



Pósters

ÁREA CLÍNICA

PC-001. PERFIL DE LOS PACIENTES MUY ANCIANOS EN TRATAMIENTO CON HIPOLIPEMIANTES

J. Marti, K. Leizaola, B. Lasa, A. Zurutuza e I. Frago
Hospital de Zumárraga. Zumárraga.

Objetivos: Conocer la característica de los pacientes mayores de 85 años en tratamiento con hipolipemiantes orales.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes mayores de 85 años atendidos en un servicio Medicina Interna durante un periodo de 12 meses, para analizar el tratamiento e indicaciones de fármacos hipolipemiantes, se han analizado: cuestionarios Barthel y Pfiffer, edad, sexo, comorbilidades, duración de tratamiento hipolipemiente se ha considerado la fecha inicial, la primera vez que aparece en la historia clínica del paciente, tipo de fármaco y motivo de prescripción (prevención primaria o secundaria), valorando perfil lipídico previo al tratamiento y en el momento del ingreso y evolución. Para el análisis de datos se ha utilizado el SPSS 11.5.

Resultados: De 460 pacientes mayores de 85 años ingresados, 95 llevaban tratamiento hipolipemiente (20,6%). 36 eran varones (37,9%) y 59 mujeres (62,1%) con una edad de $88,14 \pm 2,6$ años (85-98). Dependencia moderada severa para las actividades de la vida diaria 43,4% y deterioro cognitivo en 25%. Comorbilidades. HTA 74,7% duración $12 \pm 7,2$ años (2-33 años). Hipercolesterolemia 65,3% duración $10 \pm 5,5$ años (1-33). Diabetes mellitus 49,5% con una duración de la misma de $10,15 \pm 5,8$ años (2-25 años), cardiopatía isquémica 37,9% (antigüedad $10,7 \pm 7,3$ años), rango 1-30 años, ACVA 22% (antigüedad de $9,8 \pm 8,6$) rango 1-38 años. Obesidad 5,3%. Laboratorio: colesterol 160,6 mg/dl, HDL 46,6 mg/dl, LDL 78,2 mg/dl, triglicéridos 109 mg/dl. Se objetivó disminución significativa de todos los niveles de lípidos excepto HDL que prácticamente no se modificó. Los fármacos más empleados fueron atorvastatina 40%, simvastatina 33,7% y pravastatina 12,7. Se emplearon en prevención primaria en un 52,6% y en secundaria en un 47,4%. Eventos cardiovasculares a pesar de la prevención primaria 5,26%, 9 pacientes fallecieron durante el ingreso y a 6 se les suspendió el tratamiento hipolipemiente.

Conclusiones: Amplia utilización de hipolipemiantes en edades extremas y gran variabilidad en las dosis empleadas. A pesar de existir pocos estudios, de su eficacia en este grupo de edad. Los hipolipemiantes deberían evitarse en pacientes frágiles y con deterioro cognitivo. Evitar ageísmo. La prevención secundaria debería ajustarse a las características de los pacientes, evitar tratamientos inadecuados

y polifarmacia sin olvidar las interacciones medicamentosas. Recordar que en el anciano las dosis de estatinas han de ser menores.

PC-002. COMPORTAMIENTO DE LA ALTERACIÓN DE LOS TEST DE FUNCIÓN TIROIDEA EN ANCIANOS A LOS 3, 6 Y 12 MESES TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

A. Muñoz Pascual¹, P. Iglesias Lozano², J.M. Ribera Casado³, M.T. Guerrero Díaz¹, F. Prado Esteban⁴, M.C. Macías Montero⁴ y E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara⁴

¹Hospital General de Segovia. Segovia. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Hospital General de Segovia. Segovia.

Objetivos: Análisis del comportamiento de la disfunción tiroidea no susceptible de tratamiento y del SEE (síndrome eutiroideo enfermo), en ancianos tras el alta hospitalaria por proceso agudo, a largo plazo.

Métodos: Se estudiaron 48 pacientes diagnosticados de disfunción tiroidea subclínica o de SEE durante su ingreso en el Servicio de Geriatria del Hospital General de Segovia, sin normalizarse al mes del alta, siguiéndose en los 3, 6 y 12 meses posteriores. Se cuantificaron las concentraciones séricas de TSH, T4 libre y T3 libre, junto con diversas características clínicas, analíticas, funcionales, mentales y sociales.

