatosis tomando puntos de corte validados), así como niveles de GDF-15 en suero. Todos los pts recibieron soporte nutricional por una nutricionista experta durante el ttm.

Resultados: 44 pts entre 4/2022 y 12/2023. 41 (80%) hombres, mediana de 68 años (IQR: 8-5). La mayoría (82%) con buen estado funcional (ECOG 0-1). 52% de pts tenían desnutrición (VGS GP B+C) al diagnóstico, con un % de PP grave (> 10%) en 31% de ellos. La PP se asoció con peor estado funcional ($p = 0,0023$), desnutrición ($p < 0,001$), inflamación sistémica (GPS ≥ 1) ($p = 0,002$) y niveles más altos de GDF-15 ($p = .05$). La mitad de los pts presentaban sarcopenia y mioesteatosis al diagnóstico (48% y 59% respectivamente). 70,5% de pts tenían inflamación sistémica basal. Los niveles basales de GDF-15 fueron elevados (mediana 2.203 pg/mL; IQR: 953-10.249), con un incremento significativo al final del ttm ($p = 0,0045$). Se observó una correlación positiva entre GDF-15 y PP basal ($r = 0,44$, $p = 0,4$). Los pacientes consiguieron ganar peso al final del ttm ($p < 0,007$).

Conclusiones: La desnutrición, sarcopenia, inflamación sistémica y niveles elevados de GDF-15 son frecuentes en pacientes con CPNPC al diagnóstico de la enfermedad. Una intervención nutricional intensiva puede aminorar la pérdida de peso que presentan estos pacientes.

Financiación: La Marató TV3. Trabajo enviado al Congreso ESPEN 2024.

250. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS CRITERIOS GLIM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ESTUDIO TRANSVERSAL

L. Mola Reyes, R.M. García Moreno, M.G. Llaro Casas, G. Miñón Sánchez, B. López Plaza y S. Palma Milla

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Los criterios GLIM fueron propuestos recientemente para el diagnóstico de la desnutrición de adultos. La malnutrición se define como la presencia de al menos un criterio fenotípico más un criterio etiológico. El propósito de este estudio fue evaluar la prevalencia de los criterios fenotípicos de GLIM en pacientes hospitalizados.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes adultos ingresados en el Hospital Universitario La Paz, quienes fueron evaluados por la Unidad de Nutrición a través de interconsulta entre agosto de 2019 y noviembre 2020 ($n = 1.036$). Se aplicaron los criterios GLIM. Los criterios fenotípicos (pérdida de peso no intencional [PP] definida como PP > 5% en los últimos 6 meses o > 10% más allá de los 6 meses; IMC bajo definido como < 20 kg/m² o < 22 kg/m² en participantes menores y mayores de 70 años, respectivamente; y masa muscular reducida [MMR] a través de la circunferencia media del brazo) se analizaron según el grupo de edad, sexo y patología de base. Análisis estadístico: prueba de chi-cuadrado.

Resultados: La prevalencia de criterios fenotípicos GLIM en la población fue: 56,7% PP, 30,1% IMC bajo y 23,4% MMR. Respecto a la edad, encontramos diferencias significativas en la MMR, con mayor prevalencia de MMR en aquellos < 70 años ($p < 0,001$). En relación al sexo, hubo mayor prevalencia de PP y MMR en hombres ($p < 0,001$ y $p < 0,001$, respectivamente), mientras que el criterio de IMC bajo fue más común en mujeres ($p = 0,043$). La patología subyacente tuvo un efecto significativo en los criterios fenotípicos de bajo IMC y MMR ($p = 0,001$ y $p = 0,002$, respectivamente), con mayor prevalencia de IMC bajo en pacientes ingresados por enfermedades gastrointestinales y MMR en los ingresados por infecciones.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la edad, el sexo de los pacientes hospitalizados y su patología subyacente pueden

tener un impacto en la prevalencia de los criterios fenotípicos de GLIM en esta población.

251. TEDUGLUTIDA EN EL SÍNDROME DE INTESTINO CORTO, RIESGO/BENEFICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Cánovas Gaillemín¹, A.R. Gratacós Gómez¹, G. Moreno Segura², M. Ruiz de Ancos¹, L. Manzano Valero¹, B. Martínez Mulero¹, V. Peña Martínez¹, A. Castro Luna¹ y O. Llamazares Iglesias¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Toledo.

²Enfermería, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Toledo.

Introducción: La teduglutida es un análogo de GLP-2 con beneficios en el tratamiento del síndrome de intestino corto; sin embargo, no está exenta de efectos secundarios cuya aparición nos puede obligar a replantearnos su mantenimiento.

Caso clínico: Mujer de 46 años con antecedentes de: dislipemia, obesidad grado 2, carcinoma renal de células claras (T1bN0M0) en el 2015, coleditiasis, EHNA y cistoadenoma seroso pancreático. Ingresó por isquemia mesentérica aguda requiriendo resección intestinal conservando duodeno, primer tramo de yeyuno y colon izquierdo. La paciente presenta un FI tipo III, D2 por un SIC tipo 2, precisando NPT diaria. En dos años presentó dos septicemias por catéter. Al tercer año inicia tratamiento con teduglutida reduciendo días de NPT a dos semanales. Durante el tratamiento precisa suspensión temporal del fármaco en tres ocasiones, una por pancreatitis, otra por crecimiento de dos neoplasias benignas una ovárica, otra muscular y una tercera por crecimiento y sospecha de malignización del cistoadenoma pancreático, descartado por PAAF. Tras suspensión de teduglutida presenta otra sepsis por catéter. En tratamiento actual con NPT 6 días a la semana. Valoración nutricional: MUST 1, IMC 22, dinamometría 29, BIVA: PhA 4,9°, BCM 12,7, Hydra 73. Test Up and Go: 7,24". Buen estado nutricional sin sarcopenia.

Discusión: La teduglutida es un fármaco eficaz en el tratamiento del SIC permitiendo la reducción vs. suspensión de la NPD. La reintroducción del fármaco nos permitiría reducir o suspender la NPT disminuyendo riesgo de nuevas sepsis y empeoramiento de la hepatopatía. Sin embargo, la paciente ha presentado crecimiento de diferentes neoplasias benignas, una de ellas pancreática, no existe evidencia en la literatura, pero su crecimiento genera dudas sobre su posible relación con el fármaco y el riesgo de reintroducirla. Resulta de gran importancia registrar estos hallazgos para valorar en los próximos años si existe o no una relación con el fármaco.

252. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD. (GRUPO ELA)

A. Lara Barea¹, M. González Pacheco¹, M. Alarcón Manoja², F. Domínguez Guerrero³ y F.J. Vilchez López¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²UGC Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Enfermera Gestora de Casos, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

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

Objetivos: Determinar la asociación entre las variables de valoración morfofuncional y el factor pronóstico de mortalidad en pacientes con ELA.

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

Resultados: Cohorte de 32 pacientes, 56,3% mujeres, con una mediana de edad de 67 años y 64,6 kg de peso. El 71% inicia con síntomas espinales y el 65,6% padece clínica bulbar. Los estadios de la enfermedad predominantes son: II 38,7% y III 35,5%. La mediana de la puntuación de la escala ALSFRS-R es 33 (progresión moderada). El 56,3% presentan disfagia y el 18,8% fue intervenido con sonda PEG. El 40,6% presentan riesgo nutricional o están desnutridos (VSG B o C). La frecuencia de *exitus* al año fue del 31,3%. Medianas de parámetros ecográficos nutricionales: Recto anterior del cuádriceps: área 3,46 cm², eje Y 1,13 cm. Tejido adiposo abdominal: total 1,83 cm y preperitoneal 0,63 cm. Masetero: derecho 1,11 cm, izquierdo 1,10 cm. Medianas de la BIA: Rz 627, Xc 41,8, pHA 3,9°, hidrat 73,8%, FFM 42,4 kg, FM 21,5 kg, BCM 17,3 y ASMM 15,8 kg. Realizando una regresión logística, podemos describir que, en pacientes con ELA, un mayor TBW (OR = 0,85, 0,69-0,97), FFM (OR = 0,89, 0,77-0,98) y ASMM (OR = 0,78, 0,56-0,97) con IC95% y $p < 0,05$, se asocian a menor probabilidad de mortalidad. Los pacientes con disfagia (OR = 13, 1,94-2,62) y con sonda PEG (OR = 6,67, 1,04-57,7) tienen mayor probabilidad de fallecer.

Conclusiones: Los pacientes con ELA presentan un elevado porcentaje de desnutrición. Un peor estado nutricional evaluado mediante técnicas de valoración morfofuncional (principalmente BIVA) tienen mayor probabilidad de mortalidad.

253. MANEJO NUTRICIONAL DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE DIAGNOSTICADO CON DIABETES MELLITUS TIPO I

M. Suárez González, J. Pérez Gordón, S. Jiménez Treviño, I. Riaño Galán, D. González Jiménez, A. Pérez Pérez y J.J. Díaz Martín

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Las principales características del tratamiento nutricional de la enfermedad de jarabe de arce (MSUD) son la reducción del aporte de aminoácidos de cadena ramificada (BCAA) junto con la prevención del catabolismo. El desarrollo de diabetes tipo 1 (DM1) hace que el control metabólico sea un desafío para el paciente y para el equipo terapéutico.

Caso clínico: Niño de 11 años con MSUD, obesidad (índice de masa corporal (IMC) 18,55 kg/m² (2,28 DE) y buen control metabólico (leucina 123 umol/l). Su tratamiento consistió en 1 g proteína/kg/día de fórmula de aminoácidos sin leucina y 3 g de proteína natural (55% carbohidratos, 32% grasas, 13% proteínas, 2.238 kcal y 1,31 g proteínas totales/kg/día). En revisión se observó un nivel de glucosa de 444 mg/dl, acidosis metabólica, cetosis (pH: 7,3 pO2: 28,9 mmHg, cetonas: 2,4 mmol) y 11,8% de hemoglobina A1c. Se inició un plan dietético, junto con la insulina y fluidoterapia, con raciones de hidratos de carbono y educación nutricional. La fórmula especial se incrementó a 1,5 g/kg/día y se eliminó la proteína natural. Se comenzó con una baja cantidad de carbohidratos para reducir la glucosa en sangre y el peso corporal. La terapia de la DM1 consistió en múltiples inyecciones diarias de insulina de acción rápida combinada con insulina basal diaria. Una vez que los niveles de leucina y glucosa estaban en el rango normal, volvió a su plan anterior con la pauta de carbohidratos planificada. Ha mejorado su alimentación (52% carbohidratos, 30% grasas, 18% proteínas (1.690 kcal y 1,33 g proteínas/kg/día) y en el periodo de 8 meses no experimentó una crisis metabólica asociada con DM1 o MSUD.

Discusión: El manejo nutricional podría resultar difícil debido a la presencia de trastornos tanto MSUD como DM1 que afectan a dos macronutrientes. El control estricto de los niveles de glucosa podría

ayudar a evitar el catabolismo. Siguiendo una dieta más restrictiva ha mejorado su alimentación y ha tenido un buen control metabólico.

254. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESENCADENADO POR INICIO DE DIETA CETOGENICA EN ADULTO CON EPILEPSIA

A.E. Sirvent Segovia¹, M.C. López García², L. García Arce³, M. Milla Tobarra³, Á. Vicente Albiñana², P. Ibáñez Navarro² y R. Miralles Moragrega²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Almansa, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Almansa. ³Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: Existe cierta evidencia que apoya la prescripción de dieta cetogénica (DC) como tratamiento auxiliar en epilepsia refractaria en niños. No existe evidencia en adultos; no obstante, algunos autores sugieren, basándose en estos datos, que este tratamiento dietético podría presentar beneficios en adultos con epilepsia. Por otra parte, el inicio de dietas es uno de los factores precipitantes más relevantes en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Métodos: Tras consentimiento informado, se presenta el caso de un paciente que desarrolló un TCA tras inicio de DC.

