

MESA 12

Área clínica: nutrición

Viernes, 7 de junio, 17.45 horas

Moderadores:

Enrique Santo Medina
Sociedad Murciana de Geriátrica y Gerontología

José Ramón Cuenca Sánchez
Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

49

PÉRDIDA PONDERAL Y SOPORTE NUTRICIONAL EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER

Ferrero López, M. I.; Morón, A. *; Navarro Sanz, R.; Ruiz Royo, C.; Botella Trelis, J. J.

Hospital Dr. Moliner. Consellería de Sanitat. Serra. Valencia (España).

* Asociación de Familiares de Alzheimer.

Introducción: La Enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral degenerativo que afecta a la conducta alimentaria, a la capacidad de comer, al mantenimiento del peso corporal y al estado nutricional del enfermo.

Objetivos: Valorar la alteración del comportamiento alimentario en función de la evolución de la enfermedad y, la influencia de la misma en el mantenimiento del peso corporal, así como el soporte nutricional en el enfermo no institucionalizado.

Metodología: Estudio prospectivo a los enfermos de la Asociación de Alzheimer de Valencia a través de la unidad de respiro y por encuesta postal. Se valoró: edad, sexo, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, GDS, vía de alimentación y pérdida de peso que habían sufrido. Se estudió la relación entre la pérdida ponderal y el grado de demencia, el análisis se realizó con la prueba de chi-cuadrado. Se valoró también el soporte nutricional que seguían estos enfermos, su capacidad para la ingesta, y su posibilidad de masticar y de autoalimentarse.

Resultados: N= 206 de 608 encuestados, 68% mujeres. Edad media = 76 (52-92). El 53% fueron diagnosticados hace más de tres años y el 47% presentan déficit cognitivo grave o muy grave. Comen por vía oral 97%. Se evidenció que 61 enfermos (30%) habían perdido peso y la pérdida de peso era mayor a mayor estadio de la escala GDS ($p < 0,02$). De los enfermos que han perdido peso, 21 (34%) de ellos, toman algún tipo de suplemento nutricional, pero sólo en 5 (23%) ha sido prescrito por el médico. De los que han perdido peso, el 62% conserva la capacidad de masticar, el 64% pueden comer sin ayuda y el 72% es capaz, aún con dificultad, de utilizar los cubiertos.

Conclusiones: Más de la mitad de los enfermos de nuestra muestra presenta un déficit cognitivo grave o muy grave. La pérdida de peso registrada en estos enfermos guarda una relación estadísticamente significativa con la fase clínica de la demencia. Son pocos los enfermos que aún perdiendo peso han recibido soporte nutricional y, en general lo reciben sin un adecuado control médico. A pesar de la pérdida de peso, la mayoría son capaces de masticar y autoalimentarse (incluso usando los cubiertos).

95

VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DIETÉTICO-NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA CON OBESIDAD

Pagán, C.; Pou Soler, C.; Alias, T.; De Antonio, J. A.

Servicio de Medicina Geriátrica, Rehabilitación y Dietética. Residencia geriátrica «Llar dels Ancians». Palma de Mallorca, Illes Balears.

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica relacionada con la mortalidad y factor de riesgo para otras enfermedades, especialmente frecuentes en la población geriátrica.

Objetivo: Valorar la efectividad de un programa de intervención dietético-nutricional en una población geriátrica institucionalizada con obesidad. Numerosos estudios refieren que pérdidas de peso de un 5-10% son beneficiosas para la salud mejorando la calidad de vida del paciente y la comorbilidad asociada a la obesidad. **Tipo de estudio:** De intervención sin asignación aleatoria con diseño antes y después.

Material y métodos: Se valoró el grado de obesidad de 39 sujetos mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), estableciéndose dos grupos según el grado de autonomía para la deambulación medido con la escala de Barthel. El programa, de seis meses de duración, está basado en: dieta hipocalórica personalizada, cambio del estilo de vida, programa de actividad física según grado de tolerancia y mejora de hábitos alimentarios. Posteriormente se evaluó el porcentaje de pérdida de peso.

Resultados: Población intervenida 29 mujeres y 10 varones, edad media de 81,1 años.

Tabla 1. Pérdida ponderal > 10% del peso inicial

	Deambulación	Sin deambulación
Hombres	33%	0%
Mujeres	39%	27%

Un sujeto varón por enfermedad intercurrente e ingreso hospitalario fue excluido del estudio.