Resultados: Se analizaron 48 pacientes con los siguientes diagnósticos al ingreso: 37 (77,1%) pacientes con SEE con T3 baja, 9 (18,7%) con hipotiroidismo subclínico, 1 (2,1%) con hipertiroidismo franco y 1 (2,1%) con hipertiroidismo subclínico. Los únicos que alcanzaron el estado eutiroideo en algún momento del seguimiento fueron los del SEE. Se analizaron 30 (62,4%) mujeres, con edad media de $87,4 \pm 6,3$ años y 18 (37,5%) varones, con edad media de $83,5 \pm 7,8$ años, $p < 0,05$. Se observó aumento en la media de las concentraciones de TSH con el paso de los meses, pero con $p > 0,05$. Se mantuvieron estables las concentraciones de T4, excepto a los 3 meses del alta, donde disminuyeron de forma significativa, $p < 0,05$. Las concentraciones de T3 aumentaron con el paso de los meses, aunque sólo con significación a los 3 meses del alta, $p < 0,01$. Las variables que intervinieron de forma estadísticamente significativa en la normalización de la disfunción tiroidea tras el alta fueron: la edad más joven ($p < 0,05$), las concentraciones de T4 mayores al ingreso ($p < 0,05$), y los pacientes con mejor estado funcional, aunque con $p < ,1$ pero $p > 0,05$.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes con SEE al ingreso hospitalario normalizan esta disfunción a los 3 meses. Normalizan más su función tiroidea a lo largo del tiempo los pacientes con menor edad. La media de las concentraciones de T4 libre al mes del alta hospitalaria es el único factor predictor de normalización a largo plazo.

PC-003. INTERVENCIÓN CON REMINISCENCIA EN PERSONAS CON DEMENCIA

J.C. Meléndez Moral¹, A. Sales Galán¹, T. Mayordomo Rodríguez¹, E. Satorres Pons¹, M. Torres Jordán¹ y M.F. Reyes Rodríguez²
¹Universidad de Valencia. Valencia. ²Universidad El Bosque. Bogotá.

La demencia es un importante problema de salud pública y una de las terapias no farmacológicas que ha demostrado eficacia en este tipo de población es la reminiscencia. La reminiscencia es una intervención psicológica mediante la cual se recuerdan e interpretan los recuerdos específicos de acontecimientos relevantes de su historia pasada a través de una serie de elicitadores. El objetivo de este estudio fue examinar los beneficios de un programa de reminiscencia integrativa en personas con institucionalizadas con demencia. El grupo estaba compuesto por 42 adultos mayores, 23 formaban parte del grupo experimental y 19 eran controles, los cuáles se quedaron en lista de espera para realizar con posterioridad la intervención. La intervención tuvo una duración de 10 sesiones, una semanalmente de 60 minutos. Los resultados mostraron que el grupo de tratamiento mejoró significativamente su sintomatología depresiva, así como 4 de las dimensiones que componen el bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía y dominio del medio ambiente). Como conclusiones puede señalarse que este estudio proporciona apoyo a la eficacia de la terapia de reminiscencia integrativa en la intervención con personas con demencia en las variables personales y emocionales.

PC-004. TALLER DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

V. González Templado, L. Collado Torres y J. Muñoz Jiménez
 Caser Residencial Betharra. Hondarribia.

Introducción: Implantación de un taller de fisioterapia respiratoria en residentes con patología respiratoria crónica, comprobando su eficacia en un período de seis meses.

Objetivos: Observar la eficacia del programa y comprobar si se reducen los traslados hospitalarios y si los procesos son menos severos.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo, con una muestra de ocho participantes con patología respiratoria crónica y una estancia superior a seis meses previa al inicio del estudio. La media de participación ha sido de 32 sesiones por persona desde el 21 de julio al 31 de diciembre de 2014. Los materiales utilizados han sido espirómetros y sillas para realizar los ejercicios. Mediciones: test de la marcha y de calidad de vida (medidas pre y post), porcentajes de asistencia al taller, porcentaje de traslados hospitalarios y fármacos utilizados en los procesos respiratorios agudos.