Resultados: Varón de 34 años que ingresa en Medicina Interna para estudio por pérdida de peso. Se interconsulta al servicio de Endocrinología y Nutrición. Talla 1,87 m. Peso inicial 150 kg (IMC 42,89 kg/m²). Peso al ingreso 56 kg (IMC 17,28 kg/m²). El paciente refiere inicio por cuenta propia de DC hace 2 años, tras informarse por medios no profesionales sobre DC como tratamiento para epilepsia. Pérdida más acelerada de peso en los meses previos, en los cuales han aparecido distorsión de la imagen corporal y miedo a recuperar peso (con obesidad inicial). Alimentación muy restrictiva y miedo a alimentos. Diagnóstico de TCA no especificado y desnutrición grave. Se inicia durante el ingreso educación nutricional y renutrición; posteriormente seguimiento ambulatorio en Unidad multidisciplinar de TCA. Actualmente, 2 años tras ingreso, mejoría psicológica y buen control de epilepsia con medicación, alimentación normal, normonutrido y normopeso (peso 67 kg, IMC 20,67 kg/m²).

Conclusiones: La causa precipitante más frecuente para el desarrollo de TCA suele ser el inicio de dietas. La DC no ha demostrado ninguna evidencia en el manejo de epilepsia en adultos. Debemos ser especialmente cuidadosos en la información dietética que llega a los pacientes, a nivel poblacional. Cualquier forma de dietoterapia debe estar apoyada por evidencia científica y monitorizada por profesionales.

255. EL TIEMPO DE AYUNO, PREVIO AL TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN PARENTERAL, COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

G. González Fernández

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad afecta a numerosos pacientes hospitalizados y esta puede precipitarse por numerosos factores, encontrándose entre ellos, las barreras a la ingesta que pueden derivar en ayuno de días de duración.

Objetivos: Determinar el impacto del ayuno intrahospitalario de al menos 5 días sobre la mortalidad, previo al inicio del tratamiento con nutrición parenteral.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes hospitalizados tratados con nutrición parenteral en nuestro centro entre enero de 2022 y septiembre de 2023.

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes tratados con nutrición parenteral (74% con NPT y 53,7% con NPP) con una edad media de 69,83 ± 13,3; siendo el 59,3% varones y el 40,7% mujeres. La causa más frecuente de ingreso de estos pacientes con un 35,8% fue la oncológica-quirúrgica y según los criterios GLIM el 88,6% de los pacientes se encontraban desnutridos en el momento de la valoración. De los pacientes incluidos el 59,3% presentaba un ayuno ≤ 5 días previo al inicio de tratamiento nutricional parenteral y el 26,8% un ayuno > 5 días. La mortalidad fue mayor intrahospitalariamente con un 16,3%, habiendo fallecido al final del seguimiento el 26% de los pacientes incluidos. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad y el tiempo de ayuno previo al tratamiento nutricional (42,4% ayuno > 5 días vs. 19,2% ayuno ≤ 5 días, p = 0,012). Asimismo, se realizó un estudio de supervivencia con las curvas de Kaplan-Meier, donde se objetivó que la probabilidad de sobrevivir era estadísticamente superior en los pacientes que sufrieron un ayuno intrahospitalario ≤ 5 días (p = 0,008).

Conclusiones: Se observa una mayor supervivencia en los pacientes que sufren un ayuno ≤ 5 días durante el ingreso, por lo tanto, debemos evaluar diariamente a nuestros pacientes para pautar sin demoras medidas terapéuticas alternativas a la imposibilidad de la ingesta.

256. ¿INFLUYE EL TIPO DE FÓRMULA ENTERAL EN LA DIFERENCIA DE PESO ENCONTRADA EN LA PRIMERA REVISIÓN TRAS COLOCACIÓN DE GASTROSTOMÍA DE ALIMENTACIÓN?

M. Álvarez Martín, A.J. Ríos Vergara, A. Flores Paños, P. Palomero Entrenas, I. Martín Pérez, L. Marín Martínez, A. Pastor Alcáraz, A. Pinos Blanco, G. Kyriakos y E. Hernández Alonso

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción y objetivos: Entre las patologías más frecuentes que motivan la indicación de gastrostomía en nuestro medio se encuentran aquellas que comprometen la ingesta oral por disfagia secundaria a enfermedades neurodegenerativas como ELA o tumores de cabeza/cuello y digestivos altos. Existen múltiples fórmulas de nutrición enteral y hemos querido analizar si el tipo de NE iniciada tiene influencia sobre la diferencia ponderal encontrada en la primera revisión tras colocación.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes a los que se les había colocado gastrostomía percutánea mediante ingreso en el Hospital Santa Lucía de Cartagena en los últimos tres años. Se hizo uso de la historia clínica digitalizada para acceder a los datos demográficos, clínicos y antropométricos. Se realizó el análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: Se analizó un total de 46 pacientes (30,4% ELA, 54,3% cáncer de cabeza y cuello, 10,9% cáncer digestivo alto, 2,2% disfagia no específica, 2,2% desnutrición no específica). El 73,9% eran varones y 26,1% mujeres con edad media 64,6 ± 10,1 años e IMC medio al ingreso 23,45 ± 5,25 kg/m². A 27 de ellos se les inició fórmula polimérica HC-HP, 11 fórmula específica de DM, 4 fórmula polimérica NC-NP, 2 fórmula polimérica NC-HP, 1 fórmula oligomérica y 1 inmunonutrición. La diferencia de peso medio respecto al previo calculado a 39 de ellos (7 se perdieron) en la primera consulta de revisión realizada en el primer mes tras el alta fue de -0,3615 kg, sin embargo, no se encontró diferencia significativa entre grupos mediante cálculo de ANOVA (F 0,392 Sig. 0,813).

Conclusiones: En nuestra cohorte no hubo diferencias significativas en cuanto a cambio ponderal encontrado en la primera consul-

ta de revisión tras colocación de gastrostomía según el tipo de fórmula enteral utilizada. Se necesitan estudios con mayor n.

Agradecimientos: Enfermería de Nutrición del HGUSL.

Comunicación presentada en Congreso SENPE 2023.

257. UTILIZACIÓN DE SONDAS PARA NUTRICIÓN ENTERAL EN ESPAÑA. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DEL ÁREA DE NUTRICIÓN DE LA SEEN

C. Aragón Valera¹, F. Pita Gutiérrez², E. Cancer Minchot³ y F. Botella Romero⁴

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ³Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Fuenlabrada. ⁴Coordinador del Área de Nutrición de la SEEN.

Introducción: La nutrición enteral (NE) por sonda (nasogástrica u oostomía) es una técnica ampliamente utilizada como terapia médica nutricional, sin embargo, son pocas las guías y recomendaciones para su manejo.

Objetivos: Describir cómo es el proceso de colocación y seguimiento de las sondas para NE en hospitales de España.

Métodos: Desde el Comité Gestor del Área de Nutrición de la SEEN se diseñó un cuestionario que se remitió a los miembros del Área de Nutrición de la SEEN, solicitando una única respuesta por hospital.

Resultados: Se han analizado datos de 56 hospitales. La mayoría de las sondas nasogástricas se colocan por parte de la enfermería de planta. En el 89,3% de los casos se solicita consentimiento verbal y solo el 8,9% también por escrito. La comprobación se realiza con radiografía (83,9%). La mayor parte de las gastrostomías (78,6%), se realizan mediante endoscopia (PEG) seguido por radiología (PRG). Las yeyunostomías se suelen colocar de forma quirúrgica (82,1%). El inicio de tolerancia tras la colocación de una PEG se suele realizar a las 6 horas (48,2%), con bolo de agua (55,4%). En las PRG el 41,1% inicia tolerancia a las 6 horas. El método de administración de NE más empleado es la bomba de infusión continua (50 centros), seguido de bolos con jeringa (29 centros). Los recambios de las sondas sin balón de fijación interna en el 71,4% de los centros se realiza a través de una nueva endoscopia y el 19,6% mediante tracción. Cuando la sonda tiene balón, la mayoría (76,8%) sigue recambiándose en el hospital. Ante una migración accidental de la sonda en horario de consulta, en la mitad de los centros se remite a Urgencias.

Conclusiones: Existe gran variabilidad en el manejo de sondas para NE en nuestro país. Es necesaria la creación de una guía de práctica clínica para garantizar la homogeneidad y la seguridad en el empleo de sondas y oostomías para NE.

258. LA ADHERENCIA A LOS SUPLEMENTOS ORALES... ¿ES REAL O NO?

J. Alonso Cabrera¹, M.M. Martín Sánchez², M.I. Sáenz de Argandoña Quintana², A. Manzano Martín², I. Aguirre Hortigüela², A. Ruiz de Eguino García², M.B. Perianes Claver³ y E. Martínez López⁴

¹Consultas Externas, Hospital Universitario de Álava. ²Endocrino-Nutrición, Hospital Universitario de Álava. ³Digestivo, Hospital Universitario de Álava. ⁴Quirófano, Hospital Universitario de Álava.

Introducción: Los pacientes que requieren de suplementación oral son aquellos que no alcanzan sus requerimientos calórico/proteicos solamente con la ingesta oral. Suelen ser pacientes con patologías malabsortivas, procesos oncológicos... Cada vez hay más evidencia

científica de que los suplementos nutricionales orales (SNO) tienen beneficios en la recuperación funcional de los pacientes y en la disminución de la aparición de complicaciones asociadas a su enfermedad. Es una solución práctica y útil para estos pacientes, antes de iniciar medidas más agresivas (nutrición enteral/nutrición parenteral).

Objetivos: Cuantificar la adhesión real, de los pacientes a cargo del servicio de Nutrición de la OSI Araba a los SON. Detectar los motivos para la toma o no adecuada. Implementar acciones de mejora para aumentar la adherencia.

Métodos: Revisión sistemática retrospectiva, durante 12 meses de pacientes que acuden a consulta, en los últimos seis meses, teniendo en cuenta sexo, edad, servicio de derivación, número de SNO pautados, tiempo desde la prescripción, adhesión y condicionantes referidos. Contamos con una muestra: 190 pacientes. Criterios de inclusión: pacientes con prescripción de SNO en el periodo de enero 2023-junio 2023. Criterios de exclusión: pacientes sin SON; pacientes que no acudieron a las citas programadas durante el periodo de estudio; pacientes con SNO pautados fuera de las fechas indicadas en el estudio.

Resultados y conclusiones: 50% de los pacientes lo toman de forma adecuada. El asesoramiento dietético combinado con SNO es la intervención más eficaz, para asegurar sus requerimientos calórico/proteicos. Concienciar a los pacientes/familias de la importancia clínica de los SNO, mejora su adherencia. Es preciso conocer el uso de los SNO en el ámbito hospitalario y en la consulta de Enfermería, para mejorar la adherencia. Conociendo las dificultades, nos facilita el abordaje de la solución individualizada.

Presentación presentada en Adenyd 2023.

259. LA NUTRICIÓN ENTERAL CONTINUA COMO ABORDAJE DE LA HIPOGLUCEMIA REFRACTARIA EN TUMOR NEUROENDOCRINO PRODUCTOR DE INSULINA

R.N. García-Pérez, V. Siles-Guerrero, C. Novo-Rodríguez, J.M. Guardia-Baena y M. López de la Torre-Casares

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

Caso clínico: Paciente de 62 años sin AP de interés que es estudiada por epigastralgia de años de evolución, siendo diagnosticada en 2014 de una LOE en cabeza de páncreas filiado como tumor neuroendocrino. La paciente rechaza la cirugía y es seguida durante años, sin progresión de la enfermedad hasta el año 2020 encontrándose aumento en el tamaño de la lesión con múltiples lesiones hepáticas sugerentes de metástasis del tumor neuroendocrino con una expresión muy positiva de receptores de somatostatina. Se inicia tratamiento con lanreótido y cuatro ciclos de 177Lu-DOTATATE, lográndose una reducción significativa del tamaño de la lesión y de las metástasis. Once meses después, sucede algo extremadamente infrecuente, pero de pronóstico infausto: la diferenciación de un tumor neuroendocrino no diferenciado en uno de estirpe productora de insulina. Se inicia tratamiento con diazóxido hasta llegar a dosis máximas y sunitinib requiriendo al mes ingreso en Endocrinología por hipoglucemia grave, siendo estas tan refractarias que incluso llegan a requerir un aporte continuo de suero glucosado al 40% intravenoso a 63 ml/h. Por ello surge la necesidad de plantear una alternativa terapéutica para mantener los niveles de glucemia en rango: decidimos canalizar una SNG para poder administrar NE nocturna inicialmente a 21 ml/h con fórmula específica de DM con hidratos de carbono complejos y fibra. Al ser esta medida exitosa en reducir los aportes de suero glucosado, se decide la realización de una gastrostomía radiológica percutánea (PRG) siendo exitosa, pudiendo dar de alta a la paciente con nutrición enteral continua por PRG asociado a suero glucosado.

