OC-032

Variabilidad de la medida de la masa muscular mediante bioimpedancia durante la hospitalización

P. Fernández-Montalbán, J. Albéniz López, E. Sanchez García, E. Rodríguez Espeso, A. Merello de Miguel, L. Hernández Sánchez, A.J. Cruz-Jentoft

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivos: Describir cómo varía la medida de la masa muscular mediante bioimpedanciometría (BIA) durante el periodo de hospitalización en pacientes mayores y cómo les afectan los cambios en la hidratación y la volemia.

Método: Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría durante 8 meses. Se calculó la masa magra mediante BIA (fórmula de Jansen) midiéndola a diario durante los 7 primeros días del ingreso por paciente. Se estudió la variabilidad de dicha medida mediante coeficientes de variabilidad y un análisis multivariante, teniendo en cuenta factores que pudieran afectar a la medida. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, antropométricas, estancia media y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Ingresaron 449 pacientes, de los cuales se incluyeron en el estudio 227 (72% mujeres, edad media 93 ± 4 años). Estancia media 6 ± 4 días. El motivo principal de ingreso fue infección (71%) seguido de ICC (11%) y trastornos hidroelectrolíticos (3%). Mortalidad intrahospitalaria 9%. Más de la mitad estaban malnutridos (54%), el 59% recibieron diuréticos, el 47% presentaron edemas, el 35% portaban sonda vesical y el 26% recibieron tratamiento con sueroterapia.

La masa magra media fue de 16 ± 6 kg, con una variabilidad entre días de 2 ± 6 kg. Las oscilaciones diarias de la masa magra fueron irregulares: entre el 1.er y el 2.° día varió 0,17 ± 5 kg, entre el 2.° y el 3.er día 0,75 ± 12 kg, entre el 3.er y el 4.° día −0,7 ± 4 kg, entre el 4.° y el 5.° día 0,5 ± 5 kg, entre el 5.° y el 6.° día −0,8 ± 5 kg y entre el 6.° y el 7.° día −3 ± 17 kg. No se encontraron diferencias significativas en la variabilidad relacionadas con la presencia de edemas, fiebre, sueroterapia o sonda vesical.

Conclusiones: Los pacientes mayores hospitalizados en geriatría tienen una baja masa magra, con una elevada variabilidad de la medida en función del día de ingreso en que se registre. Esta variabilidad creció a partir del segundo día de ingreso.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.045

OC-033

Adherencia a la nutrición enteral domiciliaria

C. Wanden-Berghe Lozano [a], K. Cheikh Moussa [b], J. Sanz-Valero [c]

[a] *Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*
[b] *Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante, Alicante, España*
[c] *Universidad Miguel Hernandez, Alicante, España*

Introducción: La eficacia de los regímenes terapéuticos depende fundamentalmente de la adecuación de la prescripción médica, de las características del tratamiento y de la adherencia al mismo, sobre todo en las patologías crónicas que precisan un mayor seguimiento para conseguir un mejor pronóstico.

Objetivo: Elaborar un cuestionario que permita evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes con nutrición enteral domiciliaria (NED).

Material y método: Elaboración y validación de un cuestionario para evaluar la adherencia a la NED. Se estudió la fiabilidad y la validez internas, de constructo y la fiabilidad del cuestionario.

Se realizó un estudio de campo de diseño transversal, aplicando el cuestionario desarrollado a pacientes con nutrición enteral en la provincia de Alicante.

Resultados: Se valoró la adherencia con el cuestionario desarrollado con 6 ítems de respuesta dicotómica en escala (0-2: baja; 3-4: moderada; 5-6: alta). El cuestionario mostró una alta validez de contenido, consistencia interna, validez de constructo y estabilidad. Se incluyó un total de 925 pacientes; el 61% eran mujeres con mediana de edad de 80 años (IIQ 87-66). Las enfermedades principales fueron neurológicas 32,4% y oncológicas 20,2%. Los pacientes mostraron mayoritariamente una adherencia media del 54,7% (IC 95%: 51,5-57,9%), alta adherencia la presentaron el 32,6% de los casos (IC 95%: 29,6-35,7%). Se relacionó con el nivel educativo de los pacientes ($p < 0{,}001$) y con residir en centros privados ($p < 0{,}001$). Abandonaron el tratamiento 27,1% pacientes (IC 95%: 24,3-30,0%), siendo mayoritariamente los pertenecientes al grupo oncológico ($p = 0{,}02$). La razón principal del cese del tratamiento fue la suspensión de la financiación: 94 (10,2%).