Resultados: Se comparan los siguientes criterios en los períodos de enero a julio y de agosto a diciembre de 2014: número de traslados hospitalarios: 1 ingreso en el primer período frente a 2 en el segundo. Tratamientos utilizados en procesos agudos: precisaron tratamiento antibiótico (81% en primer período frente a 53% del segundo), oxigenoterapia (9-8%), nebulizaciones (27-8%), reajuste de diuréticos (18%-sin incidencia). Resultados test de la marcha de 6 minutos: no se evidencia mejora en ninguno de los residentes a los que se le ha aplicado la prueba. Resultados Cuestionario de Salud general de Goldberg (GHQ-28): mejora de calidad de vida percibida en un 63% de los participantes.

Conclusiones: En los resultados relativos a los traslados hospitalarios ocurridos en ambos períodos no se han observado diferencias importantes, ni tampoco en los resultados del test de la marcha. Respecto a los tratamientos farmacológicos agudos sí se ha observado una disminución de su administración. La calidad de vida percibida por los participantes ha mejorado de forma notable tras la implantación de este taller. Con estos datos, parece que el taller de fisioterapia respiratoria ha resultado eficaz, al no verse ninguno de los criterios de

medición utilizados afectado de forma negativa, por lo que continuaremos con esta línea de intervención.

PC-005. DIAGNÓSTICO Y PREVALENCIA DE SARCOPENIA: UN ESTUDIO INTERDISCIPLINARIO Y MULTICÉNTRICO CON ADULTOS MAYORES DE CABA Y ÁREA METROPOLITANA, ARGENTINA

J. Nemerovsky, C. Mariñansky, G. Zarebski, M. Leal, C. Carrazana y M. Valerio
 Universidad Maimónides. Buenos Aires.

Introducción: La sarcopenia, pérdida de fuerza y masa muscular en el envejecimiento, constituye uno de los síndromes geriátricos altamente prevalente en la clínica diaria.

Objetivos: Estimar la prevalencia de sarcopenia, en relación con situación funcional, movilidad, situación cognitiva y emocional, y valoración nutricional, en adultos mayores del área metropolitana, Argentina.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal. La muestra es de 82 adultos, mayores de 65 años, no probabilística por voluntarios. Se valoró estado nutricional (IMC) y Mini Nutritional Assessment (MNA), Índice de Masa muscular (IMM) (bioimpedanciometría, InBody 120), Valoración Gerontológica Integral, Estado del ánimo (Yasavage), Fuerza Muscular (Jamar 5030J1), y Factores protectores de envejecimiento patológico (Fapren). Para el análisis de datos se utilizó el SPSS statistics 20.

Resultados: La edad promedio fue $75,37 \pm 6,29$ años. Según el Consenso Europeo 34,1% (n = 28) presentan presarcopenia, 28% (n = 23) sarcopenia y un 4,9% (n = 4) sarcopenia grave. El 54,5% de los sarcopénicos presenta sobrepeso y obesidad mostrando relación significativa entre IMM y el IMC (p: 0,0004). Según el MNA el 20% presenta riesgo de malnutrición y malnutrición. No se encontró relación significativa entre sarcopenia y deterioro cognitivo y depresión. Los factores psíquicos protectores presentan moderado riesgo de envejecimiento patológico (56,4%) sin relación significativa con sarcopenia.

Conclusiones: La población estudiada muestra un alto grado de compromiso muscular con baja repercusión en la funcionalidad. Se observó mayor rendimiento en la escala de Barthel y en la valoración de parámetros funcionales. Es significativa la existencia de obesidad sarcopénica. Sin relación significativo con antecedentes cognitivos y depresión.

PC-006. DÉFICIT DE VITAMINA D EN UNA COHORTE DE PACIENTES MAYORES DE 69 AÑOS CON FRACTURA DE FÉMUR ATENDIDOS EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Castellà Aumedes, E. Duaso Magaña, A. Romero Carles, J.D. Sulbarán Sierra, M. Sandiumenge Escobedo y E. Escalante Campos
 Hospital de Igualada. Igualada.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos respecto el impacto de hipovitaminosis D en pacientes con fractura de fémur proximal atendidos en la Unidad Geriátrica de un Hospital Comarcal y valorar la toma previa de vitamina D en relación a la incidencia de fractura de fémur proximal.

Métodos: Estudio descriptivo en que se determinó el valor de calcio en sangre, y se han recogido variables sociodemográficas (edad, sexo), lugar de procedencia (residencia, domicilio), y la toma previa de vitamina D. Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS modelo 19.0.0.

