Métodos: Se escoge una muestra de 50 pacientes/residentes de la residencia Sanitas Mirasierra en Madrid, con diferente situación patológica, cognitiva, funcional y nutricional. Se aplica la herramienta online Planea para que nos ayude a la valoración integral del estado nutricional y funcional del paciente y ofrezca propuestas de tratamiento nutricional y de actividad física más adecuadas.

Las valoraciones se han realizado utilizando distintas escalas; Timed Get Up and Go Test, Índice de Barthel, Pfeiffer, MNA®, MUST, Registro de ingestas, IMC, teniendo en cuenta los diferentes perfiles de la muestra establecida. Las propuestas finales se comparten de manera multidisciplinar para conseguir una visión integral del paciente.

Resultados: Se valoró el uso de la herramienta Planea en 50 residentes. Se evaluó su estado nutricional y funcional, obteniendo un informe con las recomendaciones nutricionales y plan de actividad física que se compartieron en reuniones multidisciplinares. Tras la aplicación de dichos resultados en nuestros pacientes se puede establecer la utilidad de dicha herramienta aplicada de manera individualizada a cada residente, acorde con su situación física y nutricional.

Conclusiones: Se comprueba que la herramienta Planea es útil para realizar un plan de abordaje nutricional y de actividad física de forma integral a los pacientes, permitiendo un enfoque multidisciplinar, y se puede aplicar al 100% de nuestros residentes.

Es evidente que este estudio puede completarse con residentes de centros de día, proporcionando gran ayuda a sus cuidadores y contribuyendo a una mejor calidad de vida del paciente.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.208

PC-063

Adherencia a la dieta mediterránea y deterioro cognitivo en personas mayores: una revisión sistemática

V. Ortiz Díaz [a], M.L. Moratalla Cebrián [b], N. Torres Andrés [c], M. Adelantado-Renau [d], G. Marín López [e]

[a] *Hospital Perpetuo Socorro, Albacete, Albacete, España*
[b] *SESCAM, Albacete, España*
[c] *UCLM, Albacete, España*
[d] *Universitat Jaume I, Castelló, España*
[e] *Hospital Universitario Almansa, Almansa, Albacete, España*

Objetivos: A pesar de la evidencia científica existente sobre el efecto positivo de los componentes de la dieta mediterránea sobre la función cognitiva en personas mayores, las revisiones sistemáticas sobre este tema son escasas. Por ello, el objetivo de nuestro estudio fue analizar los principales trabajos sobre la influencia de la dieta mediterránea en el deterioro cognitivo y en la demencia en personas mayores.

Métodos: Revisión sistemática de estudios de intervención y de cohortes realizada por dos investigadores independientes en las bases de datos PUBMED y Scopus. Se incluyeron estudios publicados en inglés que analizaran la influencia del consumo de componentes de la dieta mediterránea (p.ej., flavonoides o carotenoides) sobre variables cognitivas en población anciana.

Resultados: Diez artículos cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizados en la revisión sistemática. Los estudios de intervención examinados ponen de manifiesto que el consumo regular de flavonoides durante varios meses podría producir mejoras en las funciones cognitivas de las personas mayores. Los hallazgos reportados por los estudios de cohortes sugieren que el consumo de frutas y verduras está inversamente relacionado con el deterioro cognitivo en población anciana.

Conclusiones: La adherencia a la dieta mediterránea podría actuar como un factor clave en los tratamientos de prevención de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores. El presente trabajo pone de manifiesto la dificultad de diseñar y llevar a cabo estudios de intervención sobre el efecto de la nutrición en el desarrollo del deterioro cognitivo. En consecuencia, futuros estudios de intervención que analicen el efecto de componentes específicos integrados en la dieta mediterránea sobre la función cognitiva en esta población son necesarios para esclarecer posibles beneficios cognitivos de esta dieta.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.209

PC-064

Enfermedad de Parkinson en el anciano y nutrición

V. Ortiz Díaz, A. Delicado Soria, Y. Cantero Carrión, C. Yeste Terol, M.L. Yeste Terol, E. Monteagudo Serrano

Hospital Perpetuo Socorro, Albacete, España

Objetivos: Establecer la importancia de la nutrición en la enfermedad de Parkinson (EP) en la población geriátrica.

Métodos: Revisión bibliográfica de estudios indexados en bases de datos con un índice de calidad relativo, utilizando PubMed para dicha búsqueda. Se han establecido diferentes descriptores de salud, como «Parkinson disease», «Nutrition Therapy», «Parkinson and vitamins» y «Parkinson and proteins». La selección ha sido a partir de una serie de criterios de inclusión y exclusión, seleccionando los artículos relacionados con la nutrición en la enfermedad de Parkinson en la población geriátrica, con los beneficios de complementos nutricionales o con la prevención de la enfermedad.