Conclusiones: Con un tratamiento dietético individualizado y un programa de actividad física adecuado al grado de tolerancia es posible obtener una reducción del peso corporal y, por tanto, mejorar la calidad de vida y la salud del anciano con obesidad.

Palabras clave: MNA, IMC, obesidad, Escala de Barthel, Población geriátrica institucionalizada.

105

EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA: EVALUACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO

Arellano Pérez, M.; García Caselles, M. P.; Miralles Basseda, R.; Torres Allepuz, R. M.; Vázquez Ibar, O.; Cervera Alemany, A. M.

Servicio de Geriátrica. Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). IMAS. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional en pacientes ingresados en una unidad de convalecencia (UCO) mediante la utilización del MNA, así como analizar los factores que influyen en su mejoría.

Pacientes y método: A todos los pacientes se les realizó una valoración geriátrica. Se efectuó un programa de intervención sobre el estado nutricional sistematizado en 4 etapas: nivel 1 (corregir factores de riesgo), nivel 2 (modificar y/o liberalizar dieta), nivel 3 (suplementos artificiales) y nivel 4 (nutrición enteral).

Resultados: Se realizó el MNA a 118 pacientes ingresados consecutivamente, con el resultado de 9 pacientes (7,6%) con nutrición correcta (MNA $\geq$ 24), 55 (46,6%) con riesgo de desnutrición (MNA 17-23,5) y 54 (45,7%) desnutridos (MNA $<$ 17). De los 54 pacientes considerados desnutridos, a 47 (87%) se les pudo realizar un MNA de control transcurrido un mes; la mayoría presentaron mejoría respecto al previo ($16,5 \pm 2,9$ vs $13,6 \pm 2,3$; $p < 0,001$). En 24 pacientes, esta mejoría supuso el paso a la categoría superior de rango de puntuación del MNA (riesgo de desnutrición). En cuanto a los factores asociados con dicha mejoría, cabe destacar que en estos 24 pacientes hubo 14 (58,3%) en los que se produjo una ganancia 20 puntos de Barthel en dicho período de tiempo, mientras que en el resto (23 pacientes), esta mejoría sólo se presentó en 5 (21,7%) ($p < 0,05$). No se halló diferencia significativa entre mejoría del MNA y edad, sexo, diagnóstico principal, estado cognitivo, depresión, número de fármacos, índice de Norton y comorbilidad (I. Charlson). Al mes de seguimiento, el índice de masa corporal (IMC) y la albúmina en los que habían mejorado el MNA era significativamente superior al resto ($24,2 \pm 5,8$ vs $19,3 \pm 9,4$; $p < 0,05$) ($3,85 \pm 0,46$ vs $3,25 \pm 0,37$; $p < 0,05$). No se halló asociación significativa entre mejoría del MNA, peso, circunferencia braquial, colesterol y nivel de intervención nutricional.

Conclusiones:

1. En el momento de ingreso, aplicando el MNA, el 45,7% de los pacientes estaban desnutridos y el 46,6% presentaban riesgo de desnutrición.
2. La mejoría del MNA al mes de seguimiento estuvo relacionada significativamente con una mejoría en la capacidad funcional, el IMC y la albúmina.

159

FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

García Caselles, M. P.; Arellano Pérez, M.; Miralles Basseda, R.; Torres Allepuz, R.; Vázquez Ibar, O.; Cervera Alemany, A. M.

Servicio de Geriátrica; Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS). IMAS. Barcelona.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de una población de pacientes ingresados en una Unidad de Convalecencia y determinar los factores de riesgo relacionados.

Material y métodos: Se analizaron un total de 167 pacientes. A todos ellos se les efectuó una valoración geriátrica en la que se incluía la evaluación del estado nutricional. Se consideró desnutrición cuando existió alteración en alguno de los siguientes parámetros en el momento del ingreso: albúmina (< 35 g/dl.), colesterol (< 160 mg/dl), índice de masa corporal (IMC) y circunferencia braquial (CB) (< 27 cm de la población de referencia; Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 243).

A todos los pacientes se les analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico principal, comorbilidad, I. de Barthel, I. de Norton, número de fármacos, existencia de proceso agudo reciente, depresión, problemas en masticación/deglución y vómitos/diarrea en las últimas dos semanas.