Resultados: Del 1 de junio de 2010 al 31 de mayo de 2013, hemos determinado la vitamina D en 306 pacientes de forma consecutiva, 80,39% han sido mujeres, 69 pacientes (22,55%) procedían de resi-

dencia y 237 (77,45%) de domicilio. De éstos, el 89,21% presentaban deficiencia grave o moderada de calcidiol (≤ 20 ng/mL) y el 10,79% mostraban los niveles correctos o deficiencia leve, que consideramos no patológicos (> 20 ng/mL). Respecto a la suplementación previa de vitamina D, de 295 pacientes evaluados, el 86,8% no tomaban suplementación de vitamina D, de los cuales el 93,36% presentaban deficiencia grave o moderada de calcidiol y solo el 6,64% tenían los niveles correctos o deficiencia leve. De los pacientes que tomaban suplementos de calcidiol (13,2%), el 61,54% presentaron deficiencia grave o moderada de calcidiol y el 38,46% tenían los niveles no patológicos.

Conclusiones: Se observa mayor déficit de vitamina D en los pacientes no suplementados. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto los niveles de calcidiol según el lugar de procedencia, seguramente debido a que se trata de pacientes que ya han presentado fractura de fémur proximal, por fragilidad ósea. Pocos pacientes presentaban niveles no patológicos de calcidiol, siendo esta relación estadísticamente significativa, y correspondiendo a los pacientes que son más jóvenes y ya recibían suplementación previa con vitamina D. Creemos que la toma previa de vitamina D podría disminuir el riesgo de presentar fractura de fémur proximal.

PC-007. POLIMEDICACIÓN Y YATROGENIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN SERVICIO MÉDICO NO GERIÁTRICO

J.M. Ortega Morente, M.L. Morillo Blanco, P. Martínez Velasco y J.L. González Guerrero

Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres.

Introducción: Se trata de realizar durante una semana, una valoración del uso farmacológico habitual en nuestro medio sobre pacientes ancianos en un servicio médico no geriátrico como espejo de la realidad en otros departamentos, pudiendo comparar y criticar nuestro propio trabajo. Ahora presentamos solo una revisión semanal, se está realizando en conjunto, una comparación entre nuestros servicios.

Objetivos: Comparación y descripción de grupos farmacológicos, interacciones y RAMs en un Servicio Médico No Geriátrico.

Métodos: Revisión de la Historia clínica y entrevista. Seguimiento durante 1 semana aquellos pacientes de edad igual o mayor a 75 años y de perfil geriátrico. Descripción del número de fármacos y grupos farmacológicos al ingreso. Revisión farmacológica con herramientas propias de JARA y UPTODATE. Comparación de análisis previo con las medidas higiénicas y farmacológicas al alta. Se entrevistó a cuidadores y familiares. 13 pacientes seleccionados, 8 cumplían las características que buscábamos.

Resultados: Edades comprendidas entre 75-90 años. No presentaban ni Insuficiencia renal o hepática. Solo 2 pacientes sin interacciones o RAMs. 5/8, tenían prescritas BZD. 3/8 opiáceos. 2/8 consumían AINES regularmente. 3 casos de mala prescripción. 6/8 de los pacientes, presentaban interacciones farmacológicas. A los que se hizo alguna intervención durante el tratamiento presentaron mejoría o cese de la clínica. De 8, 2 pacientes no se le realizó ningún cambio en su tratamiento, y 2 solo parcialmente.

Conclusiones: 2 pacientes no polimedificados. 2/8 pacientes sin interacciones o RAMs. 6/8, presentaban interacción/RAMs; de estos, el 100% tenían más de 5 fármacos. Interacciones y RAMs más frecuentes: Potenciación o efecto aditivo; y alteraciones cognitivas (50%). Las benzodiacepinas son el fármaco inapropiado más frecuente. Seguimiento de opiáceos y AINES. Solo a 2 pacientes se les hizo intervenciones no farmacológicas. 50% al alta se fue con menos fármacos que al ingreso y el 50% restante con igual medicación. Es importante insistir, a vista de los resultados de esta revisión, en la buena práctica para la correcta prescripción de fármacos en el anciano, no solo para nosotros, sino para el resto de compañeros y

servicios, que aunando esfuerzos lograrán una mayor calidad de vida a nuestros pacientes.