Discusión: Este tratamiento nutricional, nunca antes descrito en el abordaje de la hipoglucemia refractaria en tumores neuroendocrinos productores de insulina, permitió la supervivencia de la pa-

ciente, tras múltiples meses desde su ingreso, consiguiendo reducir los aportes de suero glucosado con las correspondientes complicaciones del mismo.

260. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA

A. Carmona Llanos¹, E.A. López García², M. Cayón Blanco³
y J. Lorenzo Perelló Martínez²

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ²UGC Nefrología, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ³UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Jerez de la Frontera.

Introducción: La desnutrición sarcopénica e inflamación crónica son frecuentes en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) asociándose con una pérdida de calidad de vida y elevada morbi-mortalidad. Por ello, la valoración nutricional avanzada debe formar parte de la atención inicial de estos pacientes.

Objetivos: Describir el estado nutricional (EN) de los pacientes con ERC en hemodiálisis. Valorar la aportación de las técnicas de valoración morfofuncional avanzada en este paciente. Describir los resultados de la intervención a medio plazo incluyendo variables de calidad de vida.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico con un seguimiento de 11 meses. El EN fue analizado mediante valoración subjetiva global (VSG), bioimpedanciometría (BIA), ecografía nutricional, dinamometría y parámetros antropométricos clásicos durante una visita intermedia y final.

Resultados: 73 pacientes (edad media $68,29 \pm 13,9$ años), 60% varones. Se detectó desnutrición en el 32% mediante VSG. El ángulo de fase (AF) medio fue de 4° . El 100% de los pacientes presentaban dinamopenia ($< p25$). Todos los sujetos con desnutrición grave presentaban un $AF < 4,5^\circ$. Se pautó suplementación específica en 11 pacientes, de los cuales el 63% describieron mejorías en calidad de vida y salud. La determinación de las medias de variables antropométricas, área muscular del recto anterior, valores de MUST y SARC-F no presentaron diferencias significativas en las visitas. El 8% del total se sometió a trasplante renal presentando un AF medio de $4,88^\circ$, dinamometría media de 38 kg. El 100% de estos pacientes presentaba una VSG de buen estado nutricional.

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición en nuestra unidad de hemodiálisis es bastante alta asemejándose con la descrita en la literatura. El AF se postula como variable con mayor potencial pronóstico en dichos pacientes. Los resultados sugieren que la suplementación específica puede influir positivamente en la calidad de vida de estos pacientes.

261. CORRELACIÓN ENTRE LAS TÉCNICAS DE VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL CON EL ESTADO DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN. (PROYECTO VALONC)

R. Fernández Jiménez¹, M.C. Galindo Gallardo²,
J.M. Rabat-Restrepo², A. Sanz-Sanz³, A.D. Herrera Martínez³,
J.M. Romero-Márquez⁴, A. Muñoz-Garach⁴, M.C. Roque-Cuellar⁵,
S. García-Rey⁵ y J.M. García-Almeida¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Reina Sofía, Córdoba. ⁴UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁵UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) es altamente mortal y frecuentemente diagnosticado en etapas avanzadas. La malnutrición, incluyendo sarcopenia y caquexia, es común y empeora el pronóstico y la respuesta al tratamiento. Evaluar la composición corporal y el estado nutricional mediante herramientas como BIVA, ecografía nutricional (NU), dinamometría o test funcionales, es crucial para intervenciones nutricionales efectivas.

Objetivos: Evaluar la correlación de las diferentes técnicas de valoración morfofuncional: BIVA, ecografía nutricional, test funcionales con el estado de sarcopenia en pacientes diagnosticados de CP.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico nacional de pacientes con CP evaluados con técnicas morfofuncionales previo a la cirugía o tratamiento oncológico (RT-QT) mediante: Bioimpedancia vectorial BIVA (Akern® Nutrilab), Ecografía nutricional NU (Mindray® Z60) y dinamometría HGS (Jamar®).

Resultados: 251 pacientes (70,5% hombres; ± 67 años). El 19% presenta sarcopenia y el 26,7% presarcopenia con un 14,8% de escala ECOG 2-3. Se encontraron correlaciones positivas entre el *Body Mass Cell* (BCM) con el área muscular (CSA) ($r = 0,608$, $p < 0,001$) y dinamometría (HGS) ($r = 0,707$, $p < 0,001$), mientras que CSA con HGS ($r = 0,503$, $p < 0,001$). La sarcopenia presentó correlaciones negativas con BCM ($r = -0,495$, $p < 0,001$), CSA ($r = -0,338$, $p < 0,001$) y HGS ($r = -0,575$, $p < 0,001$). Estas correlaciones sugieren que a medida que aumenta la sarcopenia, disminuyen la masa corporal magra, el área muscular evaluada por ecografía y la fuerza muscular medida por dinamometría.

Conclusiones: Este estudio destaca la importancia de evaluar la masa y función muscular mediante diversas técnicas morfofuncionales (BIVA, NU y test funcionales) para identificar y gestionar la sarcopenia en pacientes con cáncer de pulmón.

262. NUTRITION DAY. CORTE TRANSVERSAL DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INGRESADOS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA NUTRICIÓN

V. Triviño Yannuzzi¹, M. Llaveró Valero¹, N. Palomero Bessé²,
S. Llopis Salinero³, L. Vergüizas Gallego³, N. Barrueco Fernández⁴,
B.D. Vásquez Brolén⁵ y A. Martínez de la Gándara⁶

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Enfermería de Nutrición, Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ³Dietista, Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁴Farmacia, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁵Geriatría, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁶Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: Es bien conocido que la desnutrición en pacientes ingresados es un problema global, gracias al estudio PREDyCES® realizado en 2010, no solo nos permitió conocer la prevalencia estimada, sino que nos ha permitido conocer el incremento de la estancia hospitalaria y el coste asociado a la hospitalización.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo. A propósito del día internacional de la desnutrición, se realiza durante una mañana como iniciativa de la comisión de nutrición, a los pacientes ingresados en todas las plantas de hospitalización de nuestro hospital, el cribado de desnutrición con la herramienta MUST. Para realizar el cribado, se tenía que pesar y tallar a los pacientes, por lo que no se tiene en cuenta a aquellos que no podían ponerse de pie. Con la base de datos en SPSS se compararon las medias.

Resultados: Se realiza el cribado de desnutrición a 128 pacientes, 94 de ellos ingresados por patologías médicas y el resto patologías quirúrgicas, con edad media de $69,67 \pm 16,51$ años, en su mayoría hombres $n = 67$ (52,3%), IMC promedio de $27,72 \pm 21,71$ kg/m², con una media de % de pérdida de peso de $4,69 \pm 6,56\%$ entre 3-6 meses.

El resultado del MUST de forma global es de 20,3% para riesgo alto y 23,4% para riesgo intermedio. En las plantas médicas el riesgo alto es de 19,1% y el riesgo moderado de 24,5%. En las plantas quirúrgicas un 23,5% presentaban riesgo alto y 20,6% un riesgo intermedio.

Conclusiones: Una de las medidas para combatir la desnutrición hospitalaria es realizar al ingreso la detección de la desnutrición con alguna herramienta de cribado, en nuestro hospital, vemos que al menos 2 de cada 10 pacientes se encontraban en riesgo alto de desnutrición, situación que sigue siendo recurrente más de 10 años después de la publicación de PREDyCES® que sentó las bases de la desnutrición hospitalaria en nuestro país.

263. EVOLUCIÓN NUTRICIONAL Y FUNCIONAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

C. Dameto Pons, M. Antequera González, M. Saavedra Vázquez, M. Casado Rodríguez, D. García Sastre, E. González Arnáiz, D. Ariadel Cobo, D. Barajas Galindo, M. García Duque y M. Ballesteros Pomar

Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La desnutrición y la sarcopenia tienen alto impacto en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y es importante realizar una valoración nutricional.

Objetivos: Reevaluar la situación nutricional en pacientes con IC.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con IC valorados en 2021-2022 en consultas de Nutrición y luego en 2024. Valoración nutricional estimada con bioimpedanciometría (TANITA®MC780A), dinamometría (Dynex®), fuerza muscular en extremidades inferiores (TanitaBM220®), test Timed Up&Go (TUG), registro de ingesta 24 horas, cribado desnutrición (MNA, MUST, VGS) y sarcopenia (SARC-F). Baja masa muscular con índice masa muscular apendicular (IMMA) con BIA o circunferencia pantorrilla (CP) si la previa no estaba disponible. La calidad de vida con Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Diagnóstico de desnutrición con criterios GLIM, de sarcopenia según EWGSOP2 y obesidad sarcopénica (OS) según ESPEN/EASO.

Resultados: De 41 pacientes evaluados en 2021-2022, reevaluamos 23 (8 fallecidos, 6 difícil logística, 4 no quisieron participar), 82,6% varones, edad media 64 (DE 10,6) años. En la tabla se recogen los resultados previos y actuales.

Conclusiones: Se cubren requerimientos proteicos en menor proporción y hay un elevado porcentaje de desnutrición por lo que sería conveniente realizar intervención nutricional durante el seguimiento.

	2021-2022 (n = 23)	2024 (n = 23)	p
Peso (kg)	82,2 (18)	81,5 (18,5)	0,614
IMC (kg/m ²)	29 (6)	29,9 (6,7)	0,841
Pérdida peso (%)	1,6 (12,2)	1,56 (12,2)	0,355
No cubren requerimientos calóricos	52,2%	60,9%	0,705
No cubren requerimientos proteicos	39,1%	78,3%	0,096
MLHFQ bajo	100%	91,3%	0,157
Dinamometría baja	39,1%	30,4%	0,414
IMMA bajo	0%	0%	1
CP baja	26,1%	52,2%	0,034
TUG patológico	26,1%	13%	0,414
Baja fuerza	96%	100%	1
Baja velocidad	87%	91,3%	1
Baja estabilidad	47,8%	43,5%	0,414
MNA	26%	47,4%	0,014
VGS	21,7%	26,1%	1
MUST	13%	13%	0,826
SARC-F	17,4%	8,7%	0,157
Sarcopenia	8,7%	0%	0,157
Desnutrición	21,7%	21,7%	0,705
OS	4,3%	0%	0,317

264. VALORACIÓN NUTRICIONAL MEDIANTE ANTROPOMETRÍA Y EL TEST DE CRIBADO MNA EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

L. Muñoz Salvador, N. Mayoral Testón, E. Vázquez Jarén, N. Salgado Gil, I. Fernández Morillo, J. Maese Calvo, M.J. Zaro Bastanzuri, J.C. Arévalo Lorigo y D. Fernández-Bergés

Unidad de Investigación Área de Salud Don Benito-Villanueva, Programa FREE.

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades que se asocia con desnutrición y aumenta el riesgo de mortalidad en el seguimiento posterior al alta hospitalaria. La valoración antropométrica junto con el test de cribado MNA pueden clasificarse como herramientas sencillas y útiles de valoración nutricional.

Tabla P-264

Variable	Todos	Mujeres	Hombres	p
Edad (años)	81,7 (7,8)	83,5 (7)	78,7 (8)	0,001
Peso (Kg)	75,5 (15)	70,7 (16)	80,5 (13)	0,001
Altura (cm)	160,2 (9,3)	153,9 (6,3)	167,2 (6,7)	0,001
IMC (kg/m ²)	29,2 (5,5)	29,7 (6)	28,7 (4,8)	0,154
P. A. (cm)	108,9 (15,8)	108,6 (15,8)	109 (15,8)	0,833
P. C. (cm)	109 (14,6)	112,6 (15,4)	105,2 (12,8)	0,001
C. B. (cm)	29,2 (4,1)	29,9 (4,4)	28,5 (3,7)	0,007
C. P. (cm)	35 (4,4)	34,7 (4,5)	35,4 (4,2)	0,227
MNA normal (n/%)	56 (22,8)	18 (14)	38 (32,5)	0,01
MNA riesgo (n/%)	139 (56,5)	78 (60,5)	61 (52,1)	0,01
MNA desnutrición (n/%)	51 (20,7)	33 (25,6)	18 (15,4)	0,01

Métodos: Estudio observacional, descriptivo realizado a pacientes de 65 o más años ingresados por insuficiencia cardiaca descompensada en los servicios de Medicina Interna y Cardiología del Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena, desde mayo de 2022 a junio de 2023. Se recogieron medidas antropométricas (MA): altura (cm), peso (kg), índice de masa corporal (IMC), perímetro de cadera (PC) y abdominal (PA) (cm), circunferencia braquial (CB) y de pantorrilla (CP) (cm). En el cribado nutricional se utilizó el MNA Short-Form, considerándose como riesgo de desnutrición la puntuación menor o igual a 11 puntos (de un total de 14).

