

y causas por las que pacientes con demencia tienen dificultades comiendo que en cuanto a las frecuencias de consumo para una alimentación equilibrada y las medidas de adaptación de los alimentos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.279>

PC-134

Patrones de dieta y su relación con la capacidad funcional



M. Machón^a, M. Mateo-Abad^b, K. Vrotsou^a, X. Zupiria^c, C. Güell^d, L. Rico^a, I. Vergara^a

^a Unidad de Investigación APOSIS Gipuzkoa, Osakidetza, IIS Biodonostia, San Sebastián-Donostia, España

^b Kronikgune, San Sebastián-Donostia, España

^c Centro de Salud Beraun, OSI Donostialdea, Rentería, Gipuzkoa, España

^d Centro de Salud de Alza, OSI Donostialdea, San Sebastián-Donostia, España

Objetivos: El patrón alimentario, más allá de la ingesta de determinados nutrientes, está adquiriendo relevancia creciente, ya que facilita la valoración global de las necesidades y la planificación de intervenciones en este campo. Este trabajo tiene como objetivo describir los patrones alimentarios y su relación con la capacidad funcional mediante el empleo de un instrumento adecuado para su utilización en atención primaria.

Métodos: Estudio transversal de 527 sujetos ≥ 70 años, autónomos y residentes en la comunidad. Se recogieron datos sobre su nivel funcional y la presencia de fragilidad, consumo de alimentos y dieta, medidas antropométricas características socioeconómicas, estado de salud, comorbilidad, farmacia, entre otras. El estudio de consumo y dieta se realizó con una sencilla encuesta adecuada para su uso en atención primaria. Se realizaron análisis de clúster y correspondencias múltiples (ACM) para identificar patrones alimentarios y grupos de individuos de acuerdo a los mismos, a la frecuencia de consumo de alimentos y al cumplimiento de recomendaciones alimentarias para este grupo de edad.

Resultados: Más del 50% de los sujetos tenía sobrepeso o eran obesos, mientras que solo el 3,3% se encontraban en riesgo de malnutrición (según el *Mini Nutritional Assessment*). Los sujetos considerados frágiles ($n = 130$), según el test de Levántate y anda cronometrado (LAC), eran mayores, tenían un menor nivel de educación, eran más obesos y presentaban peor estado de salud (más síntomas depresivos, polifarmacia, caídas, entre otros) y cumplían con menor frecuencia las recomendaciones alimentarias para ese grupo de edad que los sujetos robustos. Más allá de estas medidas descriptivas, mediante ACM se identificaron tres grupos de sujetos: cluster uno ($n = 285$), cluster dos ($n = 194$) y cluster tres ($n = 48$). Estos tres clusters muestran, comenzando por el cluster uno, un gradiente de creciente pérdida de capacidad funcional, mal estado de salud y peor calidad de dieta.

Conclusiones/recomendaciones: Es necesario y posible incluir de forma sistemática el cribado de problemas nutricionales y el abordaje de los mismos en el ámbito de la atención primaria con el fin de abordar de forma integral el cuidado de la capacidad funcional en la población mayor.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.280>

PC-135

Implantación de la valoración nutricional del paciente atendido en la consulta de geriatría



M. Mombriedo Pérez, A. García Cuesta, P. Carrillo García, L. Guardado Fuentes, B. Solas Gómez, P. Gil Gregorio

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivo: Describir el fenotipo nutricional del paciente geriátrico y establecer las variables relacionadas con un mayor riesgo de desnutrición.

Material y métodos: Población: pacientes mayores de 75 años atendidos en las consultas de geriatría de septiembre de 2017 a diciembre de 2017.

Variables: demográficas, funcionales (índices de Barthel y de Lawton), comorbilidad (CIRS-G), valoración cognitiva (MMSE), valoración de depresión: GDS (Test de Yesavage), *Mini Nutritional Assessment* (MNA), medidas antropométricas: peso, talla, IMC, circunferencia de brazo, cintura, cadera y pantorrilla. Velocidad de la marcha. EuroQoL-5D: calidad de vida. Análisis: leucocitos, colesterol, albúmina, calcio.

Estudio descriptivo prospectivo. SPSS v23.

Resultados: $N = 101$. Un 60,4% son mujeres, soltero: 15,8%, casado: 49,5%, viudo: 34,7%. Nivel educativo: ninguno o básico: 70,9%.

Funcionalidad: Barthel 93,5 (DE 12,7), Lawton 5,7 (DE 2,6); comorbilidad (CIRS-G): 6 (DE 3,2); deterioro cognitivo: no 72,3%, leve 19,8% y moderado 7,9%; depresión establecida: 6%.

MNA: normal 82,2%, riesgo de desnutrición 15,8%; malnutrido 2%. Medidas antropométricas: peso 69,3 (DE 11,9), talla 158,5 (DE 7,8), IMC 27,5 (DE 4), circunferencia brazo 27 (DE 4), circunferencia pantorrilla 32 (DE 5,5), circunferencia cadera 104 (DE 10) y circunferencia cintura 89 (DE 8,3).

Velocidad de la marcha (segundos): un 38,7% $\leq 6,20''$ y un 39,6% $\geq 6,20''$.

Análisis: leucocitos: 6,013 (DE 2,2), albúmina 4,16 (DE 0,3), colesterol total 183,45 (DE 39).

Análisis bivariable: no se encontraron diferencias significativas con respecto a edad, sexo, estado civil, nivel educativo y comorbilidad.

La población con deterioro cognitivo, depresión y menor velocidad de marcha tienden a tener riesgo de desnutrición ($p = 0,04$, $p < 0,01$ y $p = 0,01$).

Con respecto a las dimensiones de calidad de vida (movilidad, autocuidado, actividades habituales y ansiedad), se ven afectadas significativamente ($p = 0,02$, $p = 0,01$, $p = 0,003$ y $p = 0,007$).

A nivel antropométrico sí se encontraron diferencias significativas, y a nivel analítico, solo con los valores de leucocitos.

Conclusiones:

- Tras la valoración nutricional por parte de enfermería se detecta población con alto riesgo de desnutrición, que suelen tener un peor estado cognitivo, ánimo depresivo y mayor lentitud de marcha.
- Se evidencia impacto en la calidad de vida en el grupo de desnutridos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.281>