PC-008. DESCRIPTIVA DE 3 AÑOS ATENDIENDO AL PACIENTE MAYOR CON FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD ÓSEA EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Duaso Magaña, J. Castellà, M. Sandiumenge, C. Lumbreras, A. Tarrida y C. Escurín

Hospital de Igualada. Igualada.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes mayores de 69 años ingresados por fractura de cadera atendidos en la UGA del Servicio de Geriátría de un Hospital Comarcal en el periodo comprendido entre junio de 2010 y mayo de 2013.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo en el que se han recogido variables demográficas (edad, sexo, estado civil, barreras arquitectónicas), procedencia y destino al alta, funcionalidad previa y al alta valorada con Índice de Barthel (IB), Índice de Lawton (IL) y el Funcional Ambulation Classification (FAC), comorbilidad con el Índice de Charlson (IC), periodo de espera quirúrgico, mortalidad intrahospitalaria y estancia media hospitalaria. Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS modelo 19.0.0.

Resultados: Del 1 de junio del 2010 al 31 de mayo del 2013 hemos atendido 371 pacientes de forma consecutiva, 297 eran mujeres (81,1%) con una media de edad de 84,69 (DE $\pm 6,1$) años. De ellos 135 eran viudos, 66 casados, 21 solteros y 3 separados. Procedían de domicilio 273 (34,4%) pacientes, 89 (11,2%) de residencia y 9 (1,1%) de sociosanitario. Tenían barreras arquitectónicas en domicilio 93 (41,3%) pacientes. Describimos las características biopsicofuncionales de los pacientes y los resultados asistenciales: I.L. previo 2,74 (DE $\pm 3,26$); I.B. previo 73,01 (DE $\pm 28,86$); FAC previo 4,16 (DE $\pm 1,37$); IC2,41 (DE $\pm 2,37$); periodo pre-IQ 1,86 (DE $\pm 1,192$); mortalidad hospitalaria 5 (1,3%); estancia media 5,90 ($\pm 2,59$); alta domicilio 133 (36,9%); alta residencia 84 (23,3%); alta sociosanitario 143 (39,7%); I.B. alta 27,76 ($\pm 18,1$); FAC alta 1,1 ($\pm 1,3$).

Conclusiones: El perfil del paciente tipo, con fractura de cadera, atendido de forma multidisciplinar en una UGA por un equipo interdisciplinar, se corresponde a una señora de 84,6 años, viuda, que procede de domicilio sin barreras arquitectónicas, con un IL de 2,74 y el IB de 73,01, con un FAC previo de 4,16 y una comorbilidad 2,41. Su estancia media en el hospital es de 5,9 días, habiendo sido intervenida quirúrgicamente antes de las 48 horas y siendo dada de alta a su lugar de procedencia con un IB de 27,76 y un FAC de 1,1.

PC-009. ¿DE QUÉ MUEREN LOS PACIENTES MAYORES QUE SUFREN UN DELIRIUM DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN?

M.C. Pérez Panizo, M.I. Porrás Guerra, M.N. Gómez González, M.A. Alonso de la Torre López y J.M. Mostaza

Complejo Asistencial de León. León.

Introducción: Según el Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte, después los tumores y las enfermedades respiratorias. Por sexo, los tumores son la primera causa en varones, en mujeres las enfermedades del sistema circulatorio. Por edad, entre 75 - 79 años los tumores; mayores de 79 años las enfermedades circulatorias. Mortalidad más elevada en Principado de Asturias, Castilla León, y Galicia, territorios más envejecidos y las enfermedades del sistema circulatorio la principal causa de muerte.

Objetivos: Determinar la causa de muerte de una muestra de pacientes mayores ingresados en Medicina Interna que sufrieron un cuadro de Delirium durante su hospitalización.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo sobre una muestra de ambos sexos, mayores de 75 años y que presentaron un cuadro de delirium durante la hospitalización. Determinamos causa del ingreso y de fallecimiento. Relacionamos causas de muerte por sexo y grupos de edad. Variables sexo, edad, estancia media, causa de ingreso, presencia de tumores, exitus y causa final de muerte.