Resultados: Cuarenta y nueve pacientes (29,3%) se hallaban desnutridos. Los pacientes desnutridos presentaron respecto al resto una edad superior ($80,3 \pm 8,9$ vs $76,7 \pm 10,2$; $p < 0,05$), un I. de Barthel inferior ($29,4 \pm 23,7$ vs $38 \pm 25,4$; $p < 0,05$) y un I. de Norton menor ($14,5 \pm 2,5$ vs $15,4 \pm 2,4$; $p < 0,05$). La distribución por sexos en el grupo de desnutridos fue de 26 hombres y 23 mujeres (53% y 47%, respectivamente) y en el resto de los pacientes fue de 37 hombres y 81 mujeres (31,3% y 68,6%) ($p < 0,01$). En el grupo de desnutridos hubo 45 pacientes (91,8%) con comorbilidad (Charlson = 1), mientras que en el resto éstos fueron 87 (73,7%)

($p < 0,01$). Asimismo, la existencia de un proceso agudo reciente fue más frecuente en el grupo de los desnutridos: 48 (97,9%) vs 100 (84,7%) ($p < 0,05$). No existió asociación significativa con el resto de las variables estudiadas.

Conclusiones:

1. Casi un 30% de los pacientes tenían desnutrición a su ingreso en la unidad.
2. Los factores de riesgo asociados fueron: edad avanzada, sexo varón, deterioro de la capacidad funcional, baja puntuación en el índice de Norton y existencia de proceso agudo reciente.

1013

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

Fraila Casares, L.; López Mongil, R.; Elguero Angulo, J. L.; García García, M.; Mateo Valero, J.; Crespo del Olmo, C.

Unidad Geriátrica. Centro Asistencial «Dr. Villacián». Valladolid.

Objetivos: Conocer el estado nutricional y la capacidad funcional en pacientes que presentan demencia (D) y en pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas (EPC).

Método: Análisis transversal multivariante de una población de 72 ancianos con (D) y EPC, en los que se ha llevado a cabo un estudio clínico funcional, antropométrico, analítico y de estimación de la ingesta individual, el índice de comorbilidad de Charlson y evaluación del estado nutricional con el MNA. El estudio estadístico de estas variables se ha llevado a cabo con el paquete SPSS 10.

Resultados: Edad media: 81,2 años. IMC: 22,2% desnutrición, 41,7% normopeso, 26,4% sobrepeso y 9,7% obesidad. MNA: Buen Estado Nutricional (BEN) un 40,7% de los pacientes con ingesta normal frente a sólo un 7,7% de los ancianos con ayuno y evitación. Tienen BEN el 50% de los mayores con dentadura y el 21,1% de los que padecen anorexia, los ancianos con BEN tienen una CMB de 23,48 cm, los BEN presentan un PCT de 19,36. Respecto al estado funcional: a partir de los 80 años un 61,8% presenta Dependencia grave-total, los ancianos con dependencia ligera-moderada tienen un MNA de 20,6 y los ancianos con dependencia grave o total MNA: 16,8. Valores del índice pronóstico de Charlson: 1,88. Destaca un 80,6% de ancianos con factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones: Los valores que parecen influir más en el estado nutricional han sido los antropométricos seguidos de los funcionales y los analíticos. Los ancianos con (D) tienen mayor dependencia funcional, consumen menor cantidad de frutas y verduras, tienen una deplección moderada-severa del compartimento graso, menores valores de ácido fólico y vit B12 y alteraciones en el comportamiento frente a la ingesta: ayuno evitación y disfagia. La (D) y la (EPC) no se acompañan de alteraciones significativas de los iones Ca. P y Zn.

Incluir la valoración nutricional entre las exploraciones rutinarias del anciano. Pasar trimestralmente y proceder individualmente según el MNA. Dar a los pacientes con anorexia preparados comerciales de nutrición enteral. Conseguir una mejor nutrición con 5 tomas diarias de alimento. Facilitar la hidratación. Evitar restricciones innecesarias que disminuyan la palatabilidad de las comidas (Na). Aportar más calorías en las primeras tomas (desayuno y comida). Evaluar la destreza del anciano en la comida. Convertir el comedor en un taller de psicoestimulación y de rehabilitación, intentando a través de la comida dar más calidad a sus vidas.

1033

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Ruiz Grima, S.*; Vargas Román, M. I.; Azagra Garde, U.; Martínez de la Mata, S.; Marín León, M.; Cordero Carrera, F.;

* Residencia para Personas Mayores. Servicio Regional de Bienestar Social. Colmenar Viejo (Madrid).

Objetivos: 1. Determinar el estado nutricional de los ancianos residentes. 2. Conocer el perfil sociosanitario y su relación con el grado de nutrición.