Resultados: Se incluyeron 253 pacientes. El MNA se pudo recoger en 222 pacientes y las MA en 229.

Conclusiones: La prevalencia de déficit nutricional en pacientes de ambos sexos ingresados con insuficiencia cardiaca es muy elevada. La mujer presenta mayor desnutrición que el hombre. Es imprescindible que todo paciente ingresado por insuficiencia cardiaca sea valorado nutricionalmente.

Ayudas Investigación Junta de Extremadura. Cofinanciado por Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

265. CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS REALIZADAS A LA SECCIÓN DE NUTRICIÓN: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ó. Quintero Rodríguez, A.P. León Ocando, S. Rodríguez Fernández, K. Díaz Gorrín, J. Panizo, I. Aznar Ondoño y J.I. Márquez

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Introducción: La DRE representa un problema sanitario y económico importante por lo que ya desde hace muchos años se realizan intervenciones nutricionales entre equipos de trabajo multidisciplinares donde el servicio de nutrición hospitalaria ejerce un papel central en dicha gestión.

Objetivos: Evaluar las características de las interconsultas hospitalarias realizadas a la sección de nutrición, así como los rasgos epidemiológicos de los pacientes interconsultados.

Métodos: Es un estudio de corte transversal, para el cual se tomó una muestra accidental de 182 pacientes que estuvieron ingresados durante el año 2023 en cuyo ingreso hospitalario fue realizada interconsulta a la sección de nutrición de nuestro centro, evaluándose las siguientes variables: Edad, sexo, motivo de ingreso, diagnóstico nutricional, tratamientos nutricionales pautados y si requirió seguimiento posterior en las consultas externas de nutrición.

Resultados y conclusiones: Edad media 69,8 años [IC95% 67,67-71,93], 42,85% mujeres y 57,14% hombres. En cuanto al motivo de ingreso la patología quirúrgica gastrointestinal representa el 17,03%, la patología médica gastrointestinal 13,73%, enfermedades neurológicas 16,48%, enfermedades oncológicas y/o hematológicas 15,93%, trastornos psiquiátricos 5,49%, patologías respiratorias 4,39%, enfermedades infecciosas 4,39%, la enfermedad renal 2,19%, enfermedades cardiológicas 1,64%, patologías quirúrgicas (diferentes a las del tracto gastrointestinal) 13,18% y otras enfermedades un 5,49%. El 9,89% presentan desnutrición grave, 54,39% desnutrición leve-moderada y 35,71% riesgo de desnutrición. El tratamiento nutricional consiste en adaptación de la dieta en 3,26%, adaptación de la dieta + SNO 9,89%, NE 30,76%, NE + adaptación de la dieta 7,14%, NE + SNO 12,63%, NP 21,42%, NP + NE 4,39%, NP + SNO 2,19%, SNO 8,24%. Por otro lado, requirieron seguimiento posterior en consulta de nutrición un 18,68% mientras que el restante 81,31% no.

Trabajo presentado en modalidad póster en el 39º Congreso SENPE, celebrado en Palma de Mallorca en mayo del 2024.

266. EVALUACIÓN DE COMPOSICIÓN CORPORAL MEDIDA EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA TORÁCICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA Y ESTUDIO DEL IMPACTO DEL IVACAFITOR-TEZACAFITOR-ELEXACAFITOR EN LA MISMA

M.A. Cerezo Sánchez¹, V. Navas Moreno², F. Sebastián Valles², V. Rodríguez Laval³, M. Marazuela Azpiroz², N. Sánchez de la Blanca Carrero⁴, J.A. Arranz Martín², R.M. Girón Moreno⁵ y M.A. Sampedro Núñez²

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

³Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

⁴Fundación para la Investigación Biomédica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁵Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad genética sistémica con múltiples comorbilidades pulmonares, endocrinológicas y nutricionales. Recientemente han surgido nuevas terapias con moduladores del gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que han disminuido dichas afectaciones, pero no se conoce exactamente el efecto que pueden producir en la composición corporal.

Objetivos: Analizar el impacto de la combinación de ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor en parámetros nutricionales y de composición corporal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con fibrosis quística con seguimiento en el Hospital Universitario de La Princesa. Se analizaron datos clínicos, analíticos y de composición corporal obtenidos mediante cortes torácicos en niveles T4 y T12 de tomografía computarizada y bioimpedanciometría en función del uso de ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor.

Resultados: Se estudiaron 71 pacientes (43 con ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor y 28 pacientes sin esta combinación). El análisis de composición corporal mediante tomografía computarizada torácica muestra resultados similares en el estudio de la grasa corporal en niveles T4 y T12 ($p < 0,05$). En contraste, no se evidenció una buena correlación de la masa muscular en niveles T4 y T12. Se observó un aumento de albúmina y ferritina, ángulo de fase y grasa intermuscular en los pacientes con ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor ($p < 0,05$).

Conclusiones: La tomografía computarizada torácica puede ser una herramienta sencilla y accesible para realizar un análisis de composición corporal en pacientes con FQ. Los pacientes con ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor presentan una mejoría del ángulo de fase. No obstante, también muestran un aumento de grasa intermuscular que puede tener un impacto en la calidad muscular de estos pacientes.

267. TRABAJO FIN DE GRADO DE MEDICINA: EFECTO DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

S. Quintana Arroyo¹, M. Galván González², Y. García Delgado¹, J.M. Rubio García³, N. Pérez Martín¹, J. Peñate Arrieta¹, N. Cruz Cruz¹, M. Boronat Cortés¹, E. Vicente Rubio⁴ y A. Wägner¹

¹Sección de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. ²Estudiante de 6º curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La obesidad puede afectar negativamente el pronóstico del cáncer de mama, pero se han realizado menos estudios sobre cómo la masa muscular influye en la respuesta y toxicidad del tratamiento.

Objetivos: Evaluar el efecto de la composición corporal en el pronóstico del cáncer de mama y la toxicidad asociada a la quimioterapia.

Métodos: En un estudio observacional retrospectivo incluimos a 44 mujeres con cáncer de mama de mal pronóstico, con seguimiento en nuestro centro en 2000-2023. Se recogieron características clínicas, antropométricas y de composición corporal (evaluada por RMN o TC a nivel de L3, a través del *software* FocusedON versión 1,1, Artis Technologies, Las Palmas de Gran Canaria, España) y complicaciones. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y se compararon las pacientes con y sin baja masa muscular (chi-cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney, con significación $p < 0,05$). La supervivencia global se calculó desde el diagnóstico hasta el fallecimiento o último seguimiento (Kaplan-Meier).

Resultados: De las 44 pacientes, 24 tenían una imagen adecuada para analizar composición corporal antes del tratamiento. La supervivencia fue de 64 meses, sin diferencia según la presencia de obesidad o de baja masa muscular ($p = 0,655$ y $p = 0,243$). Se obtuvo mayor proporción de reducción de dosis en aquellas con baja masa muscular ($n = 12$, $p = 0,300$) y obesidad ($n = 3$, $p = 0,179$). Asimismo, aquellas con baja masa muscular tendían a presentar mayor toxicidad por el tratamiento (G1 46,1%, G2 30,2%, G3 19,0% y G4 4,7%) ($p = 0,173$).

Conclusiones: En este pequeño grupo de pacientes con cáncer de mama de mal pronóstico, no se pudo demostrar un efecto de la composición corporal en la supervivencia ni en las complicaciones del tratamiento. Es necesario realizar estudios prospectivos y de mayor tamaño.

Agradecimientos: ARTIS Technologies SL por la cesión gratuita del *software* FocusedON.

268. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES ADULTOS CON FENILCETONURIA: CONOCIMIENTOS DE UN ESTUDIO QUE UTILIZA LOS ÍNDICES HOMA-IR Y TYG

F. Arrieta Blanco¹, S. Fuentes¹, S. Stanescu², B. Ugalde², M. Ramírez¹, M. Aganzo¹, K. Arcano¹ y A. Belanger-Quintana²

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La fenilcetonuria (PKU) es un error congénito del metabolismo autosómico recesivo, caracterizado por una conversión defectuosa de fenilalanina en tirosina. La dieta en la PKU clásica es el pilar de tratamiento. La dieta estándar para la PKU es una dieta baja en Phe, que consiste en una ingesta restringida de proteínas naturales con carbohidratos y lípidos libres en la PKU.

Objetivos: Analizar el riesgo de resistencia a la insulina en pacientes adultos con fenilalaninemia (PKU) con dos índices que evalúan indirectamente la RI. El Índice Triglicéridos-Glucosa (TyG), un método sencillo, de bajo coste y fácil de aplicar, permite además analizar el riesgo de MAFLD.

Métodos: En pacientes con PKU clásica estudiamos el Índice HOMA-IR utilizando el índice de Matthews fórmula insulina ($\mu\text{U}/\text{mL}$) * [glucosa (mmol/L)]/22,5], con una puntuación $\geq 2,5$ que indica resistencia a la insulina. El índice TyG se calculó como el logaritmo natural (Ln) del producto de la glucosa plasmática y los TG mediante la fórmula: $\text{Ln} (\text{TG} [\text{mg}/\text{dL}] \times \text{glucosa} [\text{mg}/\text{dL}])$. El índice de triglicéridos y glucosa (TyG) como marcador del riesgo de resistencia a la insulina y los índices TyG son marcadores altamente confiables para predecir MAFLD.

Resultados: 37 pacientes con PKU, 24 mujeres (F) y 13 hombres promedio 34,87 años (rango 21-57), IMC 23,5 (rango 19-32,5). El HOMA-IR global tuvo un riesgo de IR de 2,8 y el índice de riesgo global G/T también tuvo un riesgo de 4,51. Cuando estudiamos el género 10/24 de F y 5/13 M tienen riesgo de resistencia a la insulina. de MAFLD. estuvo presente en 11/37 pacientes con PKU 8 F y 3 M.

Conclusiones: Los pacientes con PKU están predispuestos a la resistencia a la insulina, con un riesgo asociado de NAFLD. Se debe evaluar la interacción entre la dieta y los factores de riesgo cardiovascular/perfil metabólico en pacientes con PKU, enfatizando la necesidad de una evaluación integral más allá de la restricción de proteínas naturales.

269. EFECTIVIDAD DE LA BRIDA NASAL CORGRIP® EN VIDA REAL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

C. Santiago Vázquez¹, N. Palacios Paino¹, F. Pita Gutiérrez², G. Lugo Rodríguez² y A. Vidal Casariego²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Unidad de Nutrición, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Entre las complicaciones más frecuentes de la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) está su migración, lo cual puede prevenirse mediante su fijación mediante brida nasal (Corgrip®). El objetivo de este estudio fue valorar si este sistema de fijación reduce el número de SNG, de pruebas radiológicas y si mejora la efectividad del tratamiento nutricional. Fue llevado a cabo un estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados seguidos por la Unidad de Nutrición Clínica, que recibieron nutrición enteral por SNG y a los que se les colocó un sistema Corgrip®. Se analizó el tiempo de seguimiento, el número de SNG y controles radiológicos (Rx) antes y después de su colocación, así como la evolución de la prealbúmina desde el inicio hasta el final del seguimiento. Se analizaron las variables categóricas con chi cuadrado, y las cuantitativas mediante las pruebas de Wilcoxon y Mann-Whitney. Se incluyeron 34 pacientes, con una media de 68,4 ($\pm 12,8$) años, siendo el 66,7% hombres. Los diagnósticos predominantes eran la disfagia neurógena (35,3%), la cirugía oncológica (11,8%) y la hemorragia cerebral (11,8%). El tiempo de seguimiento antes de la colocación del Corgrip® fue de 59,2 (± 128) días y el posterior de 19,1 (± 140 ; $p = 0,594$). Antes de la fijación se colocaron 146 SNG [4,42 (146) SNG/paciente], y después 18 [0,53 (18) SNG/paciente; $p < 0,0,1$]. También se redujo el número de Rx, de 332 a 122 [9,8 (7,8) Rx/paciente vs. 3,6 (4,1) Rx/paciente; $p < 0,001$]. En cuanto a los valores de prealbúmina, en la primera visita fue de 16,7 ($\pm 7,0$) mg/dl, al colocar el Corgrip® 18,8 ($\pm 7,4$) mg/dl y al fin de seguimiento 20,7 ($\pm 6,6$) mg/dl ($p = 0,094$). Como conclusión, en nuestro estudio se observó que la colocación del sistema de fijación mediante brida nasal Corgrip® reduce de forma significativa el número de SNG colocadas y de Rx realizadas, y mejora la eficiencia del tratamiento nutricional.

270. ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES INGRESADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC

J. Castañón Alonso¹, J. Aguado Suquía², C. Santamaría Martín¹, M. García Sanza¹, A.M. Delgado Lucio¹, S. Laiz Prieto¹, M. López Pérez¹, J. Rodríguez Castro¹, L. Almansa Ruiz¹ y L.C. Rodríguez Pascual²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Burgos. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Burgos.

Introducción y objetivos: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología muy prevalente y se asocia frecuentemente con desnutrición. El objetivo de este trabajo ha sido valorar el estado nutricional de pacientes con agudización de EPOC.

Métodos: Estudio descriptivo transversal que valora el estado nutricional en pacientes que ingresan por agudización de EPOC en el Hospital Universitario de Burgos durante marzo de 2024. Se recogen variables demográficas (sexo, edad), antropométricas (peso, talla, bioimpedanciometría y dinamometría), analíticas (albúmina, prealbúmina). Se define desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) según criterios GLIM y sarcopenia según EWGSOP2.

Resultados: En total se reclutan 20 pacientes (70% varones). La mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días ($DE \pm 5,29$). La prevalencia de DRE y de sarcopenia fue del 55%. Un 70% de los pacientes tenían un grado de obstrucción bronquial grave o muy grave. Entre los pacientes con enfisema (50% de la muestra) el IMC medio fue de $22,5 \text{ Kg/m}^2$ (IC95%: $18,6-26,4 \text{ Kg/m}^2$). Los pacientes con DRE tenían una estancia hospitalaria media de 11,6 días frente a 8,7 días en el grupo sin DRE ($p = 0,240$). En los pacientes con sarcopenia, la estancia media fue de 11,5 días frente a los 8,8 de los pacientes sin sarcopenia ($p = 0,276$). Hubo una correlación moderada y negativa entre en ángulo de fase y los días de estancia hospitalaria ($-0,402$; $p = 0,079$). No hubo diferencias analíticas significativas entre los pacientes con y sin sarcopenia; tampoco entre los grupos con DRE o sin ella.

Conclusiones: Podemos observar un aumento de la estancia hospitalaria entre los pacientes con peor estado nutricional, lo que nos reafirma en la importancia de un tratamiento médico nutricional precoz en los pacientes con EPOC. Las diferencias no son estadísticamente significativas probablemente por el tamaño muestral, por lo que se podría ampliar la muestra para mejorar la evidencia en trabajos futuros.

Presentado SOCALPAR 2024.

271. RELACIÓN ENTRE COMPOSICIÓN CORPORAL Y GLÓBULOS BLANCOS (GB) EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA (AN)

J.M. Romero-Márquez, V. Siles-Guerrero, R.N. García-Pérez, C. Novo-Rodríguez, M. Hayón-Ponce y A. Muñoz-Garach

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

Introducción: La AN se manifiesta como alteraciones persistentes en las conductas alimentarias, con un impacto significativo en la salud. Nuestro estudio tuvo como objetivo comparar la antropometría clásica con el análisis de vectores de impedancia bioeléctrica (BIVA) para evaluar la relación entre los GB y el peso/composición corporal en pacientes con AN.

Métodos: Este estudio de práctica clínica basado en una intervención endocrinológica y nutricional incluyó a 36 mujeres con AN ($26,3 \pm 12,1$ años) ingresadas en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves durante los años 2020-2023. Variables: antropometría (peso e IMC), BIVA (FFM [kg y %], FM [kg y %], MM [kg y %], SMM [kg] y ASMM [kg]) y GB (leucocitos [recuento], neutrófilos [recuento], linfocitos [recuento], plaquetas [recuento], relación neutrófilos/linfocitos [NLR] e índice de inflamación inmune sistémica [SIII]). El análisis estadístico se realizó con SPSS 25.0.

Resultados: La intervención generó un aumento del peso corporal ($41,7 \pm 8,1 \text{ kg}$ vs. $47,9 \pm 13,6 \text{ kg}$), % de FM ($13,0 \pm 7,3$ vs. $20,2 \pm 11,7\%$), % de FFM ($87,0 \pm 7,3$ vs. $81,2 \pm 10,0\%$) y % de MM ($54,5 \pm 5,8$ vs. $49,4 \pm 7,3\%$). Sin embargo, los GB se mantuvieron sin cambios. Por el contrario, el SIII ($253,3 \pm 172,7$ vs. $353,5 \pm 119,9$) y el NLR ($1,2 \pm 0,4$ vs. $1,5 \pm 0,35$) aumentaron después de la intervención. La MM se asoció con el recuento de linfocitos ($0,457$, $p < 0,05$). Varios pa-

rámetros de composición corporal, como FFM ($0,460$, $p < 0,01$), MM ($0,657$, $p < 0,01$), SMM ($0,710$, $p < 0,01$) y ASMM ($0,744$, $p < 0,01$) se asociaron con el recuento de plaquetas. SIII se asoció con FFM ($0,345$, $p < 0,05$), MM ($0,381$, $p < 0,05$) y ASMM ($0,411$, $p < 0,05$).

Conclusiones: El análisis de correlación indicó que aspectos de la composición corporal, más que la antropometría clásica, estaban relacionados con las tendencias del WBC. Por lo tanto, combinar la evaluación nutricional avanzada con métodos tradicionales podría mejorar el seguimiento del tratamiento de los trastornos alimentarios.

272. UTILIZACIÓN DE LA BIVA PARA VALORACIÓN DE LA HIDRATACIÓN Y EL PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN PACIENTES VALORADOS EN LA UNIDAD CARDIORRENAL-METABÓLICA

I. Vegas Aguilar¹, R. Fernández Jiménez¹, M.M. Amaya Campos¹, M. Jiménez Villodres², C. Jiménez Rubio³ y J.M. García-Almeida¹

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

Introducción: La unidad endocardiorenal (UECR) integradas por especialistas de riñón, corazón y endocrinología es una necesidad en el contexto de la insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica, por la elevada prevalencia, morbilidad y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional prospectivo donde se recogieron datos de ecografía (ecografía de congestión venosa por Vexus y ecografía pulmonar) y de bioimpedancia (BIVA).

Resultados: N = 88 pacientes, edad media fue 72, 5 años, 65% varones. 92% de la muestra eran pacientes hipertensos, 57% diabéticos, 79% dislipémicos y 30% fumadores. Padecían fibrilación auricular 59% de los pacientes y tenían FEVI reducida ($\leq 40\%$) igualmente 59 vs. FEVI preservada 41%. Existe una buena correlación entre la hidratación de la BIVA y vexus, $r = 0,55$, $p < 0,05$, e inversa con el Pha $r = -0,41$, $p < 0,05$. Teniendo en cuenta esta correlación hemos sacado el punto de corte a partir del índice Youden mayor de hidratación para vexus alto o bajo (0 = bajo, 1-2 alto), el punto de corte obtenido de hidratación = 78,7%, con un AUC = 0,872, sensibilidad 81,82% y especificidad 87,72%, $p < 0,005$. Del mismo modo, hemos sacado un punto de corte para el Pha = 4,1°, con un AUC 0,784, sensibilidad 78,95%, especificidad 68,18%, $p > 0,05$. Con este punto de corte de hidratación hemos realizado un análisis para valorar el riesgo de mortalidad en los pacientes UECR. Según el análisis de regresión de Cox se observa que tener el % de hidratación alto conlleva a un riesgo casi de 4 veces mayor de mortalidad que tenerlo bajo, HR = 3,91 (0,92-16,53, $p = 0,064$). En la curva de supervivencia medida a los 12 meses se observa que tener una hidratación baja supone un 61% (34-100%, IC) más de probabilidad de sobrevivir, $\log \text{rank } p > 0,05$.

Conclusiones: La hidratación medida mediante la BIVA supone un hallazgo importante en el pronóstico de la supervivencia de estos pacientes y se correlacionan con sistemas estandarizados de la congestión como el vexus en la UECR.

273. RELACIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO MEDIDO POR TÉCNICAS DE COMPOSICIÓN CORPORAL CON EL PERFIL LIPÍDICO Y LA ALTERACIÓN DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN PACIENTES CON DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO I

M.J. Rodríguez Soto

Hospital Universitario Basurto.

Introducción: La distrofia miotónica tipo 1 (DM1) es la miopatía más prevalente en el adulto que cursa con alteraciones multisistémicas de gran variabilidad fenotípica. La frecuencia del síndrome metabólico es alta en estos pacientes debido a la resistencia a la insulina, al aumento de masa grasa y a las alteraciones del metabolismo lipídico. El objetivo de nuestro estudio es analizar la posible correlación entre la grasa preperitoneal y la masa grasa y su asociación con parámetros bioquímicos del perfil lipídico y metabolismo hidrocarbonado.

Métodos: Realizamos un análisis prospectivo observacional de 43 pacientes con DM1 de nuestro centro que acudieron a consulta entre el 31/01/2023 y el 28/02/2024. Se practicó una valoración de la composición corporal con ecografía e impedanciometría junto con la evaluación de los parámetros analíticos.

Resultados: Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el porcentaje de masa grasa determinado por impedanciometría y la grasa preperitoneal por ecografía ($p < 0,001$) influenciada por el sexo masculino ($p = 0,043$) pero no por la edad ($p = 0,676$). También se asoció el IMC con la grasa preperitoneal ($p < 0,001$) sin otros factores condicionantes. Objetivamos una correlación significativa positiva entre la grasa preperitoneal y el tratamiento hipolipemiente ($p = 0,022$). Los pacientes con alteración del metabolismo hidrocarbonado tienen un 28% más (+2,5 cm) de grasa preperitoneal ($p = 0,198$) y 9% más de porcentaje de masa grasa total ($p = 0,027$). No hubo asociación entre los parámetros bioquímicos y la masa grasa.

Conclusiones: Los pacientes con DM1 con alteración del metabolismo hidrocarbonado y tratamiento hipolipemiente presentan mayor grasa preperitoneal y porcentaje de masa grasa. Existe una correlación entre el porcentaje de masa grasa determinado por impedanciometría y la masa grasa preperitoneal, lo que avala el uso de estas técnicas en el seguimiento de pacientes con DM1 y alto riesgo metabólico.

274. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL Y METABÓLICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS. DIFERENCIAS PRE Y POSOPERATORIAS

B. Fernández Medina, P. Guirado Peláez, V. Simón Frapolli, J.M. García Almeida y F. Tinahones Madueño

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El cáncer de páncreas y la cirugía del mismo suponen un riesgo nutricional y de deterioro de la función endocrina y exocrina pancreáticas.

Métodos: Se realizó valoración preoperatoria y posoperatoria los 6-12 meses, (88% DPC) a nivel morfofuncional mediante bioimpedanciometría con ángulo de fase, ecografía del tercio inferior del recto anterior del cuádriceps, dinamometría Jamar y evaluación de función pancreática mediante HbA1c y elastasa fecal. Análisis estadístico t-Student muestras apareadas Jamovi 2.3.21.0.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Conclusiones: Tras la cirugía, los pacientes que sobreviven presentan de forma significativa un descenso del IMC, ángulo de fase, ángulo de fase estandarizado por edad y sexo, porcentaje de grasa, masa celular, grosor del cuádriceps y elastasa fecal. También se produce un empeoramiento del control glucémico y una disminución, aunque de forma no significativa del área muscular del cuádriceps y de la dinamometría. Todo ello apoya la necesidad de tratamiento y seguimiento nutricional en este tipo de pacientes.