Resultados: Los resultados obtenidos apoyan que la nutrición no cura la EP, no ralentiza el avance, pero sí influye en la mejora de los síntomas. Se podrían separar dos grupos de nutrientes, unos que se relacionan con el riesgo aumentado de desarrollar EP (productos lácteos, grasas saturadas o hierro) y otros que lo disminuyen (vitamina A, B, C, D, E, flavonoides, cafeína, alcohol, ácidos grasos monoinsaturados [ácido oleico] y poliinsaturados [ácido omega 3]).

Conclusiones: Después de todo el análisis se llega a la conclusión de que la EP tiene numerosos síntomas que pueden potenciar una malnutrición en el paciente geriátrico, por lo que una prevención y una adecuada ingesta de alimentos puede favorecer al enfermo. Las recomendaciones obtenidas son en torno a la distribución de las proteínas de la dieta, a la limitación de las dietas con grasas saturadas y el apoyo a la dieta mediterránea gracias a sus propiedades antioxidantes para la prevención de la enfermedad.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.210

PC-065

¿Cómo son los pacientes muy mayores anticoagulados por fibrilación auricular?

G.E. Olaya Loor, L.A. Hernández Sánchez, J. Albéniz López, E.A. Rodríguez Espeso, B. Montero Errasquín, A.J. Cruz Jentoft

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivos: Describir las características basales de los pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría (UAG) con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) y clasificarlos mediante el Índice Pronóstico Multidimensional (MPI).

Métodos: Estudio descriptivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes ingresados en una UAG de un hospital terciario entre

septiembre de 2017 y febrero de 2018 con diagnóstico de FA. El MPI incluye variables sociodemográficas, funcionales (Katz, Lawton y FAC), nutricionales (MNASF), cognitivas, de riesgo de úlceras por presión, la comorbilidad y el número de fármacos, y permite estratificar a los pacientes según el riesgo de mortalidad: MPI-1 ($\leq$0,33 bajo riesgo), MPI-2 (0,34-0,66 riesgo moderado) y MPI-3 (0,67-1,0 riesgo alto). También se recogieron antecedentes médicos (demencia y GDS), tratamiento anticoagulante previo, complicaciones de anticoagulación, CHA2DS2-VASc y HAS-BLED.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes (69% mujeres, edad media 94 $\pm$ 4 años). Estancia media 7 $\pm$ 5 días. La mitad vivía en domicilio (familiares/cuidadora privada). El 69% tenía demencia (44% grado moderado). El 61% era dependiente para las ABVD y el 94% para las AIVD. FAC 0 en el 29%. El 77% presentaba gran comorbilidad CIRS-CI $\geq$ 3 y tomaba $\geq$ 7 fármacos al ingreso. El 48% presentaba malnutrición y un 32% riesgo alto para el desarrollo de UPP. El 9% de los pacientes se incluyeron en el grupo MPI-1, 28% en MPI-2 y 63% en MPI-3. La mortalidad intrahospitalaria fue del 13%.

El 92% tenía FA crónica y el 8% FA *de novo*. El 79% recibía anticoagulantes: 57% con acenocumarol, 37% con nuevos anticoagulantes y 6% con heparinas de bajo peso molecular. El NACO más frecuente fue apixabán (44%). El 87% presentaban un CHA2DS2-VASc $\geq$ 2 y el 58% HAS-BLED $\geq$ 3. El 10% presentaron complicaciones intrahospitalarias relacionadas con la anticoagulación (hematuria, metrorragia, rectorragia y hemorragia en colostomía). Se suspendió la anticoagulación al 6% por alto riesgo de sangrado y caídas, demencia avanzada o manejo paliativo.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes muy mayores anticoagulados con FA son dependientes, con gran comorbilidad, polifarmacia y demencia. Además, cuando ingresan, más del 60% presentan un riesgo alto de mortalidad calculado mediante el MPI.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.211

PC-066

¿Tienen nuestros residentes niveles inadecuados de hormona D? Y si es así, ¿debemos tratarlos?

M. Gómez Coll, P. García Méndez

Residencia Caser Betharram, Hondarribia, Guipúzcoa, España

Objetivos: Observar la prevalencia de deficiencia de hormona D en nuestros residentes.

Iniciar tratamiento con colecalciferol o calcifediol en un número determinado de residentes viendo si mejoraban sus cifras 25 OH-Vit D.