Conclusiones: Conocer la adherencia al tratamiento es determinante para el resultado terapéutico.

El cuestionario de adherencia nutricional se ha mostrado fiable y útil para obtener la información sobre adherencia al tratamiento nutricional.

Los pacientes con enfermedades crónicas han mostrado una buena adherencia al tratamiento nutricional.

Las restricciones en la prescripción fueron la causa más importante de la interrupción del tratamiento.

Parece necesario planificar el seguimiento de los pacientes para comprobar la adecuación del tratamiento prescrito.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.046

OC-034

Efecto de la suplementación nutricional oral en mayores malnutridos en residencias. Estudio PROT-E-GER

V. Malafarina [a], J.A. Serra Rexach [b], F. Masanes [c], A. Cruz Jentoft [d]

[a] *Hospital de Navarra, Pamplona, España*
[b] *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*
[c] *Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España*
[d] *Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España*

Objetivos: Valorar si el tratamiento con suplementos orales nutricionales (SON) mejora el estado nutricional de los mayores malnutridos en residencias en la práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, multicéntrico, de personas > 65 años que viven en residencias en quienes se inicia tratamiento con un SON hipercalórica hiperproteica (Fortimel Complete) tras el diagnóstico de malnutrición. Se han registrado datos antropométricos (peso, talla e IMC), escalas nutricionales (MNA) y una VGI (Barthel, fuerza de prensión y FAC, MMSE, CIRS-G, GDS y escala FRAIL) al principio del estudio y a las 12 semanas.

Resultados: Han participado 53 residencias, incluyendo 282 residentes (85,4 ± 7,1 años, 67% mujeres). Las variables basales eran IMC 20,2 ± 3 kg/m^2, Barthel 45 (15-70), MMSE 12 (5-20). Ciento ochenta y dos participantes eran frágiles (65%); estos eran mayores (86,2 ± 7 vs 83,4 ± 7; $p = 0{,}002$), más dependientes (Barthel 32

vs 70; p < 0,001) y tenían peor situación cognitiva (MMSE 10 vs 14; p = 0,016).

Tras 12 semanas de tratamiento con SNO en 224 residentes se observa una ganancia media en el IMC de 1,2 ± 0,8 kg/m^2. Solo 20 participantes (9%) presentaron pérdida de peso; estos eran mayores (88,5 ± 4,8 vs 84,5 ± 7 años) y presentaban un IMC basal más alto (22,7 ± 4 vs 19,6 ± 2,6; p < 0,001).

Conclusiones: La suplementación nutricional oral con una fórmula hipercalórica e hiperproteica se asocia con una mejoría del IMC a las 12 semanas en residentes malnutridos en la práctica clínica real.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.047

OC-035

Adecuación de la ingesta teórica de vitamina K en el menú de una residencia

Á. Hernández-Ruiz [a], R. López Mongil [b], E. Guerra-Hernández [a], A. Zapatero Llanos [b], B. Pastor Cuadrado [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: La vitamina K es una de las vitaminas menos estudiadas y más desconocidas. Se conoce su papel en la coagulación y en la salud ósea debido a su papel protector frente a la pérdida ósea relacionada con la edad. Hay evidencias del efecto en la circulación sanguínea, metabolismo de la glucosa, actividad antiinflamatoria y antioxidante. El objetivo del presente estudio es estimar el contenido de vitamina K y sus fuentes dietéticas en el menú de un centro asistencial, así como la posible influencia en el control de pacientes anticoagulados.

Métodos: Se ha estudiado la ingesta de 138 ancianos (52 varones y 86 mujeres), edad media 85,2 años, de un centro asistencial de Valladolid. El estudio dietético se realizó mediante registro de alimentos durante 14 días consecutivos correspondientes al mes de diciembre. El aporte de vitamina K se valoró mediante la estimación de la ingesta teórica de los datos aportados por la tabla de composición de alimentos (Farran et al., 2004) incluida en el programa informático *(Easydiet)*.

