

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 44,44%, $p < 0,05$), 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%, benzodiazepinas 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. Dinamometría 12. Yesavage 2,4. Gijon 5,6. Antecedentes: HTA 69%, DM 29%, DLP 36%. Polimedicación 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>