Observar si los residentes diabéticos e hipertensos mejoraban su perfil glucémico y cifras tensionales.

Métodos: Estudio descriptivo transversal determinando, mediante analíticas realizadas en el periodo marzo de 2017-febrero de 2018, la 25 OH-Vit D de 103 residentes.

Se realizó nuevo control analítico de 25 OH-Vit D a los 2-3 meses de tratamiento a 15 residentes, añadiendo un control Hb glucosilada a 5 residentes diabéticos y controles de PA manual a 5 hipertensos.

Resultados: *25 OH-Vit D obtenidas:* 16 obtuvieron < 5 ng/ml, 40 entre 5-10 ng/ml, 33 entre 10-20 ng/ml, y 14 > 20 ng/ml (12 residentes ya tomaban calcio/vit D y/o calciferol o calcifediol, por lo que en realidad solo 2 residentes obtuvieron cifras > 20 ng).

Concentración media de 25(OH)D3: 8,1 ng/ml (rango < 3-32,8).

Destacar que mejoró de una manera más llamativa en general la 25(OH)D3 de los residentes que tenían cifras más deficientes.

Calcemias obtenidas: el 83% en rango, el 11% en límite bajo y el 6% en límite alto, que eran los que tenían calcio/vit D en su tratamiento y hubo que reducirles dosis.

Concentración media de calcio: 9,28 mg/dl (rango 8,2-10,6).

El 100% de los residentes tratados mejoraron sus cifras de 25(OH)D3: 8 > 30 ng/ml, 6 entre 20-30 ng/ml y 1 entre 15-20 ng/ml.

De los 5 residentes que eran diabéticos, la HbA1C a los 3 meses mejoró en 4 (disminuyó entre 1-1,5%) y precisaron disminución de ADO y/o de insulina.

De los 5 residentes hipertensos, 4 disminuyeron sus cifras tensionales de forma progresiva y en uno hubo que reducir la dosis de antihipertensivo.

Conclusiones: Podemos afirmar que existe una altísima prevalencia de déficit de hormona D en nuestros residentes.

La hipovitaminosis D se corrige en poco tiempo, y si los pacientes mantienen cifras adecuadas de calcemia, parece razonable plantearnos reducir incluso suplementaciones con calcio.

En diabéticos e hipertensos con una comorbilidad evidente sí es posible pautarla de forma temprana.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.212

PC-067

Riesgo anticolinérgico en pacientes mayores institucionalizados, ¿asignatura pendiente?

A. Andújar Mateos [a], J. Andújar Blesa [b], A. Martí Llorca [c], P. Ortiz Sáez [a], M. Pascual Martínez [a], M. Espert Roig [a], M.D.L.A. Cánoves Escolano [a]

[a] *Centro Sociosanitario La Florida, Alicante, España*
[b] *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*
[c] *Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España*

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue obtener una visión general sobre la situación de riesgo anticolinérgico en nuestros usuarios institucionalizados en residencias para personas mayores (RPM) con el fin de detectar áreas de mejora, dada la extensa evidencia sobre sus efectos adversos (EA) a nivel tanto central como periférico.

Métodos: Estudio transversal, observacional, llevado a cabo durante el mes de enero de 2018 en dos RPM.

El riesgo anticolinérgico se midió mediante una escala validada (*Anticholinergic risk scale* [ARS], Rudolph JL y cols) que ha relacionado el uso de fármacos anticolinérgicos con un mayor número de EA como los anteriormente nombrados.

Sujetos: usuarios de las RPM de nuestra zona de influencia, con edad $\geq$ 65 años y en tratamiento con $\geq$ 1 fármaco.

Variables a estudio: proporción de sexos, edad, número de fármacos total, porcentaje de pacientes en tratamiento con algún anticolinérgico y puntuación ARS.

Se realizó una adaptación de la ARS a los fármacos disponibles en nuestra guía farmacoterapéutica: trazodona, selegilina, risperidona, ranitidina, quetiapina, paroxetina, mirtazapina, haloperidol, levodopa/carbidopa (1 punto, riesgo bajo); tolterodina, olanzapina, clozapina, baclofeno (2 puntos, riesgo medio); hidroxizina, clorpromazina, amitriptilina (3 puntos, riesgo alto).

Se excluyeron: fármacos estrictamente puntuales, tópicos, óticos e inhalados.

Resultados: Fueron incluidos todos los pacientes de ambas residencias (154), de los que se excluyeron 6 por razones de edad, obteniendo un total de 148. Ambas cohortes fueron homogéneas en los parámetros de base.