

y Educación para la tercera edad (UNIDE) y la Universidad de la Tercera Edad (UTE) para invitar a la investigación a adultos mayores que realizaran danza como actividad regular.

Criterios de inclusión: que tuvieran 60 años o más; realizar actividad dancística como mínimo desde hace 3 meses, frecuencia de dos sesiones y duración de 150 min. semanalmente.

Criterios de exclusión: alteraciones sensoriales/perceptuales que dificultaran la valoración (visual, auditiva y/o motora), enfermedades neurológicas, alteraciones psiquiátricas, toxicomanías, consumo de fármacos que afectaran al sistema nervioso; actividad física adicional a la danza; indicadores de trastorno neurocognitivo.

Se evaluaron 47 participantes con una breve historia clínica (antecedentes personales, horas de ejercicio, etc.), el test *Montreal Cognitive Assessment* (Nasreddine, 1996) como indicador de trastorno neurocognitivo con punto de corte de ≤ 26 y la escala de depresión geriátrica de Yesavage 30 ítems (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose, 1982) con punto de corte de ≤ 9 . Diez participantes cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra se compuso de 4 mujeres y 6 hombres con una edad de 70 (6,7) años, escolaridad de 15 (3,6) y 4,5 (1,6) horas de actividad semanal. La cognición se evaluó con la batería NEUROPSI Atención y Memoria (Ostrosky, 2012) estandarizada para población mexicana y el nivel de funcionalidad con el índice de Katz (1958) y la escala de Lawton y Brody (1993).

Se llevó a cabo un análisis estadístico no paramétrico determinando el coeficiente de correlación de Spearman para la variable «tiempo dedicado a la actividad» y los distintos dominios cognitivos evaluados con la batería NEUROPSI Atención y Memoria.

Resultados: Se encontró una correlación positiva entre la variable tiempo dedicado a la actividad y retención de dígitos en progresión ($r=0,694$; $p=0,038$).

Conclusiones: Dichos resultados indican que mientras más tiempo dedican los participantes a la actividad dancística mejor rendimiento presentan en las tareas de atención audioverbal, es decir, su span atencional verbal se incrementa.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.276>

PC-131

Prevalencia de amiloidosis por transtirretina (TTR) en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada

R. Ayala Muñoz^a, J. Jaramillo Hidalgo^a, Y. Aranda Rubio^a, R. Toro^b, J. Gómez Pavón^a, M. Ramos Sanchez^a, M. Quezada^a

^a Hospital Central de la Cruz Roja Española - San José y Santa Adela, Madrid, España

^b Hospital Universitario de Cádiz, Cádiz, España

Introducción: La amiloidosis cardíaca (ATTR) es una enfermedad infiltrativa que provoca cambios en la anatomía y fisiología cardíaca detectables inicialmente como hipertrofia del ventrículo izquierdo con disfunción diastólica y posteriormente con insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivo: Determinar la prevalencia ATTR en una muestra de pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP).

Material y métodos: Se incluyó a 53 pacientes ≥ 80 años con criterios ecocardiográficos de septo ≥ 13 mm y dilatación de aurícula izquierda (AI) que acudieron a la consulta de cardiología o ingresaron por ICFEP en el periodo comprendido entre junio de 2016 y enero de 2018. A todos se les realizó una gammagrafía con ^{99m}Tc-DPD. Se consideró positivo cuando se producía una captación de moderada a severa del radiofármaco. Se recogieron variables clí-

nicas, geriátricas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Para el análisis se ha utilizado el programa estadístico SPSS.

Resultados: La edad media fue $86,1 \pm 5,7$ años, siendo un 56,6% mujeres. Un 48,1% fue incluido durante su ingreso hospitalario y un 51,9% en consultas externas de cardiología. El 62,3% estaba en clase funcional NYHA II-III/IV. En cuanto a las comorbilidades, la FA fue la patología concomitante más frecuente. Un 27,5% tenían fibrilación auricular (FA) paroxística y un 39,2% FA permanente, seguido de hipertensión arterial 66%, diabetes mellitus (DM) 37,7%; la historia de un evento cerebrovascular estaba presente en un 15,1%. En cuanto a las características ecocardiográficas, la mediana de la FEVI fue del 60% (RIQ 50-65), el grosor del septo interventricular, de 15 mm (RIQ 13,7-16), y la de la pared posterior, de 14 mm (RIQ 13-16). La mediana del volumen de la AI fue de $44,5 \text{ ml/m}^2$ (RIQ 31,75-57,25).

Conclusiones: La amiloidosis por TTR es una causa frecuente de ICFEP en pacientes ancianos, con una prevalencia del 28,3% ($n=15$). Por las características de esta población y su especial tolerancia a los síntomas, es frecuente que se diagnostique en estadios avanzados.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.277>

PC-133

Conocimientos en nutrición en una muestra de cuidadores (profesionales y no profesionales) de un centro sociosanitario



L. Iglesias, L. Steegman, R. Leon, S. Contrino, S. Soto, R. Santiago, J.C. Bermejo

Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid, España

Objetivo: Analizar los conocimientos sobre nutrición en demencia entre profesionales y no profesionales de un centro sociosanitario en cuanto a: signos y síntomas de malnutrición, causas de las dificultades comiendo, alimentación equilibrada y medidas de adaptación de los alimentos.

Método: Se incluyeron variables sociodemográficas y del estudio en un cuestionario que se repartió a todos los asistentes a las jornadas de bioética organizadas en el centro, que consta de residencia asistida, unidad de cuidados paliativos y centro de formación sociosanitaria.

Resultados: De los 107 asistentes contestaron 52 (tasa de respuesta = 48,6%). De ellos, el 67,3% (35) fueron mujeres, con edad media de 39,73 años (DT = 16,4), trabajando con personas mayores de media 7,2 años (DT = 7,42). La distribución de roles fue auxiliares 32,7% (17), enfermeros/as 7,7% (4), estudiantes 21,2% (11), voluntarios o familiares 13,5% (7) y otros (médico, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social) 25% (13). En su mayoría, el 91,8% (45) creen que su formación en nutrición no es suficiente, el 25% (13) tienen menos de 10 h y el 17,3% (9) más de 10 h, el 50% (26) no tienen.

Respecto al listado de 17 signos y síntomas de malnutrición, todas las respuestas fueron acertadas, con medias entre 3,42 y 4,33 sobre 5. La gran mayoría (más del 80,8%; 42) acertaron las 5 causas por las que se puede tener dificultad comiendo. Respecto a la frecuencia de consumo adecuada fueron correctas las frecuencias medias asignadas a los grupos alimenticios de leche y derivados, carnes, pescados y huevos, dulces y azúcar y líquidos. Las frecuencias de frutas verduras y hortalizas, cereales, legumbres y huevos, grasas y aceites fueron menores que las recomendaciones de la SENC, 2004. Las medidas de adaptación adecuadas al estado del paciente fueron correctas salvo en el caso del uso de jeringas para alimentación.

Conclusiones: Los conocimientos sobre nutrición de profesionales y no profesionales del centro fueron mayores en cuanto a la importancia de signos y síntomas de malnutrición en demencia

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. Análítico: 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% $\geq 6,20''$.

Análítica: 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>