

Nutrición

7. ESTUDIO HINTHER. MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN LOS HOSPITALES CON PAUTAS BASAL-BOLOS

D. Tundidor-Rengel, G. Romero-Melia y A. Pérez-Pérez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. Departamento Médico Sanofi-Aventis. Barcelona. España.

Introducción: Las pautas de insulina basal-bolos se consideran de elección para el tratamiento de la hiperglucemia. Objetivo: evaluar la eficacia de las pautas de insulina basal-bolos en el manejo de la hiperglucemia durante la hospitalización.

Material y métodos: Estudio nacional de no intervención. Participaron 119 especialistas que recogieron datos de 414 pacientes en situación no crítica con hiperglucemia durante la hospitalización que fueron tratados con pautas basal-bolos.

Resultados: El 54% de los pacientes eran hombres, edad $70,7 \pm 10,6$ años, IMC $28,4 \pm 4,9$ Kg/m² y HbA1c $8,3 \pm 1,6\%$. El 49% ingresó por enfermedad cardiovascular y el 35% por proceso infeccioso. Antes de la hospitalización el 77% recibía antidiabéticos orales (ADO) y el 46% insulina. Respecto al ingreso la duración del tratamiento con pauta basal-bolos fue $8,2 \pm 7,5$ días. El 43% de los pacientes precisó modificación en la pauta por situaciones especiales (26% por tratamiento con corticoides). Las insulinas basal y prandial más utilizadas eran glargina (87% de los pacientes) y aspart (30% de los pacientes). En las 24 horas previas al alta se observó una reducción de las glucemias medias preprandiales (ayunas 132 ± 41 vs 159 ± 38 mg/dl, pre-almuerzo 154 ± 49 vs 177 ± 45 mg/dl y pre-cena 153 ± 50 vs 177 ± 46 mg/dl) y posprandiales (post-desayuno 154 ± 36 vs 179 ± 46 mg/dl, post-almuerzo 165 ± 43 vs 182 ± 51 mg/dl y post-cena 155 ± 36 vs 175 ± 53 mg/dl). El 21% de los pacientes presentaron alguna hipoglucemia (81% asintomáticas, 70% sintomáticas y 8% sintomáticas severas). El 34% de los pacientes mantuvieron una glucemia media durante la hospitalización en objetivos sin hipoglucemias. Al alta se indicó tratamiento con ADO al 16%, insulina 34%, ADO + insulina al 47%.

Discusión y conclusiones: Las pautas basal-bolos con análogos son las más utilizadas y permiten el control de la mayoría de pacientes con hiperglucemia durante la hospitalización. La adición de insulina basal es la medida terapéutica más utilizada para intensificar el tratamiento al alta.

8. VIABILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO NUTRICIONAL UNIVERSAL (NRS 2002) EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

L.R. Pacheco-Molina, N. Alcubierre-Cubito, C. Florensa-Roca, C. Moreno-Castilla, E. Martín-Quesada, K. Rodríguez-Pérez, M.D. Santos-Rey, M. Martínez-Alonso, D. Mauricio Puente y F.J. Maravall-Royo

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. IRB Lleida. España.

Introducción: La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados en nuestro medio es del 30-50%. El diagnóstico de desnutrición y la intervención nutricional son coste-efectivas, ya que la intervención precoz sobre pacientes de alto riesgo conlleva mejor pronóstico. Por ello, es necesario utilizar métodos de cribado eficaces que identifiquen precozmente a estos pacientes. Nuestro objetivo fue determinar la viabilidad de la implantación del cribado nutricional (CN) NRS-2002 en nuestro centro.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos correspondientes al primer año de implantación (15.927 ingresos). El análisis estadístico constó de una primera descripción univarian-

te de todas las variables recogidas y de un análisis de asociación entre el resultado positivo del NRS-2002 y el resto de variables.

Resultados: Del total de ingresos, en 566 obtuvimos un CN inicial (realizado por enfermería) positivo, siendo en un 68,08% de los casos debido a una reducción de la ingesta la última semana. En la valoración inicial el 60,44% de los pacientes estaba consciente, 9,71% tenía una ingesta completa y 35,76% se hallaba en dieta absoluta. El CN final (realizado por la Unidad de Nutrición) fue positivo en un 61,46% (puntuación ≥ 3). Hubo una asociación estadísticamente significativa entre una puntuación positiva del cribado y tener una edad ≥ 70 años, IMC actual inferior al habitual, servicio que realizó el cribado, destino al alta, tipo de ingreso, no estar consciente en el momento de la valoración nutricional y nivel bajo de ingesta. A un 3,55% del total de ingresos se les realizó una valoración nutricional completa a raíz de un resultado positivo del cribado.

Discusión y conclusiones: Es viable implantar un método de CN a nivel institucional, no obstante el nivel de implantación es inferior al óptimo, y es variable entre las diferentes plantas de hospitalización. El papel de enfermería es clave en el éxito del cribado. Se deben aplicar medidas correctoras para alcanzar una implantación universal.

9. INTEGRACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN HOSPITALARIA CON LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

J.J. Alfaro-Martínez, R.P. Quílez-Toboso, A. Lomas-Meneses, F. Botella-Romero, A. Hernández-López y M.A. Salas-Saiz

Sección de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Introducción: La informática hospitalaria abarca cada vez más tareas. Desde la gestión de agendas e informes se ha llegado, en algunos centros, a la historia clínica totalmente electrónica, pasando por la prescripción informatizada o la recepción de resultado de analíticas. También la prescripción de nutrición artificial hospitalaria (NAH) ha pasado de hacerse de forma manual a poder realizarse con un ordenador. Muchas veces surgen dificultades a la hora de integrar programas informáticos de nutrición con el resto de la informática hospitalaria.

Material y métodos: Describimos la integración de un programa de prescripción de nutrición parenteral (NP) desarrollado por nuestro equipo con el módulo de analíticas existente y el programa de historia clínica electrónica.

Resultados: Se desarrolló un programa informático, mediante la colaboración del Servicio de Informática y la Unidad de Nutrición Clínica, accesible desde cualquier terminal del centro, que permite la prescripción de NP a pacientes ingresados y ambulatorios. La prescripción puede hacerse de forma individualizada o mediante plantillas prediseñadas (que a su vez pueden modificarse según las necesidades del paciente). Una vez hecha la prescripción, se envía automáticamente a Farmacia. El programa incorpo-

ra los resultados de las analíticas del paciente que recibe NAH y almacena estos datos, junto con la composición de la prescripción, para posterior explotación con fines administrativos o científicos. Ante la próxima implantación en el centro de la Historia Clínica Electrónica, se ha previsto que el programa genere automáticamente una anotación en la Historia Clínica del paciente indicando que se ha hecho una prescripción de NAH y la composición de la misma.

Discusión y conclusiones: La colaboración entre los servicios clínicos y de Informática permite desarrollar aplicaciones hospitalarias, adaptadas a la forma de trabajo de los equipos clínicos y que pueden integrarse con el resto de los programas informáticos del hospital.

10. CONCORDANCIA ENTRE 2 HERRAMIENTAS DE CRIBADO NUTRICIONAL PARA IDENTIFICAR DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Altemir-Trallero, J. Ocón-Bretón, L. Sallán-Díaz, A.B. Mañas-Martínez, C. Cabréjas-González y J.A. Gimeno-Orna

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: La desnutrición hospitalaria afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados y se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Objetivo: evaluar la concordancia de dos métodos de cribado nutricional (MNA y NRS 2002) en pacientes hospitalizados.

Material y métodos: Se estudió a pacientes admitidos dentro de las primeras 48 horas en distintos servicios médicos y quirúrgicos del hospital con exclusión de la UCI. Se determinó peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y se realizó un cribado nutricional con los test MNA y NRS 2002. Se evaluaron parámetros analíticos como la albúmina, prealbúmina, proteína transportadora de retinol (RBP) y linfocitos. La concordancia entre MNA y NRS 2002 se evaluó mediante el índice kappa. Se clasificó a los pacientes en 4 grupos: grupo 1 ($n = 24$) pacientes normonutridos por ambos test; grupo 2 ($n = 11$) pacientes desnutridos por MNA; grupo 3 ($n = 5$) pacientes desnutridos por NRS 2002; grupo 4 ($n = 17$) pacientes desnutridos por ambos test.

Resultados: Se incluyeron a 57 pacientes (52,6% varones) con edad media de 70,5 (DE 16) años. El principal motivo de ingreso fue la patología circulatoria (26%) y las neoplasias (21%). El 64,9% de los enfermos estaban ingresados en plantas médicas. La estancia media fue de 9,56 (DE 5,1) días. El IMC medio fue de 26,3 Kg/m² (DE 5,6). Se observó una prevalencia de desnutrición del 38,6% con el empleo del NRS 2002 y del 49,1% con el MNA. La concordancia entre MNA y NRS 2002 fue de kappa = 0,436; $p = 0,001$. Hubo diferencias significativas entre los 4 grupos en los valores de prealbúmina e IMC (tabla a pie de página).

Discusión y conclusiones: La concordancia entre MNA y NRS 2002 es solo moderada por lo que podría ser necesario el empleo de ambos test para identificar correctamente la desnutrición hospitalaria.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	p
Albúmina (g/dl)	3,93	3,61	3,67	3,31	0,056
Prealbúmina (mg/dl)	21,5	16,2	13,7	12,3	0,001
RBP (mg/dl)	3,8	3,1	2,6	2,5	0,068
IMC (Kg/m ²)	28,7	25,5	28,3	23,1	0,011
Linfocitos (cel/mm ³)	1706	1240	1625	1164	0,079

11. ESTADO NUTRICIONAL DE YODO DE LA POBLACIÓN GESTANTE DE LA REGIÓN SANITARIA CATALUÑA CENTRAL

L. Vila Ballester, M.T. Torres Costa, G. Falguera Puig, L. Francés Ribera, J.M. Manresa Domínguez, R. Casamitjana y G. Prieto de Lamo

Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona. España. ASSIR CAP Antoni Creus i Querol. Terrassa. España. Coordinación PASSIR Àmbit Centre. Sabadell. España. Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona. España. USR Metropolitana Nord Vallès. IDIAP. Sabadell. España. Laboratorio de Bioquímica y Genética Molecular. Hospital Clínic. Barcelona. España. Gerencia de Atención Primaria. Ávila. España.

