

## OC-023

**Evaluación de las derivaciones al servicio de urgencias y hospitalizaciones en mayores institucionalizados**

C. Roldán-Plaza<sup>a</sup>, M.N. Vaquero-Pinto<sup>a</sup>, N. Pérez Panizo<sup>a</sup>, V.M. Déniz-González<sup>b</sup>, M.A. Martín Rodrigo<sup>a</sup>, B. Montero-Erassquin<sup>a</sup>, A. Cruz-Jentoft<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>b</sup> Actualmente desempleada, Madrid, España

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia y la adecuación de las derivaciones al servicio de urgencias (SU) hospitalarias en mayores institucionalizados, así como el motivo de dicha derivación e ingreso hospitalario. Analizar las características de las residencias de origen.

**Método:** Estudio de prevalencia prospectivo realizado en pacientes institucionalizados mayores de 70 años que acudieron al SU de un hospital terciario durante enero de 2018. Se recogieron datos sobre el motivo de derivación y de ingreso, el servicio hospitalario de ingreso y variables organizativas de las residencias. La adecuación de las derivaciones a urgencias y de los ingresos se valoró mediante el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH) y la herramienta *Conditions Defined as Potentially Avoidable Hospitalizations*, respectivamente.

**Resultados:** De los 4.374 pacientes mayores de 70 años que acudieron al Servicio de Urgencias, 189 (4,3%) procedían de residencia, siendo el 75% mujeres con edad media de 88,2 años. Según la herramienta PAUH, el 83,6% de las derivaciones fueron adecuadas, el 79,4% por criterios de intensidad diagnóstica y el 52,4% por criterios de tratamiento.

La mayoría de derivaciones se realizaron en días laborables, en horario de mañana y tarde. Los motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (32,3%) y caídas (15,9%). El 53,4% ingresó, considerándose ingreso adecuado en el 85,1% de los casos. El motivo de ingreso más frecuente fue enfermedad respiratoria (52,5%). Los servicios más frecuentes de ingreso fueron medicina interna (45,5%) y geriatría (25,7%).

En cuanto a los centros residenciales, el 66,7% eran privados, el 20% concertados y el 13,3% públicos. Disponían de servicio médico y de enfermería presencial 24 h el 13,3 y el 53,3%, respectivamente. Los fines de semana el 30% tenían asistencia médica y el 40%, de enfermería.

**Conclusiones:** Menos de un 5% de los mayores que consultan el SU proceden de residencias. Un tercio consulta por sintomatología respiratoria, siendo la enfermedad respiratoria el principal motivo de ingreso. La mayoría de derivaciones e ingresos hospitalarios son adecuados; no obstante, la herramienta PAUH no tiene en cuenta algunos de los recursos sanitarios disponibles actualmente. Existe una gran variabilidad en las características de las residencias.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.035>

## OC-024

**Factores predictivos de sarcopenia, fragilidad y discapacidad en ancianos institucionalizados con desnutrición. Estudio NuTrIR (Nutritional Treatment Indication in Residents)**

F. Uriz<sup>a</sup>, S. Cabrerizo<sup>b</sup>, V. Andia<sup>b</sup>, F. Gomez<sup>b</sup>, I. Artaza<sup>c</sup>, V. Malafarina<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España

<sup>b</sup> Residencia San Prudencio, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Vitoria-Gasteiz, España

<sup>c</sup> Orue Centro Sociosanitario, Grupo Igarco, Amorebieta, Bizcaia, España

<sup>d</sup> Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona, España

**Objetivo:** Identificar los factores asociados a la sarcopenia, a la fragilidad y a la discapacidad en ancianos institucionalizados con riesgo de desnutrición.

**Métodos:** Estudio longitudinal multicéntrico con revisión a 4 meses. Se incluyeron 5 residencias del País Vasco. Se incluyeron pacientes > 65 años con riesgo de malnutrición (MNA-SF ≤ 11). Se recogieron variables demográficas, clínicas, la situación funcional (Barthel, definiendo la discapacidad por valores < 60), cognitiva y psicológica (MMSE y PHQ-9), sarcopenia (criterios de la EWG-SOP, análisis por bioimpedanciometría, fuerza de prensión con dinamómetro digital y velocidad de la marcha en 4 m), fragilidad (FRAIL-NH > 7). Análisis estadístico con SPSS ver. 21.