Método: Estudio descriptivo transversal de una población de 41 ancianos residentes (dependientes e independientes para las AVD). Criterio de inclusión: Todos los pacientes que acuden a consulta durante el mes de febrero de 2002. Criterio de exclusión: pacientes que presenten enfermedad aguda, estancia inferior a 6 meses. Variables: peso, talla, IMC, Pliegue tricipital, circunferencia del brazo y pierna, circunferencia muscular del brazo, hemograma y bioquímica, E. de Barthel, E. de Pfeiffer, Mini Nutricional Assessment (MNA). Procesamiento de los datos: Access y SPSS versión 10.0.

Resultados: De los 41 pacientes valorados el 60,88% fueron mujeres. La edad media fue de 85,41 años (DE 6,42). Rango 73 a 99 años. Estancia media 5,73 años (DE 4,44). El 87,8% viven solos. Siguen una dieta normal el 52,2%. Diabética 19,51%, hiposódica 17,1%, Turmix 7,3% y dislipémica el 4,9%. El consumo medio de fármacos fue de 3,10. El peso medio en hombres fue de 71,40 (DE 10,4) y en mujeres de 57,72 (DE 12,90). Media del IMC fue de 26,66 (DE 4,40), situándose el 36,59% de la población en el intervalo de 20 a 25. El pliegue tricipital medio fue de 18,90 (DE 6,41), para hombres 16,63 y mujeres 20,36. La circunferencia media del brazo fue de 27,32 (DE 8,80). Media de proteínas totales 6,42 (DE 0,509), de albúmina 3,81 (DE 0,576). El I. de Barthel para el percentil 75 se situó en 100 y para la E. de Pfeiffer en 6. El MNA medio fue de 23,09 (DE 4,82).

Conclusiones: Existe un riesgo de malnutrición en la población descrita. Se detecta la existencia de anemia ferropénica en ancianos institucionalizados semejantes a la población geriátrica.

1052

ESTUDIO NUTRICIONAL Y COGNITIVO EN UNA RESIDENCIA MIXTA

Martínez Manzanares, C.; Griera, J. L.; Gil Moreno, J.; Ostos, B.; Garzón, C.; Martínez, E.

Unidad de Investigación Geriátrica. Sevilla.

Objetivos: Valorar el estado nutricional en una Residencia mixta de ancianos.

Material y métodos: La muestra (93 individuos), corresponde a 41 ancianos asistidos (7 varones 34 mujeres) con edad media de 87,22 $\pm$ 6,1 años, talla media de 1,48 $\pm$ 0,07 metros y un peso medio de 58,46 $\pm$ 12,5, y 52 válidos (14 son varones y 38 mujeres), siendo su edad media de 84,56 $\pm$ 6,07 años con una talla media de 1,50 - 0,08 metros y un peso medio de 66,09 $\pm$ 12,09 kg.

En su estudio utilizamos: báscula, tallímetro, cinta métrica clínica, plicómetro. Análisis: Hematíes, hematócrito, hemoglobina, leucocitos totales, neutrófilos, linfocitos totales, glucemia, colesterol total, triglicéridos, urea creatinina proteínas totales, albúmina, ácido fólico y vitamina B12. Determinación de masas grasa, magra y agua corporal.

Valoración geriátrica: Índice de Barthel y Minimental versión de Lobo.

Para la estadística descriptiva estándar, se ha utilizado el programa WINKS versión 4.5 en inglés y el SPSS V. 10 en castellano para Windows.

Resultados: La edad de la población de asistidos es ligeramente superior. La talla no presenta diferencias significativas. El peso presenta una diferencia significativa 58,4 $\pm$ 12,5 kg. en los asistidos y 66 $\pm$ 12 kg. en los válidos y. Los 4 pliegues cutáneos muestran un valor disminuido en los asistidos con una $p < 0,001$. Así mismo en el sumatorio. No hay diferencia en los índices de cintura y cadera. Respecto al porcentaje de grasa corporal total obtenida de la fórmula de Durnin y Womersley, existe mayor cantidad de grasa en los válidos 38,23 respecto a 32,7% de los asistidos ($P < 0,001$).

La escala de Barthel nos muestra que 50 (96,15%) de los válidos se encuentran por encima de los 60 puntos, y sólo dos tienen una dependencia leve, mientras que en los asistidos encontramos 27 personas (65,85%) con déficit funcional total, con menos de 20 puntos, y severo entre 20 y 40 puntos en 3 (7,3%).