Resultados: El aporte medio de vitamina K de los menús fue de 224 ± 128 μg/día, con una gran variación entre días (97-586 μg/día). El contenido del menú de cada semana es idéntico, 225 y 224 μg/día. El contenido de vitamina K del menú es tres veces superior (320%) a las ingestas adecuadas recomendadas por la *European Food Safety Authority* (EFSA) en 2017 (70 μg/día). La principal fuente dietética de vitamina K son las verduras, destacando las de hoja verde (acelgas, espinacas y coles), responsables de los valores más altos de algunos días.

Conclusión: La ingesta dietética de vitamina K es tres veces superior a la ingesta adecuada recomendada por la EFSA, lo que pone en evidencia el alto aporte de alimentos de origen vegetal del menú. Debido a las amplias variaciones entre los días, sería recomendable ajustar el consumo de este tipo de verduras para que la ingesta de esta vitamina fuera similar y evitar posibles interacciones en pacientes que ingieran anticoagulantes.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.048

OC-036

El *Mini Nutritional Assessment* y los síndromes geriátricos. Propuesta de actualización

R. López-Mongil [a], A. Hernández-Ruiz [b], M. Ruiz-Canela [c]

[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] *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra - Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdisNA), Pamplona, España*

Objetivos: El *Mini Nutritional Assessment* (MNA) es probablemente el instrumento de valoración nutricional utilizado con mayor frecuencia en personas mayores. Se trata de un instrumento que ha ido evolucionando, y de hecho su desarrollo se ha realizado en 3 fases. Sin embargo, no se ha estudiado su relación con los síndromes geriátricos ni se ha dado una especial importancia a los componentes dietéticos. En este estudio se propone la modificación de tres variables del MNA en relación a los síndromes geriátricos y otras enfermedades crónicas de alta prevalencia en personas mayores.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica para evaluar los puntos de corte y puntuación utilizados en la variable H (vH) ingesta de medicamentos, variable K (vK) consumo de alimentos proteicos y variable L (vL) consumo de verduras y frutas. Esta modificación se ha realizado con el fin de vincularlas con los principales síndromes geriátricos (polifarmacia, fragilidad, sarcopenia, deterioro cognitivo, depresión y estreñimiento) y con otras enfermedades crónicas de alta prevalencia en geriatría, así como con las recomendaciones dietéticas actuales en España.

Resultados: Se propone aumentar de 3 a 5 el número de fármacos consumidos en la vH ¿toma más de 5 medicamentos al día? (0: sí; 1: no). La vK se modifica según los tipos de alimentos proteicos y se aumenta el número de preguntas de 3 a 5: ¿toma al menos 2 raciones de lácteos diarios?, ¿consume legumbres al menos tres veces en semana?, ¿consume más de 3 huevos en semana?, ¿consume pescado al menos 3 veces en semana? y ¿consume carnes blancas en lugar de carnes rojas o derivados cárnicos? (0: 0-1síes; 0,5: 2-3 síes; 1: 4-5 síes). Con respecto a la vL, se propone aumentar el número de raciones de 2 a 5: ¿consume al menos 5 raciones de verduras y frutas al día? 0: no; 1: sí. Los motivos del cambio se justifican para ajustar a la definición de polifarmacia (vH) la identificación del riesgo de sufrir sarcopenia y/o fragilidad por baja ingesta proteica (vK), la relación con enfermedades mentales debido a una mayor ingesta de compuestos antioxidantes y la reducción del estreñimiento debido al aumento del aporte de fibra (vL). Los nuevos puntos de corte se basan en criterios preestablecidos por la literatura científica que se han relacionado con la disminución de las principales enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Esta versión no supone modificación en la puntuación total.

Conclusiones: Los cambios propuestos suponen una mejora evidente al aproximarnos a 6 síndromes geriátricos y a otras enfermedades crónicas en geriatría, además de la desnutrición. Se necesitan estudios desarrollados en personas mayores que validen el MNA modificado y demuestren su utilidad en la población geriátrica.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.049