**Resultados:** Se incluyeron 360 residentes, 85,5 ± 7,2 años, 73,3% mujeres. El 54,5% alta comorbilidad (Charlson ≥ 3), Barthel 37,7 ± 29. El 85% presentan deterioro cognitivo (52% MMSE < 15). La mayor parte, alto riesgo de desnutrición (MNA-SF 8,8). El 25% presentaban disfagia. El 41% fueron diagnosticados de sarcopenia, el 51,8% de fragilidad y el 75% de discapacidad.

En el estudio univariable se observa que factores como la situación funcional, la situación cognitiva y la comorbilidad se asocian a sarcopenia y fragilidad (p < 0,05), sin que se observe relación con la edad (p > 0,05). La puntuación del MNA-SF se asocia con sarcopenia y discapacidad (p < 0,05).

En el estudio multivariable se observa que el grado de desnutrición y la polifarmacia inciden en el desarrollo de sarcopenia. El Barthel se asocia con fragilidad (p < 0,05). La edad, la comorbilidad, la situación cognitiva, la depresión, la disfagia, la albúmina y la velocidad de la marcha predicen la discapacidad (p < 0,05).

Por otra parte, la sarcopenia se relaciona con mayor fragilidad y discapacidad (p < 0,05), sin que se observe asociación entre fragilidad y discapacidad (p < 0,05).

**Conclusiones:** La sarcopenia, la fragilidad y la discapacidad son problemas frecuentes en el anciano institucionalizado con riesgo de desnutrición.

La situación funcional ha mostrado ser un factor predictivo que incrementa la fragilidad.

La situación nutricional incide en el desarrollo de sarcopenia.

La sarcopenia se asocia a mayor fragilidad y discapacidad en los ancianos con riesgo de desnutrición, compartiendo mecanismos causales comunes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.036>

## OC-025

**Infecciones de orina en pacientes institucionalizados de alto riesgo: profilaxis antibiótica nocturna vs. tratamiento profiláctico no antibiótico**

A. Sousa Escandón, J. León Mata

Hospital Comarcal de Monforte, Monforte de Lemos, Lugo, España

**Introducción:** Las infecciones urinarias de repetición (ITUR) en pacientes institucionalizados con factores de riesgo son un problema constante en las residencias geriátricas por necesitar sucesivos tratamientos antibióticos que acaban generando infecciones multirresistentes y porque empeoran las patologías preexistentes del paciente por diarreas, fiebre, postración, desorientación, deshidratación, etc. La búsqueda de un tratamiento eficaz que no empeore el perfil de resistencias es una necesidad para estos pacientes

**Material y métodos:** Comparamos 61 pacientes institucionalizados que presentaban ITUR (>3 episodios/año). De ellos, 27 pacientes (19 mujeres y 8 hombres) recibieron profilaxis antibiótica nocturna con furantoína entre 3 y 6 meses. Los otros 34 (23 mujeres y 11 hombres) fueron tratados mediante antibioterapia en pauta corta (<7 días) y medidas profilácticas (vacunas sublinguales [UROMUNE] y productos con arándanos y D-manosa [UTI Block]). A las mujeres se les pautó además óvulos vaginales de probióticos.

Ambas poblaciones fueron equivalentes en edad, sexo, porcentaje con pañales y enfermedades asociadas. Todos los pacientes presentaban al menos un criterio de riesgo de ITUR. El germen más frecuente en ambos grupos fue el *E. coli*. Los patógenos causales y la distribución de resistencias antibióticas fueron semejantes en ambos grupos.

**Resultados:** El 70.4% de pacientes (19/27) del grupo de profilaxis antibiótica y el 44.1% del grupo de profilaxis no antibiótica (15/34) presentaron nuevas infecciones de orina tras un seguimiento mínimo de 6 meses. La presencia de uso de pañales con incontinencia urinaria y/o fecal, los cateterismos intermitentes y las sondas permanentes se asociaron a un mayor número de infecciones de repetición ( $p < 0,03$ ). Existieron diferencias significativas en el patrón de resistencias post tratamientos de ambos grupos ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La aplicación de protocolos de profilaxis no antibiótica en pacientes institucionalizados de alto riesgo parece superior al uso de furantoína nocturna en pautas de 3 a 6 meses. Además, las infecciones post tratamiento parecen presentar un perfil de menor resistencia a los antibióticos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.037>

#### OC-026

##### Adhesión a las recomendaciones dietéticas de prevención del cáncer (WCRF/AIRC score) del menú de una residencia

A. Hernández-Ruiz<sup>a</sup>, R. López-Mongil<sup>b</sup>, E. Guerra-Hernández<sup>a</sup>, B. Pastor Cuadrado<sup>b</sup>, A. Zapatero Llanos<sup>b</sup>, B. García-Villanova<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Nutrición y Bromatología, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Centro Asistencial Doctor Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid, España

**Objetivos:** El cáncer es una enfermedad que podría ser en gran parte prevenible mediante factores relacionados con la dieta, el control del peso y la actividad física. Aunque para muchos factores dietéticos las evidencias aún son inconsistentes, para otros factores las evidencias son suficientes. Recientemente, la literatura científica ha puesto de manifiesto que las recomendaciones dietéticas para la prevención del cáncer son aplicables a adultos mayores. En este estudio se propone valorar la adhesión del menú de una residencia respecto a las recomendaciones dietéticas de prevención del cáncer.