Resultados: Durante el seguimiento (dos meses) un 10% de ingresados ($n = 78$) presentó delirium, 48,7% varones, el resto, mujeres. La edad media 86,6 años. La estancia media: 10,5 días. Falleció el 12,8% de la muestra, 60% mujeres y 40% varones. La edad media de los fallecidos 85,6 años, con menor edad las mujeres, media 80,7 años. El motivo de ingreso más frecuente el multicausal (25,6%), insuficiencia cardiaca (17,9%), síndrome confusional agudo (12,3%) y la infección respiratoria (10,2%). Causa de muerte más frecuente en global la cardio-vascular (40%), después la patología respiratoria y la sepsis (20%). Por sexos los varones mueren por patología cardiaca (50%), respiratoria, coma hiperosmolar y shock hipovolémico con igual porcentaje, (17%). Las mujeres fallecen por sepsis (50%), insuficiencia cardiaca y patología respiratoria (25%). Un 21,8% presentaba alguna neoplasia, hematológicas las más frecuentes.

Conclusiones: La causa cardiovascular sigue siendo la principal causa de muerte en la muestra en global. Separada la muestra por sexos, si hay diferencias respecto a la causa de la muerte, los varones fallecen por patología cardiovascular y las mujeres más por causa infecciosa. Mueren más mujeres y de menor edad.

PC-010. CAUSAS DE DELIRIUM EN UNA MUESTRA DE PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS

M.C. Pérez Panizo, M.I. Porras Guerra, M.N. Gómez González, M.A. Alonso de la Torre López y J.M. Mostaza
Complejo Asistencial de León. León.

Introducción: El *delirium* es un trastorno neuropsiquiátrico que cursa con una disfunción cerebral reversible que aparece de forma aguda, presenta una clínica variable y cursa de forma fluctuante. Se ha asociado a retraso en la recuperación del paciente, a una mayor estancia hospitalaria con incremento del coste sanitario y con aumento de la mortalidad. Su causa es multifactorial y son muchos los factores que pueden desencadenarlo. Si conocemos la causa y tenemos en cuenta los factores que pueden contribuir a padecerlo, podríamos actuar sobre ellos y evitar su aparición y sus consecuencias.

Objetivos: Determinar la causa desencadenante de *delirium* en una muestra de pacientes mayores hospitalizados.

Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo en una muestra de pacientes geriátricos que presentaron un cuadro de *delirium* documentado en su evolutivo, durante el ingreso hospitalario. Como variables: sexo, edad, motivo de ingreso, estancia media, tipos de *delirium*, día de aparición, tiempo de duración y tratamiento del mismo. Tiempo de seguimiento: dos meses.

Resultados: De los mayores de 75 años ingresados en los dos meses de seguimiento en Medicina Interna, un 10% ($n = 78$) presentó *delirium*, 48,7% eran varones, el resto mujeres. La edad media era 86,6 años y la estancia hospitalaria de 10,5 días. El motivo de ingreso más frecuente fue multicausal (25,6%), seguido de insuficiencia cardiaca (17,9%) y la infección respiratoria (10,2%). El tipo de *delirium* más frecuente el hiperactivo y se presentó, sobre todo durante el primer día de ingreso, siendo dos días su duración media. Causa más común de *delirium* la infecciosa, 30,8%, la multifactorial 26,9% y la insuficiencia respiratoria 15,4%. Se trataron el 68,7% de ellos; 55,1% con tratamiento farmacológico y el 23,1% con tratamiento sintomático. Ningún paciente recibió tratamiento preventivo del mismo.

Conclusiones: El *delirium* es una complicación frecuente durante la hospitalización sobre todo en población mayor. El tipo hiperactivo es el más frecuente, más en varones, al inicio del ingreso y de corta

duración. Un porcentaje alto de pacientes no recibe tratamiento, sobre todo mujeres. A pesar de conocer las causas y sus desencadenantes no se toman las medidas preventivas adecuadas para evitar su aparición.

PC-011. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

J. Alaba Trueba, C. Martins, A. Matos, V. Faria, B. Andía y E. Canchi
Centro Gerontológico Txara 1. San Sebastián.

Objetivos: Analizar la prevalencia, riesgos cardioembólicos y hemorrágicos, así como el manejo terapéutico de la FA en población geriátrica institucionalizada.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de período, recogiendo los datos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 de los residentes del Centro gerontológico Txara1. Para el diagnóstico de FA se utiliza el registro ECG, estableciendo el riesgo cardioembólico y hemorrágico con las herramientas CHADS2 y HASBLED. Se analiza el tratamiento cronotrópico y antitrombótico, así como ciertos factores modificadores como pueden ser la tensión arterial, labilidad INR, uso concomitante de otros medicamentos que pueden incrementar el riesgo de sangrado y el cálculo del filtrado glomerular por el método de Cockcroft y Gault.