Situación mental: en el grupo de válidos, 33 persona (63,46%), se encuentran por encima de 23 puntos considerados como normales, 17 (32,69%) entre 10 y 20, evidenciando un deterioro moderado y solo 2 por debajo de 10 (3,84%) con deterioro grave. En el grupo de los asistidos 22 (53,65%) presentan un deterioro grave con puntuación menor de 10; solo 4 (9,75%) con puntuación normal mayor de 23, y el resto 15 (36,58%) con deterioro moderado y puntuación entre 10 y 23.

Conclusiones: 1. Las personas válidas presentan un buen y mejor estado nutricional que los asistidos, aunque éstos se encuentran en una situación bastante aceptable. 2. Los asistidos tienen un alto grado de deterioro cognitivo.

1053

ESTUDIO MEDIANTE BIOIMPEDANCIOMETRÍA DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN UNA RESIDENCIA MIXTA DE ANCIANOS

Gil Moreno, J.; Griera, J. L.; Martínez Manzanares, C.; Ostos, B.; De la Chica, A.; Martínez Gacio, E.

Unidad de Investigación Geriátrica. Sevilla.

Objetivos: Estudio nutricional en una Residencia Mixta.

Material y métodos: La muestra consta de 93 individuos mayores de los cuales 41 son asistidos y 52 válidos. De ellos 21 son varones y 72 mujeres.

Técnicas: 1. Bioimpedanciómetro marca Omron modelo HBF-300 Body Fat Analyzer y 2. Bioimpedanciómetro marca Bodystat modelo 1.500; plicómetro.

Estadística descriptiva estándar. Se ha utilizado el programa WINKS versión 4.5 en inglés y el SPSS V.10 en castellano para Windows.

Resultados: La grasa corporal obtenida mediante Body stat 1.500 no muestra diferencias significativas entre válidos y asistidos.

La masa magra obtenida con el Body stat 1.500 no muestra diferencias en porcentaje, pero si expresándole en forma de kg. (35 $\pm$ 9 en válidos y 29,8 $\pm$ 6,6 en los asistidos ($P < 0,004$),

El agua corporal medida con el Body stat 1.500 no muestra diferencias cuando se expresa en forma de porcentaje, pero si cuando se expresa en litros, 32 $\pm$ 6 en los válidos y 29 $\pm$ 4 en los asistidos ($P < 0,007$). La cantidad total de agua corporal está disminuida en general, sobre todo en los asistidos que muestran valores de 29 $\pm$ 4 litros, siendo en los válidos de 32,02 $\pm$ 6,2 litros. La población adulta tiene una media de 39 litros.

Los datos obtenidos respecto a la grasa corporal con Omron modelo HBF-300 Body Fat Analyzer, no muestran diferencias.

Encontramos cierta discordancia entre grasa corporal valorada por bioimpedanciometría y pliegues cutáneos (Durnin y Womersley). No hay diferencias entre válidos y asistidos, y sin embargo teniendo en cuenta la disminución de valores en los pliegues cutáneos, si deberíamos tenerla.

Conclusiones: 1. La grasa corporal está aumentada en toda la población (válidos y asistidos). 2. La masa no grasa está disminuida en los asistidos, respecto a los válidos. 3. El agua corporal en litros está disminuida tanto en válidos como en asistidos, respecto a la población de adultos, sobre todo en las mujeres. 4. La diferencia de peso de los asistidos respecto a los válidos, pensamos puede ser debida a la pérdida de agua y masa no grasa. 5. Encontramos cierta discordancia entre los datos obtenidos mediante bioimpedancia y los parámetros antropométricos.

1095

EL PAPEL DE LA ALBÚMINA SÉRICA COMO PREDICTOR DE RESULTADOS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

Serrano Garijo, P.; de Tena Dávila Mata, M. C.

Centro Municipal Geriátrico. Área de Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Objetivo: Se pretende analizar la tasa de albúmina al ingreso en UME, en los pacientes con fracturas, procedentes del hospital de agudos, admitidos para recuperación funcional y su posible relación con los resultados.

Material y método: Se hace un estudio retrospectivo, de casos y controles, sobre 256 pacientes. La incapacidad funcional se determina con Barthel y la mental con la escala de Cruz Roja. Se considera fracaso clínico la necesidad de traslado al hospital de agudos por enfermedad intercurrente o complicaciones y el fallecimiento. El fracaso funcional se produce cuando la incapacidad al alta es mayor o igual que al ingreso. El fracaso social cuando, a pesar de la mejoría funcional, el paciente cambia de domicilio al alta. La aproximación al estado nutricional se hace mediante la determinación de albúmina. El estudio estadístico se hace con SPSS.