Introducción: Durante la gestación es preciso que haya un adecuado aporte de yodo para favorecer una normal maduración cerebral del feto. Es de interés conocer el consumo actual de yodo de la población gestante de nuestro territorio. **Objetivos:** 1) Conocer la nutrición de yodo de una población gestante de la región sanitaria de Cataluña Central, 2) Conocer el grado de suplementación con yoduro potásico y las yodurias durante los 3 trimestres de gestación.

Material y métodos: Estudio multicéntrico de intervención con seguimiento prospectivo, realizado en los programas de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) de la Región Sanitaria de Cataluña Central. Se reclutaron gestantes que acudieron a la consulta de la matrona en el primer trimestre (1T) en un total de 46 CAPs. En cada trimestre se realizó una determinación de yoduria y se pasó un cuestionario de hábitos alimentarios para estimar la ingesta de yodo.

Resultados: Se reclutaron 851 mujeres en 1T con una edad media de 31,8 a (18 a 46 años). El consumo de sal yodada (SY) fue del 34,3% en 1T, 86,8% en el segundo (2T) y 90,2% en el tercer trimestres (3T). El consumo de leche (1 o 2 vasos/día) se mantuvo entre el 67 y 70% en los tres trimestres. En 1T el 25,7% estaban suplementadas con IK, 54,7% en 2T y 51,9% en 3T. La mediana de yoduria fue de 156 mg/L en 1T, 194 mg/L en 2T y 193 mg/L en 3T. En 1T el 47,5% tenían una yoduria < 150 mg/L, el 33,5% en 2T y el 33,7% en 3T. Además de la suplementación con IK los alimentos que mejor correlacionaron con la yoduria fueron la SY, el atún y la leche. Las mujeres que en 1T recibían suplementación tenían una yoduria más elevada (mediana 201 mg/L vs 147 mg/L, $p < 0,001$).

Discusión y conclusiones: El consumo de SY y la suplementación con IK es bajo en el 1T del embarazo. La SY y la leche contribuyen significativamente al aporte de yodo a través de la dieta, pero es la suplementación con IK el factor más determinante en la adecuada nutrición de yodo de la población gestante.

12. PODER PREDICTIVO DE 2 HERRAMIENTAS DE CRIBADO NUTRICIONAL PARA LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Ocón-Bretón, L. Sallán-Díaz, J. Altemir-Trallero, A.B. Mañas-Martínez, C. Cabrejas-Gómez y J.A. Gimeno-Orna

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: La desnutrición hospitalaria se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones, mortalidad y costes sanitarios. **Objetivo:** identificar la capacidad de dos test de cribado nutricional (MNA y NRS 2002) para predecir la aparición de complicaciones hospitalarias.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes admitidos dentro de las primeras 48 horas en distintos servicios médicos y quirúrgicos del hospital con exclusión de la UCI. Se determinó el índice de masa corporal (IMC) y se realizó un cribado nutricional con los test MNA y NRS 2002. Se evaluaron parámetros analíticos como la albúmina, prealbúmina, proteína transportadora de retinol y linfocitos.

El poder predictivo del MNA y NRS 2002 se evaluó mediante regresión logística uni y multivariante, con cálculo de odds ratio (OR).

Resultados: Se incluyeron a 57 pacientes (52,6% varones) con edad media de 70,5 (DE 16) años. El principal motivo de ingreso fue la patología circulatoria (26%) y las neoplasias (21%). El 64,9% de los enfermos estaban ingresados en plantas médicas. La estancia media fue de 9,56 (DE 5,1) días. Se produjeron complicaciones en 11 pacientes (19,3%): sepsis (n = 2), neumonía (n = 3), infección urinaria (n = 4), infección de la herida quirúrgica (n = 1) y fallecimiento (n = 1). La incidencia acumulada de complicaciones fue significativamente superior en pacientes identificados como desnutridos por el NRS 2002 (40,9% vs 5,7%; $p = 0,002$) pero no en pacientes desnutridos según el MNA (28,6% vs 10,3%; $p = 0,079$). En análisis univariante, la presencia de desnutrición según NRS 2002, pero no según MNA, fue capaz de predecir la aparición de complicaciones (OR = 11,4; IC95% 2,1-60,1). El ajuste para edad, IMC, albúmina y días de estancia hospitalaria no atenuó el riesgo de forma clínicamente importante aunque quedó en el límite de la significación estadística (OR = 10,7; IC95% 0,65-176).

Discusión y conclusiones: El método de cribado nutricional más fiable para identificar a pacientes con riesgo de presentar complicaciones asociadas a la desnutrición es el NRS 2002