



ÁREA CLÍNICA. Nutrición

OC-028

Los fármacos más consumidos en personas mayores con estado nutricional deteriorado

L. Regueiro-Folgueira, A. Maseda,
L. Lorenzo-López, A. Buján, I. González-Abraldes,
J.C. Millán-Calenti

Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña, España

Objetivos: Los cambios nutricionales influyen sobre la farmacocinética y la farmacodinámica de los medicamentos consumidos, pudiendo además los medicamentos implicar déficits nutricionales. Mediante el presente trabajo pretendemos determinar los fármacos más consumidos en un grupo de personas mayores no institucionalizadas de acuerdo a su estado nutricional.

Método: Se realizó un estudio transversal con una muestra representativa de la población mayor gallega. Participaron 749 personas de 65 o más años, residentes en sus domicilios y usuarios de asociaciones de personas mayores. Se llevó a cabo una valoración geriátrica integral que incluía, entre otras, la valoración del estado nutricional mediante el *Mini Nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF) y la recogida de las prescripciones médicas mediante presentación de la historia farmacológica, usando para su categorización la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC).

Resultados: Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el número de prescripciones médicas y el estado nutricional de los sujetos. La media diaria de consumo de fármacos en personas con una nutrición deficiente fue de 7,14. Los fármacos más consumidos entre las personas con bajas puntuaciones en el MNA-SF —y por tanto con un estado nutricional deficiente—, fueron los indicados para el sistema cardiovascular (76,6%), y dentro de estos, los más utilizados fueron los agentes modificadores de lípidos (50,5%). El segundo puesto lo formaron los medicamentos pertenecientes al grupo del tracto alimentario y metabolismo (70,1%), abundando aquí los relativos a los trastornos de acidez (48,6%). El tercer puesto lo ocuparon los destinados al sistema nervioso (68,2%), y dentro de estos los más comunes fueron los psicofármacos (47,7%).

Conclusiones: Un estado nutricional deficiente se asocia con una elevada polifarmacia, siendo los fármacos destinados



al sistema cardiovascular, al tracto alimentario y metabolismo y al sistema nervioso los más utilizados. Las personas mayores deberían concienciarse de la necesidad de promover tratamientos no farmacológicos, cambiando su estilo de vida y mejorando su estado nutricional.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia (ED431C 2017/49 y Red FrailNet IN607C 2016/08).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.041>

OC-029

Evaluación de las características basales y clínicas de los pacientes hospitalizados en función de la evolución de la masa magra estimada mediante BIA durante el ingreso (aumento o disminución)

E.A. Rodríguez Espeso, P. Fernández Montalbán,
E.M. Sanchez García, B. Montero Errasquin,
G.E. Olaya Loor, A.J. Cruz Jentoft, C. Zárate Sáez

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivos: Se ha descrito la utilidad del análisis de BIA para estimar la masa muscular como parámetro nutricional en pacientes estables. No se ha descrito cómo varía esta estimación durante el ingreso de acuerdo a factores que pueden interferir en la medición. El objetivo de nuestro estudio es describir y analizar las diferencias en características basales y clínicas de pacientes hospitalizados en función de si la estimación de la masa magra al ingreso es mayor o menor que al alta.

Métodos: Estudio descriptivo observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes de 80 años o mayores ingresados en la unidad de agudos de nuestro centro durante 8 meses, excluidos agónicos y con marcapasos. Se recogieron variables clínicas y se realizó una VGI mediante MPI. El BIA se realizaba a diario a primera hora por el equipo de enfermería durante los 7 primeros días de ingreso.

