

Material y métodos: Comparamos 61 pacientes institucionales 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^a, R. López-Mongil^b, E. Guerra-Hernández^a, B. Pastor Cuadrado^b, A. Zapatero Llanos^b, B. García-Villanova^a

^a Departamento de Nutrición y Bromatología, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada, Granada, España

^b 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 Research 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^a, A. Hernández-Ruiz^b, J.A. López-Trigo^c, B. Pastor Cuadrado^a, A. Zapatero Llanos^a, M. Ruiz-Canela^d

^a Centro Asistencial Doctor Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid, España

^b Departamento de Nutrición y Bromatología, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada, Granada, España

^c Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Departamento de Accesibilidad, Ayuntamiento de Málaga, Málaga, España

^d 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/m² y para obesidad 30 kg/m² 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