**Métodos:** Se ha realizado una evaluación del menú de una residencia con 138 residentes (52 varones y 86 mujeres). El estudio dietético del menú corresponde a 14 días consecutivos del mes de diciembre y la estimación del consumo de alimentos se realizó con el programa informático *Easydiet*. Los componentes de la dieta evaluados corresponden a los recomendados por el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer (*World Cancer Research Fund/International Agency for Reserach on Cancer*): densidad energética, consumo de bebidas azucaradas, consumo de verduras y frutas, ingesta de carnes rojas y procesadas, fibra dietética, bebidas alcohólicas, consumo

de sal y suplementos alimenticios. La adherencia a las recomendaciones dietéticas se realizó mediante el WCRF/AIRC score; se incluyeron 8 componentes: 7 de alimentos y 1 de suplementos alimenticios. Cada componente se clasificó en tres niveles (0, 0,5, 1) y el valor más alto coincide con el cumplimiento de la recomendación, rango de 0-8.

**Resultados:** La valoración del menú ofertado muestra baja densidad energética (118 kcal/100 g). El consumo de verduras y frutas es elevado, de 604 g/día, y el de fibra dietética, de 24,7 g/día. La oferta de carnes rojas y procesadas es de 450 g/semana (64,3 g/día; las carnes rojas son 37,9 g/día y las carnes procesadas, 26,4 g/día). Las bebidas alcohólicas (vino tinto) solo son consumidas por algunos residentes, no superando la cantidad máxima permitida. La sal aportada en el menú es de 7,7 g/día y no se ofertan suplementos alimenticios (sin existir deficiencias nutricionales constatadas). La adhesión a las recomendaciones dietéticas fue de 6,5 puntos. Los componentes, densidad energética, bebidas azucaradas, verduras y frutas, bebidas alcohólicas y suplementos alimenticios alcanzaron la puntuación de 5 (1 punto/componente), y la fibra dietética, sal y carnes, la de 1,5 (0,5 puntos/componente).

**Conclusiones:** El nivel de adherencia al WCRF/AIRC score del menú ofertado es alto (6,5/8). Ligeras modificaciones, como la inclusión de cereales integrales, la reducción de sal y limitar la ingesta de derivados cárnicos, lo aproximarían al nivel más alto de adhesión, lo que supondría una mayor reducción del riesgo de desarrollar cáncer en personas mayores.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.038>

#### OC-027

##### Adhesión a una dieta mediterránea hipocalórica: una propuesta para reducir el sobrepeso y la obesidad en un centro residencial

R. López-Mongil<sup>a</sup>, A. Hernández-Ruiz<sup>b</sup>, J.A. López-Trigo<sup>c</sup>, B. Pastor Cuadrado<sup>a</sup>, A. Zapatero Llanos<sup>a</sup>, M. Ruiz-Canela<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro Asistencial Doctor Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Departamento de Nutrición y Bromatología, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>c</sup> Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Departamento de Accesibilidad, Ayuntamiento de Málaga, Málaga, España

<sup>d</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra - Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdisNA), Pamplona, España

**Objetivos:** La dieta mediterránea (DMed) es el patrón dietético con mayor evidencia en relación con la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas de alta prevalencia en geriatría. En las residencias de personas mayores se está produciendo una epidemia de sobrepeso y obesidad. Los objetivos de este estudio son conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad, estimar la adhesión a la DMed y aumentar el cumplimiento mediante una intervención dietética progresiva adaptada a la población geriátrica institucionalizada.

**Métodos:** El indicador utilizado para determinar sobrepeso y obesidad fue el índice de masa corporal (IMC), siendo el criterio para sobrepeso IMC 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> y para obesidad 30 kg/m<sup>2</sup> o más. Se ha evaluado la adhesión a la DMed mediante el cuestionario de 17 ítems de una DMed hipocalórica desarrollado en el estudio PREDIMED-PLUS. Este cuestionario se caracteriza por el consumo