Resultados: Se incluyeron 223 pacientes, con edad media de $92 \pm 3,8$ años siendo 71,7% mujeres, con Katz medio basal de $2,07 \pm 2,3$ y FAC > 3 del 33,6%, estancia media $6,84 \pm 6,48$ y mortalidad del 8,5%. Diagnósticos principales: infecciones (71,3%), ICC (10,8%) y otros (8,5%). El IMC medio al ingreso fue $28,59 \pm 6,75$. En un 41,3% la estimación al alta fue menor que al ingreso, con diferencia media entre ambas $-0,54 \pm 5,41$ kg, mediana 0,02 y rango intercuartílico 2,96 kg. En el 53,4% de casos la diferencia estimada

del ingreso al alta fue mayor de 1 kg, y en un 9% de los casos, mayor de 5 kg.

La estimación de masa muscular fue mayor al alta en el 58,7% de pacientes, más en mujeres (64,1% vs 44,4%, $p < 0,05$), sin diferencias según diagnóstico principal al ingreso (infección, ICC y otros) o determinación BIA con sonda vesical, sueros o diuréticos ($p > 0,05$). Tampoco hubo diferencias según las características basales: nefropatía, demencia, desnutrición e independencia para deambulación ($p > 0,05$).

Conclusiones: El cambio medio en la estimación del ingreso al alta fue $-0,54 \pm 5,41$ kg. En el 41% de los pacientes la masa estimada por BIA fue menor al alta que al ingreso, sin diferencias según diagnóstico principal, características basales, sueros, sondas o diuréticos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.042>

OC-030

Valorando la nutrición y el pronóstico de nuestros pacientes más mayores



A. Narvion Carriquiri^a, V. Guerrero Cedeño^a, C. Soler Frias^a, R.M. Quilez Pina^a, R. Sander^b, A.C. Sanjoaquin Romero^a, J. Galindo Ortiz de Landazuri^a

^a Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España

^b Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Objetivos: Analizar las características de los pacientes nonagenarios que ingresan en un servicio de geriatría.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo. Se analizan las características clínicas, analíticas, pronósticas, farmacológicas de los pacientes nonagenarios ingresados en nuestro servicio. Análisis SPSS.

Resultados: Ciento sesenta y ocho pacientes; el 65% eran mujeres. Edad media 91,8 años. El 62% vivían en domicilio. El 9% venían para convalecencia, el 17% para rehabilitación y el 71% como pacientes agudos. Fueron considerados como paliativos el 3%. Estancia media 15 días. Profund 10, Fragil-VGI 0,38. Charlson ≥ 3 12%. Barthel previo 40 y al alta 15. Fallecimiento a 6 meses 34%. Peso medio 54 kg. MiniMNA desnutrición 57% y en riesgo 33%. Según CONUT, 29% desnutrición moderada. Pliegue tricipital 20,4 (percentil < 25 29%), subescapular 17,3, perímetro cintura 88,8, pantorrilla 27,1, brazo 23,4 (percentil < 25 20%), dinamometría 5. Antecedentes HTA 83%, ACxFA 46%, IC 29%, otras cardiopatías 29%, EPOC 23%, DM 29%, fracturas previas 37%, caídas 34%, demencia 29%, ACV 23%. Incontinencia urinaria 54%. Motivo de ingreso: infección respiratoria 57%, ACV 6%, fractura 14%, ITU 9%, UPP 31%, delirium 37%, ICC 20%, estreñimiento 37%.

Según bioimpedanciometría presentaban edemas 20%, deshidratación 67%, hipoproteinemia 73%, baja masa muscular 67%, exceso de grasa 73%, obesidad 43%, obesidad sarcopénica 36%, relación cintura-cadera 0,85, ángulo de fase 4,3, metabolismo basal 1120.

Número fármacos ingreso 7,3 y alta 6,5. Suplementos proteicos 11%, benzodiacepinas 17%, neurolépticos 29%, antidepresivos 49%, opiáceos 14%, antihipertensivos 69%, diuréticos 60%, anticoagulantes 26%, antiagregantes 17%, laxantes 34%, antidiabéticos 14%, insulina 6%, IACE 11%, memantina 3%, calcio y/o vitamina D 31%.

La mortalidad no se relacionó con Charlson pero sí se asoció al Barthel tanto previo como al ingreso como al alta y a la estancia ($p < 0,05$).