Resultados: La albúmina plasmática media fue 3,43 mg/dl, el 55,8% de los pacientes tenía menos de 3,5 mg/dl y el 14,3 menos de 3 mg/dl. Los 16 pacientes dados de alta por enfermedad intercurrente tenían una tasa de albúmina muy baja (3,1, $p=0,008$), no hubo diferencias en el caso de los fallecimientos. De los 235 pacientes que finalizaron el tratamiento, los 22 dados de alta por estabilización tenían una tasa de albúmina al ingreso menor que los dados de alta por mejoría (3,27 frente a 3,47, $p=0,03$). En los dados de alta por mejoría la estancia en UME fue mayor en quienes padecían hipoalbuminemia. No se encontró diferencia en la tasa de albúmina en el grupo dado de alta a otro domicilio o residencia.

Conclusiones: La tasa de albúmina al ingreso en UME influye de manera negativa en los resultados, clínicos y funcionales, así como en los días requeridos para la recuperación.

1120

RELACIÓN ENTRE MARCADORES BIOQUÍMICOS NUTRICIONALES, FUNCIONALIDAD Y ESTANCIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

Sánchez Jurado, P. M.; Estrella Cazalla, J. D.; Maicas Martínez, L.; Luengo Márquez, C.; Romero Rizos, L.; Abizanda Soler, P.

Unidad de Geriatria. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

Objetivos: Analizar si parámetros nutricionales bioquímicos al ingreso en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) se asocian con días de estancia o ganancia funcional durante el ingreso, independientemente de la funcionalidad previa.

Método: 190 pacientes consecutivos dados de alta de la UGA del H. Perpetuo Socorro entre octubre y diciembre del 2001. Se realizó analítica al ingreso con determinación de parámetros bioquímicos nutricionales (albúmina, colesterol y linfocitos). Análisis bivariante y multivariante mediante regresión lineal y múltiple de los datos bioquímicos con la estancia media, la funcionalidad previa al ingreso y la ganancia funcional durante el mismo.

Resultados: 111 mujeres (58,4%) 79 hombres (41,6%). Edad media 83,6 años (DE 6). I. Katz previo, al ingreso y al alta: A-B (34,7%, 22,2%, 21,9%) C-E (28,9%, 21,6%, 21,3%) F-G (36,3%, 56,1%, 56,7%). Colesterol 159,6 (DE 45,3), Albúmina 3,1 (DE 0,5), Linfocitos 1.480 (DE 980). Estancia media 8,03 días (DE 4,7). Demencia previa 50 (28,1%). Diagnósticos al alta 4,2 (DE 1,7). Fármacos al alta 4,7 (DE 2,2). Escala Gijón 4,3 (DE 2,2). Los pacientes con mayor deterioro funcional previo presentaban valores de albúmina (2,7 versus 3,4; dif. medias 0,7 IC 95% 0,5 a 0,9; $p<0,001$), colesterol (147 versus 190; dif. medias 42,7 IC 95% 17,5 a 67,8; $p<0,01$) y linfocitos (1.366 versus 1.692; p NS) inferiores. La albúmina al ingreso presentó una asociación lineal negativa con los días de estancia (B -1,8; IC 95% -0,2 a -3,4; $p<0,05$) y dicha asociación fue independiente del estado funcional previo (B -2,3; IC 95% -0,4 a -4,2; $p<0,05$). El colesterol al ingreso también presentó asociación lineal negativa con los días de estancia, independientemente de la situación funcional previa (B -0,02; IC 95% -0,003 a -0,04 $p<0,05$). Ni los valores de colesterol ni de albúmina se asociaron con mayor ganancia funcional durante el ingreso. Los valores de linfocitos no se asociaron con ninguna de las variables de estudio. Al introducir en el modelo otras variables como el número de diagnósticos y la escala Gijón, sólo la albúmina rozó la significación estadística (B -0,2; $p=0,06$).

Conclusiones: La albúmina y el colesterol al ingreso en una UGA son predictores independientes de estancia media pero no de ganancia o pérdida funcional durante el ingreso. Los valores de parámetros nutricionales bioquímicos son inferiores en pacientes con mayor deterioro funcional previo.