

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 $1,2 \pm 0,8 \text{ kg/m}^2$. Solo 20 participantes (9%) presentaron pérdida de peso; estos eran mayores ($88,5 \pm 4,8$ vs $84,5 \pm 7$ años) y presentaban un IMC basal más alto ($22,7 \pm 4$ vs $19,6 \pm 2,6$; $p < 0,001$).

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 $224 \pm 128 \mu\text{g/día}$, con una gran variación entre días ($97\text{--}586 \mu\text{g/día}$). El contenido del menú de cada semana es idéntico, 225 y $224 \mu\text{g/día}$. 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 ($70 \mu\text{g/día}$). 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: 0-1 síes; 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>