275. CORRELACIÓN ENTRE LAS TÉCNICAS DE VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL (BIVA, ECOGRAFÍA NUTRICIONAL Y DINAMOMETRÍA) CON EL TAC MEDIDO EN L3 EN PACIENTES CON CÁNCER DIGESTIVO SUPERIOR

M. Generoso Piñar, R. Fernández Jiménez, I. Vegas Aguilar, M.M. Amaya Campos, N. Montero Madrid, Á. Vidal Suárez, P. Guirado Peláez, Á. López Montalbán, V.J. Simón Frapolli y J.M. García Almeida

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

Introducción: El cáncer de tracto digestivo superior (CDS), que incluye esófago, estómago y páncreas, tiene una alta morbilidad. La evaluación de la composición corporal es crucial para detectar sarcopenia y caquexia y poder mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida. Métodos como la bioimpedancia vectorial (BIVA), la ecografía y el *gold estándar* como es el TAC-L3 permiten intervenciones nutricionales y terapéuticas oportunas, optimizando el manejo integral de estos pacientes.

Objetivos: Ver la correlación que existe entre las técnicas de valoración morfofuncional (VMF) y un *gold estándar* como el TAC-L3.

Métodos: Estudio trasversal de 39 pacientes con CDS evaluados con técnicas morfofuncionales mediante BIVA (Akern® Nutrilab), ecografía nutricional NU (Mindray® Z60), dinamometría HGS (Jamar®) y TAC-L3 medido mediante *software* (Focusedon®).

Resultados: 56,4% hombres, diagnosticados un 82,1% de cáncer gástrico. En cuanto al tratamiento el 23,1% recibió cirugía, el 23,1%

Tabla P-274

Variable	Precirugía (n = 34)	6-12 meses poscirugía (n = 25)	p
IMC (kg/m ²)	25,77	23,29	< 0,001*
Ángulo de fase	5,59	5,02	0,010*
AF estandarizado	-0,672	-1,243	0,023*
% masa grasa	24,66	20,68	0,012*
Masa celular (kg)	27,81	24,69	0,004*
Índice muscular esquelético (kg/m ²)	9,18	8,9	0,402
Área muscular cuádriceps (cm ²)	3,49	3,29	0,270
Grosor cuádriceps (cm)	1,101	0,950	0,029*
Dinamometría (kg)	29,3	29,1	0,936
HbA1c%	5,93	6,54	0,294
Prealbúmina (mg/dl)	18,7	22,8	0,039
Elastasa (μg/g)	198,6	29,46	0,002*

quimioterapia, y el 20,5% una combinación de quimioterapia y cirugía. El área muscular medida por TAC (Muscle (cm²)) tiene una alta correlación con el área medida por ecografía (Eco area) ($r = 0,871$, $p < 0,001$) y con el eje Y de la ecografía (Eco y basal) ($r = 0,798$, $p < 0,001$). También presenta una correlación significativa con la masa corporal magra medida por BIVA (BIVA BCM) ($r = 0,791$, $p < 0,001$) y con la dinamometría HGS ($r = 0,696$, $p < 0,001$).

Conclusiones: Estos resultados subrayan que las medidas de composición corporal obtenidas mediante TAC tienen una fuerte concordancia con las obtenidas por ecografía, BIVA y dinamometría, lo que valida la utilidad de estas técnicas para medir la masa muscular en diferentes contextos clínicos de los pacientes con CDS. Esto puede ser de utilidad, ya que son técnicas sencillas y fáciles de implantar en la práctica clínica habitual.

276. EFECTO DE UN SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL CON β -HIDROXI- β -METILBUTIRATO (HMB) Y VITAMINA D SOBRE PARÁMETROS MORFOFUNCIONALES DE SARCOPENIA Y FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON EPOC GRAVE

I. Fernández Xove¹, E.J. Díaz López², A. Fernández Pombo³, C. Rodríguez García⁴, A. González Izquierdo⁵, P. Mariño Lorenzo⁵, A. Cantón Blanco⁶, M.Á. Martínez Olmos⁷, A.B. Crujeiras Martínez⁸ y M.G. Rodríguez Carnero⁹

¹Grupo de Epigenómica en Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

³Grupo de Epigenómica en Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ⁴Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

⁵Grupo de Epigenómica en Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Grupo de Endocrinología Molecular, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Grupo de Endocrinología Molecular, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Madrid. ⁸Grupo de Epigenómica en Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Madrid. ⁹Grupo de Epigenómica en Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Madrid.

Introducción: La pérdida de masa muscular contribuye a la disminución de: la función del músculo esquelético, la capacidad de ejercicio, la calidad de vida y al aumento de exacerbaciones y mortalidad en pacientes con EPOC.

Objetivos: Este estudio pretendió evaluar el efecto de la intervención nutricional basada en HMB en la mejoría de los parámetros morfofuncionales, así como en la función pulmonar en pacientes diagnosticados con EPOC grave.

Métodos: Se incluyeron 10 pacientes ambulatorios de las de consultas de Neumología del CHUS con diagnóstico previo de EPOC grave (74 años de edad, 100% hombres, IMC basal 21,5). Todos los pacientes fueron intervenidos en la Unidad de Nutrición del mismo hospital para tratar su desnutrición y sarcopenia con la prescripción de un suplemento nutricional oral rico en calorías y proteínas de alto valor biológico más HMB, según práctica clínica habitual. Antes y a los 6 meses de la intervención nutricional se realizaron medidas morfofuncionales (composición corporal, función muscular y ángulo de fase), además de medir parámetros de función respiratoria.

Resultados: Tras los 6 meses de intervención, no se observó empeoramiento en la función respiratoria de los pacientes. Este mantenimiento en la función respiratoria se relacionó con una mejora en el estado nutricional que se reflejó en un incremento significativo de 3,11 kg de peso corporal respecto al basal, junto con un incremento en la masa libre de grasa (82,7 kg), el área muscular a nivel del cuádriceps (8 0,6 cm²) y la fuerza prensil (81,4 kg) y sin incremento estadísticamente significativo en la grasa preperitoneal. De manera relevante, se observó un incremento estadísticamente significativo en el ángulo de fase en un 6% respecto al basal.

Conclusiones: Una intervención nutricional basada en SNO con HMB mejora los parámetros clínicos de la valoración morfofuncional y este efecto se asocia con el mantenimiento de la función respiratoria en pacientes con EPOC grave.

277. ¿ACASO ES FUNDAMENTAL EL ABORDAJE NUTRICIONAL PARA LA MEJORÍA DE LA FUERZA Y LA MASA MUSCULAR DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDIACA?

M.M. García González, V. Triviño Yanuzzi, M. Zubillaga Gómez, L. Zeng Zhang, L. Rambla Aguilar, N. Salvador Peiró, M. Llaveró Valero, O. Meizoso Pita, I. Martín Timón y C. Sevillano Collantes

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: La prevalencia de sarcopenia en pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardiaca (IC) es elevada. Por tanto, la prescripción de ejercicio físico es una intervención terapéutica fundamental en este tipo de pacientes, desarrollándose para ello, programas de rehabilitación cardiaca para disminuir la morbimortalidad y mejorar la capacidad física de los pacientes.

Objetivos: Valorar la repercusión del abordaje nutricional en la fuerza y la masa muscular de los pacientes con reciente diagnóstico de IC sometidos a rehabilitación cardiaca al inicio y a los 3 meses de iniciar soporte nutricional enteral oral.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en el periodo 2022-2024. Incluidos 19 pacientes con reciente diagnóstico de IC. Variables: edad, IMC, cribado desnutrición y sarcopenia, dinamometría, test *Up and Go*, bioimpedanciometría (ángulo de fase y masa muscular apendicular (ASMM)) y ecografía nutricional del recto anterior del cuádriceps (RAC). Variables medidas al inicio y a los 3 meses del inicio de 2 suplementos nutricionales orales diarios tipo Fortimel advanced®.

Resultados: Edad media: $63,53 \pm 11,45$ años. Inicio del estudio: 52,63% pacientes con desnutrición y 36,84% sarcopenia. Fin del estudio: 21,05% de desnutrición ($p = 0,039$) sin franca mejoría de la sarcopenia (postratamiento: 31,15%, $p = 1,00$).

Conclusiones: El abordaje nutricional en los pacientes con IC sometidos a rehabilitación cardiaca mejora el ángulo de fase y la prevalencia de desnutrición al final del estudio. En cambio, no existen diferencias significativas en la valoración de la fuerza ni en la valoración cuantitativa muscular por bioimpedanciometría y ecografía nutricional.

	Basal	3 meses	p
IMC (kg/m ²)	29,65 ± 6,4	29,9 ± 6,6	0,342
Dinamometría (Kg)	29,41 ± 10,6	29,89 ± 9,67	0,567
TUG (s)	6,42 ± 2,58	5,93 ± 2,3	0,157
ASMM (kg)	22,56 ± 4,79	22,75 ± 4,65	0,605
Ángulo de fase (°)	5,48 ± 0,89	5,93 ± 1,02	0,012*
Área (cm ²)	4,33 ± 1,69	4,25 ± 1,24	0,457
Eje X (cm)	3,9 ± 0,56	3,65 ± 0,86	0,24
Eje Y (cm)	1,25 ± 0,3	1,57 ± 0,92	0,142

278. CAMBIOS EVOLUTIVOS DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL MEDIDO POR: TAC (L3), BIVA, ECOGRAFÍA NUTRICIONAL Y DINAMOMETRÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DIGESTIVO SUPERIOR

M.M. Amaya, M. Generoso-Piñar, R. Fernández Jiménez, I. Vegas-Aguilar, N. Montero Madrid, Á. Vidal-Suarez, Á. López-Montalbán, P. Guirado-Peláez, V.J. Simón-Frapolli y J.M. García-Almeida

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

Introducción: En el cáncer digestivo superior (CDS) la evaluación de la composición corporal es crucial para detectar sarcopenia y caquexia. La bioimpedancia vectorial (BIVA), ecografía (NU) y el TAC permiten intervenciones personalizadas, optimizando el manejo integral de estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la evolución de la composición corporal mediante técnicas de valoración morfofuncional: BIVA, NU, dinamometría (HGS) en pacientes con CDS y un programa de suplementos orales (inmunonutrición o enriquecidos con 32 g de proteína) y ejercicio.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con CDS evaluados con TAC-L3 mediante *software* FocusedON (TAC) y técnicas morfofuncionales: BIVA (akern® Nutrilab), NU (Mindray® Z60) y HGS (Jammár®).

Resultados: N = 39 pacientes con cáncer digestivo superior, edad de 62,0 años (SD 11,5). IMC de 22,4 kg/m² (DE 4,08). El Área muscular del TAC Muscle (cm²) de 104 cm² (DE 26,2), la grasa visceral del TAC VAT (cm²) 92,7 cm² (DE 84,0), la grasa subcutánea del TAC SAT (cm²) 113 cm² (SD 69,4), Pha basal 5,28° (DE 1,03), BCM basal

24,3 kg (DE 5,82), Área muscular de NU 3,04 cm² (DE 1,25), Eje Y NU 0,99 cm (DE 0,309), y HGS 24,8 kg (DE 9,06). En la tabla se observa la comparativa basal-6 meses.

Conclusiones: Un programa de ejercicio y suplementos enriquecidos en proteínas logran un mantenimiento de la masa muscular por TAC-L3 y técnicas morfofuncionales (BIVA, UN y test funcionales), con una disminución de la masa grasa a los 6 meses. Estas herramientas permiten una evaluación detallada, facilitando intervenciones nutricionales que optimizan el manejo integral de estos pacientes.

279. DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL CON GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UNIDAD DE ELA

M. Carpio Salmerón, I. Martín Pérez, P. Villalba Armario, A. Ríos Vergara, A. Flores Paños y L. Marín Martínez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) conlleva una desnutrición severa que contribuye a la morbilidad y mortalidad. La nutrición artificial mediante sondas de gastrostomía percutánea se contempla como un tratamiento para limitar las complicaciones derivadas de la desnutrición grave y para mejorar la situación clínica de estos pacientes. Resulta de interés conocer cómo abordar el manejo nutricional de estos pacientes para conseguir la máxima efectividad clínica.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal con una muestra de 16 pacientes de la Unidad de ELA del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena comprendido entre los años 2018-2023. Los datos recogidos fueron sexo, canalización de sonda de gastrostomía percutánea, complicaciones, evolución ponderal, datos antropométricos (peso, talla y IMC) y tipo de fórmula nutricional. Se consideró gastrostomía percutánea profiláctica cuando los pacientes no habían iniciado una disfagia moderada-grave. Datos analizados fueron antes de la canalización de la sonda de gastrostomía e inicio de nutrición enteral y seis meses después de dicha intervención. Análisis estadístico con SPSS V.21.

Resultados: De los 16 pacientes de la muestra 10 fueron hombres (62,5%) y 6 mujeres (37,5%). A 8 de los 16 pacientes (50%) se le instauró una gastrostomía percutánea profiláctica. La diarrea se produjo en 5 pacientes (31,25%) siendo la complicación más frecuente. En 11 de los 16 pacientes (68,75%) se estableció una fórmula hipercalórica hiperproteica, perdiendo peso 6 de estos 11 pacientes. El 62,5% de los pacientes con gastrostomía percutánea tardía perdió peso tras la canalización de esta última. El 75% de los pacientes con gastrostomía percutánea profiláctica ganó peso.

Tabla P-278

	Variable	Media basal	Media 6 meses	p
BIVA	Peso (kg)	61,2	59,1	0,257
	Masa grasa (kg)	12,4	11,1	0,066
	BCM (kg)	23,65	23,28	0,754
	Pha (°)	5,15	5,05	0,685
NU-muscular	Eje-y (cm)	0,900	1,034	0,152
	Área (cm ²)	2,776	3,161	0,248
NU-grasa	Adiposo total (cm)	1,03	0,87	0,529
	Adiposo superficial (cm)	0,55	0,48	0,500
TAC-L3	Área músculo (cm ²)	101,67	98,16	0,429
	VAT (cm ²)	103,43	79,41	0,016
	SAT (cm ²)	117,86	99,8	0,003
HGS	HGS (kg)	26	31,7	0,083

Conclusiones: El uso de dietas hipercalóricas hiperproteicas no siempre asocian una ganancia de peso, siendo el factor más determinante la canalización de una gastrostomía percutánea profiláctica en la evolución del estado nutricional.

280. REVISIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LAS GASTROSTOMÍAS RADIOLÓGICAS PERCUTÁNEAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO DURANTE LOS AÑOS 2022-2023

C. Alabort, A. Ruiz Molina, R. Arteaga Fuentes, M. Badiola Molinuevo, M. Picallo Pérez, S. Valle Rodríguez-Navas, M. Dublang Irazabal, A. Cadenas González, J.A. Icobalceta Narbaiza y J.P. Hernández Hernández

Endocrinología, OSI Barrualde-Galdakao.

Introducción: La gastrostomía percutánea se utiliza para pacientes con función intestinal normal que no pueden mantener una ingesta calórica suficiente por vía oral a largo plazo. En nuestro centro, se colocan gastrostomías profilácticas en pacientes con tumores de cabeza, cuello y tracto gastrointestinal superior que recibirán tratamientos intensivos para prevenir desnutrición asociada a la radioterapia (RT) y quimioterapia (QT). La decisión se toma en un Comité Multidisciplinar basado en el riesgo de disfagia y desnutrición. Este estudio analiza las características clínicas y complicaciones en pacientes con gastrostomías.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 99 adultos con gastrostomía percutánea radiológica (PRG) entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Se recopilaron datos sobre sexo, edad, motivo de la indicación, desnutrición, tratamiento oncológico y complicaciones. Análisis realizado con SPSS 23.0.

Resultados: De los 99 pacientes, 76 eran hombres (76,8%) y 23 mujeres (23,2%), con una edad media de 66,4 años. 58 pacientes (58,6%) estaban desnutridos. 82 pacientes (82,8%) tenían patología oncológica: 65,9% tumores de cabeza y cuello, 30,5% esófago y 3,7% otros tumores. 67,1% recibieron QT-RT, 17,1% solo QT y 15,9% solo RT. El 51,2% tuvo la gastrostomía antes del tratamiento. Complicaciones: granulomas (42,4%), infección local (25,3%), salida accidental de PRG (10,1%), dilatación del estoma (5,1%) y absceso de pared abdominal (3%). El 32,2% falleció durante el seguimiento, sin muertes relacionadas con la PRG. El tiempo promedio hasta el fallecimiento fue de 6,05 meses. No hubo diferencias significativas en complicaciones entre pacientes oncológicos y no oncológicos.

Conclusiones: Las PRG presentan un número considerable de complicaciones, principalmente granulomas e infecciones del estoma. Es esencial evaluar individualmente las indicaciones de gastrostomía profiláctica en pacientes oncológicos.

Comunicación presentada oralmente en el congreso SEDyNE 2024.

281. CRIBADO POSITIVO CON “CANADIAN NUTRITION SCREENING TOOL” ASOCIADO A ALTO RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN HOMBRES

B. de León Fuentes¹, M. Latorre Guisasola², A. Martínez Berriochoa³, E. de Diego Perojo¹, M.C. Fernández López¹, A. Monzón Mendiola¹, E. González Estella¹ y N. Valdés Gallego¹

¹Endocrinología y nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. ²Unidad de Calidad, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. ³Medicina Interna, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La detección de la desnutrición relacionada con la enfermedad al ingreso hospitalario es fundamental para mejorar los resultados de salud de los pacientes. En el Hospital Universitario Cruces se utiliza el “Canadian Nutrition Screening Tool” (CNST) des-

de 2019. El objetivo del estudio es evaluar su valor predictivo en relación con resultados de salud en el Servicio de Medicina Interna.

Métodos: Se analizaron datos de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna desde enero de 2024 hasta el 30 de abril. Los resultados de salud analizados fueron: duración de la estancia hospitalaria, mortalidad hospitalaria, reingreso en menos de 30 días.

Resultados: Se incluyeron 1.017 pacientes (511 mujeres, 50,2%) con una edad media de 77,1 ± 15,7 (mujeres: 79 ± 15,3 vs. hombres: 74,8 ± 15, p < 0,001). El test de cribado se realizó en 933 (91,7%) pacientes; los 84 en los que no se realizó tenían mayor edad (80,5 ± 9,9 vs. 76,8 ± 15,7, p = 0,032). El cribado fue positivo para desnutrición (CP) en 136/933 (14,6%). No hubo diferencias significativas entre los pacientes con CP y cribado negativo (CN) con relación al sexo, edad (76,01 ± 13,6 vs. 76,9 ± 16,06 años), estancia hospitalaria (7,6 ± 9,3 vs. 6,8 ± 7 días), reingresos (6,9 vs. 12,4%). Sin embargo, sí se observó una mayor mortalidad (16,2% CP vs. 6,4% CN, p < 0,001). Al analizar estos parámetros según sexo, nuevamente solo hubo diferencias respecto a mortalidad, pero solo en los hombres (19,7% CP vs. 4,5% CN, p < 0,001). Existía mayor edad en los pacientes fallecidos (hombres: 81,5 ± 7,3 vs. 74,01 ± 15,6, p = 0,007; mujeres: 86,5 ± 9,8 vs. 78,3 ± 16,09, p < 0,001). En el análisis multivariante, el CP fue factor de riesgo independiente para mortalidad en hombres, con mayor efecto que la edad (OR: 6,991, IC95%: 3,128-15,624, p < 0,001), edad (OR: 1,065, IC95%: 1,024-1,109, p = 0,002).

Conclusiones: “CNST” demuestra un valor predictivo significativo para identificar a hombres con alto riesgo de mortalidad durante el ingreso en el Servicio de Medicina Interna.

282. FACTORES ASOCIADOS A EVOLUCIÓN DE PREFRAGILIDAD Y DE FRAGILIDAD TRAS UNA INTERVENCIÓN CON DIETA MEDITERRÁNEA DURANTE DOS AÑOS EN MAYORES CON SÍNDROME METABÓLICO

M. Torrego-Ellacuría¹, M. Ortiz-Ramos¹, J. Salas-Salvadó², M.Á. Martínez-González³, M. Fitó⁴, D. Corella⁵, R. Estruch⁶, M.Á. Rubio-Herrera⁷, A. Barabash⁸ y P. Matía-Martín⁷

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, Madrid. ²Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Institute of Health Carlos III, Madrid, Universitat Rovira i Virgili, Departament de Bioquímica i Biotecnologia, Unitat de Nutrició, Reus, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili IISPV, Reus. ³Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Institute of Health Carlos III, Madrid, University of Navarra, Department of Preventive Medicine and Public Health, IDISNA, Pamplona. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Institute of Health Carlos III, Madrid, Unit of Cardiovascular Risk and Nutrition, Institut Hospital del Mar de Investigacions Mèdiques Municipal d'Investigació Mèdica IMIM, Barcelona. ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Institute of Health Carlos III, Madrid, Department of Preventive Medicine, University of Valencia. ⁶Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Institute of Health Carlos III, Madrid, Department of Internal Medicine, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Hospital Clínic, University of Barcelona. ⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid.

⁸Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid.

Introducción: La fragilidad (F) es un estado clínico con vulnerabilidad frente a estresores. Es prevenible y tratable.

Objetivos: Estudiar evolución de F y de prefragilidad (PF) tras 1-2 años de intervención con dieta mediterránea (DietMed) en mayores con síndrome metabólico (SM).

Métodos: Criterios de F (L. Fried): agotamiento (escala Beck), baja actividad física ($\leq 671,3$ METS min/semana) y baja función física (test de la silla). PF: 1-2 criterios; F: ≥ 3 criterios. Adherencia a DietMed (ADietMed): 17 puntos (PredimedPlus). Se valoraron "progresión a" (Pro) y "regresión de" (Re) de F/PF. Se utilizó regresión logística binaria (multivariante).

Resultados: 1 año: N = 5.763; 2 años: N = 4.855. La incidencia acumulada de los eventos estudiados se muestra en la tabla. Factores asociados (OR; p): 1-2 años- a ProPF: IMC basal (kg/m^2) 1,081; $< 0,001$ -1,071; $< 0,001$, ADietMed basal (puntos) 0,907; $< 0,001$ -0,905; $< 0,001$; cambio ADietMed (puntos) 0,927; 0,001-0,918; $< 0,001$; polifarmacia basal (≥ 5 fármacos) 1,418; 0,002-1,331; 0,011; a RePF: cambio en IMC (kg/m^2) 0,926; 0,010-0,905; $< 0,001$; depresión 0,758; 0,009-0,788; 0,025; a ProF: mujer vs. hombre 4,234; 0,001-1,961; 0,033; ADietMed basal 0,850; 0,015-0,888; 0,036; cambio ADietMed 0,862; 0,014-0,864; 0,003; depresión 2,343; 0,005-2,846; $< 0,001$. La ADietMed basal (1,068; 0,0019), el cambio en la ADietMed (1,091; $< 0,001$) y la polifarmacia (0,682; $< 0,001$) se asociaron a RePF tras el primer año de seguimiento. El cambio de IMC (kg/m^2) solo se asoció con ReF (0,552; 0,008) tras el primer año de seguimiento. No se hallaron factores asociados a ReF tras 2 años.

	1 año -n (%)	2 años-n (%)
ProF	67 (1,2)	71 (1,5)
ReF	140 (84,3)	106 (82,2)
ProPF	609 (21,9)	562 (17,3)
RePF	1302 (46,3)	1091 (46,0)

Conclusiones: El IMC (más alto) y la ADietMed (menor puntuación) son factores asociados a ProF y a ProPF en nuestra muestra de mayores con SM tras 1-2 años de intervención con DietMed.

Financiación: ISCIII, FSEEN (beca de investigación en nutrición, 2022), FINUMET.

283. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA COLORRECTAL SIGUIENDO UN PROTOCOLO ERAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Vera González¹, A.M. Moyano Sánchez¹, A.D. Herrera Martínez¹, A. Castellano López², E.M. Torres Tordera², M.J. Molina Puerta¹ y M.Á. Gálvez Moreno¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El protocolo de recuperación optimizada (ERAS) es un conjunto de estrategias multimodales perioperatorias basadas en la evidencia, que tiene como objetivo modular la inflamación, así como atenuar la respuesta hipermetabólica a la cirugía, optimizar el control de la glucosa y proporcionar apoyo nutricional, a fin de reducir las complicaciones posoperatorias y la duración de la estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes que se sometieron a cirugía colorrectal electiva entre enero 2021 a diciembre 2023.

Resultados: Se evaluaron 537 pacientes, 64,8% Hombres (n = 348). Edad media a la cirugía 66,23 años (11,46) y una estancia hospitalaria

media de 7,3 días. Se observó una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 del 21,6% (n = 116). Respecto a las complicaciones posoperatorias: 12,7% presentaron vómitos en el posoperatorio, el 8,4% requirió reintervención quirúrgica a causa de una complicación, 6,9% de los pacientes presentaron infección de la herida quirúrgica, 6,3% dehiscencia de la herida, 2,8% shock hemodinámico y 1,9% neumonía. La infección de herida quirúrgica fue más frecuente en pacientes con mayor edad (71 vs. 66 años; p = 0,016), así como las dehiscencias quirúrgicas (72 vs. 66 años; p = 0,004) y el shock hemodinámico (73 vs. 66 años; p = 0,021). La neumonía fue más prevalente en hombres (p = 0,017). La duración media de la estancia hospitalaria fue mayor en pacientes que presentaron dehiscencia de la herida (18,7 vs. 6,6 días), que precisaron reintervención (13,4 vs. 6,8 días), o que presentaron shock hemodinámico (21,1 vs. 6,9 días; p < 0,05). El 3,5% de los pacientes analizados, falleció (edad media 69,7 años).

Conclusiones: En nuestra cohorte, los vómitos fueron la complicación más frecuente, la edad resultó ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunas complicaciones posoperatorias (infección de herida, dehiscencia y shock), en cuyo caso se prolongó significativamente la estancia hospitalaria.

284. USO DE LA IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA VECTORIAL EN PACIENTES INGRESADAS CON TCA A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS: VENTAJAS Y LIMITACIONES

M. Martí Martínez¹, E. Chumbiauca Vela², H. Rendón Barragán¹, A. Mari Sanchis¹, S. Botella Martínez¹, A. Hernández Moreno¹, J.C. Artajo¹ y A. Zugasti Murillo¹

¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: La impedancia bioeléctrica vectorial (BIVA) es una técnica sencilla, poco invasiva y reproducible que está cada vez más presente en nuestra práctica clínica habitual. Nos permite obtener información de la composición corporal que va más allá del peso e IMC. Hasta ahora existe poca evidencia de su aplicación en pacientes con TCA.

Objetivos: Detallar las características de composición corporal de pacientes ingresadas con TCA: peso, talla, IMC, masa muscular, masa grasa y ángulo de fase (AF). Valorar la utilidad de la BIVA en la evolución y respuesta a tratamiento médico nutricional en TCA.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de una serie de casos. Se realizó BIVA a 6 pacientes ingresadas en nuestro hospital con TCA e IMC < 16. Todas ellas eran mujeres. Se continuó el seguimiento, repitiendo BIVA periódicamente a dos de las pacientes que permanecieron ingresadas varias semanas.

Resultados: Se analizaron los datos iniciales de la BIVA de 6 pacientes con TCA: las pacientes presentaban de media un peso de 38,3 Kg, IMC 14,2 Kg/m^2 , MG (masa grasa) 6,95%, IMME (masa muscular apendicular) 4,9 Kg/m^2 y ángulo de fase 4,9°. Se realizó BIVA de control semanal en 2 de las pacientes y en ambos casos el vector se desplazó progresivamente hacia el centro.

Conclusiones: El Biavector por sí solo no determina la situación clínica de un paciente. Deberíamos utilizarlo como una herramienta más, a correlacionar con peso, IMC, pruebas funcionales, analítica... para valorar al paciente de forma global y proponer un tratamiento nutricional óptimo. No existe una asociación entre TCA y un cuadrante concreto. Las pacientes que se agruparon en el cuadrante inferior derecho se encontraban en una situación de mayor gravedad. Ambas presentaron un menor ángulo de fase (< 4). Esta técnica permite valorar cambios en cortos periodos de tiempo. Potencialmente, puede detectar una mala evolución durante la renutrición; mediante un desplazamiento del vector hacia abajo.

285. DESNUTRICIÓN EN INSUFICIENCIA CARDIACA: NUEVOS HORIZONTES

C. Moreno-Torres Taboada, M. García Olivares y F.J. Sánchez Torralvo

Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La desnutrición se asocia con diversas complicaciones en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y podría estar infra-diagnosticada.

Objetivos: Conocer la prevalencia de desnutrición en pacientes con IC, utilizando herramientas subjetivas y de valoración morfofuncional.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes ambulatorios atendidos en la Unidad de IC del HRUM. En cada paciente se realizaron valoración subjetiva global (VSG), criterios GLIM, ecografía nutricional®, bioimpedancia (BIA) y dinamometría de mano.

Resultados: 51 pacientes con diferentes grados de disnea (46,9% grado 1; 32,7% grado 2, 38,8% grado 3) y estadios de IC (61,2% estadio B, 38,8% estadio C). IMC medio $28,2 \pm 5,2$ kg/m². La dinamometría presentó un valor medio de $33,1 \pm 8,5$ kg para hombres y $20,7 \pm 4,3$ kg para mujeres (22,5% bajo p5 poblacional). La BIA arrojó los siguientes datos (mujeres y hombres): ángulo de fase (°) $4,59 \pm 0,77$ y $4,68 \pm 0,97$; BCM (kg) $19,4 \pm 4,1$ y $26,8 \pm 5,84$; ASMM (kg) $15,1 \pm 2,85$ y $22,6 \pm 4,1$ (el 31,4% por debajo de puntos de corte); FFMI (kg/m²) $17,3 \pm 1,99$ y $20,3 \pm 2,26$ (el 5,9% por debajo de puntos de corte ESPEN). La hidratación media fue $76 \pm 4,35\%$. La ecografía nutricional muscular: área (cm²) $2,86 \pm 0,93$ y $4,09 \pm 1,21$, eje Y (cm) $3,14 \pm 0,56$ y $3,66 \pm 0,45$, tejido adiposo de la pierna (cm) $1,17 \pm 0,38$ y $0,65 \pm 0,39$, y abdominal total T-SAT (cm) $1,69 \pm 0,79$ y $1,53 \pm 0,8$, superficial S-SAT (cm) $0,81 \pm 0,49$ y $0,61 \pm 0,33$, y visceral VAT (cm) $0,62 \pm 0,5$ y $0,61 \pm 0,42$. Pese a que el 60,8% no había perdido peso, la VSG detectó un 41,2% de pacientes en riesgo de desnutrición/desnutrición moderada y un 3,9% con desnutrición grave. Mediante criterios GLIM (utilizando ASMM por BIA) se detectaron 21 (41,2%) pacientes desnutridos.

Conclusiones: Existe una prevalencia elevada de desnutrición o riesgo en pacientes con IC ambulatorios. El compartimento de masa muscular puede estar disminuido o sobredimensionado por sobrehidratación, lo que puede pasar desapercibido en una valoración mediante IMC o pérdida de peso.

286. SOPORTE NUTRICIONAL EN LA MODULACIÓN DE NIVELES DE CITOQUINAS CIRCULANTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿ES POSIBLE CAMBIAR EL CURSO CLÍNICO DE ESTA ENFERMEDAD?

A.D. Herrera Martínez, A. Navas Romo, C. Muñoz Jiménez, M.A. Gálvez Moreno, M.J. Molina Puerta y A. Jurado Roger

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La inflamación crónica forma parte de la fisiopatología de la insuficiencia cardiaca (IC), la elevación de citoquinas inflamatorias se ha asociado con peor pronóstico.

Métodos: Se realizó valoración nutricional morfofuncional y se determinaron los niveles de citoquinas circulantes en 38 pacientes con IC (fracción de eyección reducida o intermedia) que fueron previamente incluidos en un ensayo clínico controlado, aleatorizado y abierto para comparar el soporte nutricional con dieta mediterránea sola (grupo control) o en combinación con dos suplementos nutricionales orales (SON) hipercalóricos, hiperproteicos, enriquecidos con ácidos grasos poliinsaturados omega-3 (n-3) al día durante 24 semanas.

Resultados: Se observó aumento en niveles circulantes de IL-6, IL-8, MCP-1 e IP-10 en los pacientes con IC. MCP-1 e IL-6 se asociaron con la presencia de sobrepeso y obesidad ($p < 0,05$); IL-6, IL-8 se correlacionaron positivamente con el porcentaje de masa grasa y los niveles séricos de PCR ($p < 0,05$). Los niveles circulantes de IL-8 disminuyeron significativamente en todos los pacientes tratados con dieta mediterránea, mientras que IL-6 e IP-10 solo disminuyeron significativamente en pacientes que recibieron dieta mediterránea más SON. En el análisis univariante, MCP-1 aislado y en combinación con IL-6 se asociaron con mayor mortalidad ($p < 0,05$), y el análisis multivariante confirmó que MCP-1 fue un factor independiente de mortalidad en esta cohorte (OR 1,01, IC95% 1,01-1,02).

Conclusiones: El soporte nutricional que combina dieta mediterránea con SON hipercalórico, hiperproteico y enriquecido con n-3 en combinación se asoció con una disminución de los niveles circulantes de algunas citoquinas inflamatorias y podría representar una solución interesante para mejorar la funcionalidad cardiaca en los pacientes con IC.

Financiación: PI23/01554-JR19/00050 financiado por el ISCIII y cofinanciado por la Unión Europea. SEEN: Beca Jóvenes Investigadores 2020; Junior 2022).

287. LA BIOIMPEDANCIOMETRÍA VECTORIAL COMO HERRAMIENTA PARA PREDECIR LA MALNUTRICIÓN Y SARCOPENIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

C. Herola Cobos, L. Dalla Rovere, R. Fernández Jiménez, C. Hardy Anón, M. García Olivares, A. Guerrini y J.M. García Almeida

Quirónsalud Málaga.

Introducción: La malnutrición y la sarcopenia son condiciones comunes en pacientes hospitalizados, afectando negativamente sus resultados y aumentando la carga en los sistemas de salud. Un diagnóstico temprano y una evaluación precisa de la composición corporal son esenciales. El análisis vectorial de impedancia bioeléctrica (BIVA), analiza directamente la resistencia (Rz) y la reactancia (Xc), proporcionando una evaluación integral del estado de hidratación y calidad muscular. El objetivo es estudiar los valores de BIVA como marcador de la desnutrición y la sarcopenia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo evaluó pacientes hospitalizados en el Hospital Quirónsalud Málaga entre enero de 2019 y enero de 2024. Se realizaron análisis de BIVA, mediciones antropométricas y pruebas funcionales, dentro de las primeras 48 horas tras la admisión.

Resultados: Se incluyeron 2.872 pacientes, 49% mujeres. Se observaron diferencias significativas entre géneros en los parámetros de BIVA. Según los criterios GLIM, 544 mujeres y 643 hombres presentaron malnutrición. De 1.674 pacientes evaluados para sarcopenia, 51 mujeres y 85 hombres fueron diagnosticados. Los pacientes desnutridos y sarcopénicos mostraron un PhA disminuido. Las nuevas elipses de confianza de BIVA revelaron diferencias significativas en los vectores de impedancia medios entre pacientes desnutridos y sarcopénicos comparados con los sanos.

Conclusiones: Las elipses de tolerancia de BIVA son una herramienta valiosa para identificar pacientes en riesgo. Los valores disminuidos de PhA en pacientes desnutridos y sarcopénicos refuerzan su papel como marcador fiable del estado nutricional. La evaluación integral que ofrece BIVA permite una comprensión detallada del estado de hidratación y nutrición, crucial para evaluaciones clínicas. Se recomienda la integración inmediata de las nuevas elipses de tolerancia de BIVA en la práctica clínica para una evaluación completa de la composición corporal.