Conclusiones: Según los datos obtenidos, 1/3 de nuestros nonagenarios presentan obesidad sarcopénica y 2/3 baja masa muscular.

Sería bueno valorar adaptar la dieta e intentar recomendar ejercicio según sus posibilidades en este grupo de pacientes.

La mortalidad es elevada en los nonagenarios, como era de esperar, pero no se relaciona con las escalas pronósticas habituales (Profund, Charlson) sino que se relaciona con la funcionalidad (Barthel tanto previo como al alta).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.043>

OC-031

Mini-MNA, antropometría, bioquímica y bioimpedancia para evaluar la composición corporal



R.M. Quilez Pina, C. Soler Frias, V. Guerrero Cedeño, A. Narvion Carriquiri, N. Doz Saura, C. Sanchez Lecina, J. Galindo Ortiz de Landazuri

Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España

Objetivos: Valorar los métodos de detección de sarcopenia, obesidad y desnutrición. Evaluar factores que se relacionan con la mortalidad.

Métodos: Resultados preliminares de ensayo clínico. Se analizan datos antropométricos, analíticos, valoración nutricional con MiniMNA y composición corporal con bioimpedancia de pacientes mayores de 70 años valorados en geriatría. Se entregan ejercicios a los pacientes para que realicen en domicilio según su SPPB a todos y suplementos y/o adaptación de la dieta a los que se considere necesario. Se hará seguimiento para ver la efectividad de la intervención.

Resultados: Cuarenta y cinco pacientes; 47% hombres. Edad media $85,07 \pm 7,83$ años. El 75% viven en domicilio. Charlson 1,6. Profund 7. Mediana Pfeiffer 2, MEC 28 y Barthel 60. Tinetti equilibrio 10. Marcha 7. SPPB 5. Velocidad de la marcha 0,54 m/s. Dinamometria 12. Yesavage 2,4. Gijon 5,6. Antecedentes: HTA 69%, DM 29%, DLP 36%. Polimedication extrema (≥ 10) 24%. Albúmina 3,56 mg/dl, colesterol 175 mg/dl, linfocitos 1.634 y según CONUT desnutrición moderada 21% y grave 3%. IMC medio 25. Obesidad según IMC 13% y bajo peso 20%. Según MiniMNA, en riesgo 53% y desnutrición 29%. Valorando percentiles pliegue tricipital obesidad 52% y bajo 29%. Según bioimpedanciometría presentaban exceso de grasa 89%, baja masa muscular 47%, obesidad sarcopénica 20%. Edemas 16% y deshidratación 44%. Kappa 0,18 (baja correlación) entre obesidad medida por bioimpedanciometría y antropometría así como IMC. La obesidad sarcopénica se relacionó con bajo SPPB ($p = 0,001$), menor perímetro de pantorrilla ($p = 0,01$), baja dinamometría ($p = 0,005$), vivir en residencia ($p = 0,01$), anemia ($p = 0,01$). La sarcopenia se asoció a presencia de DM ($p = 0,03$), mayor edad ($p = 0,04$), perímetro pantorrilla ($p = 0,007$) y braquial ($p = 0,003$).

El fallecimiento se relacionó con menor peso ($p = 0,02$), edad ($p < 0,001$), MiniMNA ($p = 0,006$), Barthel ($p < 0,001$), Pfeiffer ($p < 0,001$), dinamometría ($p = 0,04$) y CONUT ($p = 0,03$).

Conclusiones: La dinamometría, el perímetro de pantorrilla y SPPB pueden ser herramientas fáciles y accesibles para valorar la obesidad sarcopénica cuando no podemos hacer bioimpedanciometría.

MiniMNA, Barthel, dinamometría, peso y CONUT pueden ser útiles para establecer un pronóstico vital de los pacientes ancianos.

En el futuro valoraremos si las recomendaciones de ejercicio y/o adaptaciones de dieta y/o suplementación han sido útiles y han mejorado el pronóstico vital/funcional de nuestros pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.044>