Resultados: El tamaño muestral es de 148 residentes con una edad media de 84 años, siendo el 25% varones, un 46% con índice Barthel < 40 , un 70% con MEC < 20 y una media de 5,88 medicamentos. La prevalencia de FA hallada es del 22,9%, con una edad media de 87 años y un mayor porcentaje de hombres. La media del CHADS2 es de $3,25 \pm 1,01$ y del HASBLED de $3 \pm 0,88$. El promedio de TA es de 120/70, la media de medicamentos de $7 \pm 1,75$, siendo el CI cr < 30 ml/min en un 15%. Para control de la Fc en un 55% de los residentes con FA, principalmente con digoxina o bisoprolol (32%) y en un menor porcentaje con diltiacem (8%), el manejo antitrombótico en un 47% con anticoagulantes (44% NACO) y otro 47% antiagregantes principalmente AAS. 7 residentes se indica rotación a NACO por labilidad INR según método Rosenthal y TRT. El coeficiente de correlación entre el CHADS2 y el HASBLED es de 0,739.

Conclusiones: Los residentes con FA son más añosos, de género masculino, mayor comorbilidad, con un riesgo cardioembólico y hemorrágico alto. Es importante conocer aquellos factores modificadores como un adecuado control de la tensión arterial, monitorizar la labilidad del INR y conocer los medicamentos concomitantes que pueden incrementar el riesgo hemorrágico.

PC-012. ERRORES DE CONCILIACIÓN EN TRASLADOS HOSPITALARIOS DESDE UN CENTRO GERONTOLÓGICO

J. Alaba Trueba, C. Martins, A. Matos, V. Faria, B. Andía y E. Canchi
Centro Gerontológico Txara 1. San Sebastián.

Objetivos: Valorar los errores de conciliación producidos en pacientes institucionalizados al ser trasladados al hospital de referencia, con un informe actualizado de la terapia farmacológica, al ser una fuente relevante de reacciones adversas a medicamentos prevenibles.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de período, recogiendo los datos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014 de los residentes del Centro gerontológico Txara 1 en San Sebastián. Se analizan todos los traslados al servicio de urgencias y aquellos ingresos hospitalarios, comparando la información de los informes médicos con la enviada desde el centro, en caso de discrepancias se registra como errores de conciliación.

Resultados: El tamaño muestral es de 148 residentes con una edad media de 84 años, siendo el 25% varones, un 46% con índice Barthel < 40 , un 70% con MEC < 20 y una media de 5,88 medicamentos. La tasa de derivación hospitalaria en un año es del 44,5%, en un 33% al servicio de urgencias (principalmente por causas traumatológicas)

y un 67% quedan ingresados (por descompensaciones cardiorespiratorias). La edad media es de 87 años, un 29% varones, un 27% con Barthel < 40 y un 58% con MEC < 20, con una media de 6,41 medicamentos. Se producen errores de conciliación en un 53% de los traslados, principalmente con alteraciones de la dosis (35%), seguidos de omisiones de medicamentos prescritos (21%) o bien añadiendo fármacos (29%). Las estancias en servicios médicos son de 4,45 días (paciente crónico) a 7,07 (Medicina Interna) y de 8,63 en cirugía.

Conclusiones: Los errores de conciliación son un importante problema de salud pública, siendo un factor de riesgo relevante en la seguridad farmacológica de los pacientes geriátricos, debiendo determinarse las consecuencias de los mismos. La pérdida de trazabilidad en el conocimiento real de la prescripción de pacientes vulnerables, especialmente si se dispone de dicha información es un error prevenible, que debe hacer reflexionar en unificar los sistemas de historia clínica electrónica en beneficio de los pacientes.

PC-013. ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL FINAL DE LA VIDA Y SU RELACIÓN CON LA DISMINUCIÓN DE TRASLADOS HOSPITALARIOS Y DECESOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Etayo Ibáñez, P.M. Benimeli Pastor y M. Salvador Sánchez-Marco Novaire Alicante Condomina. Alicante.

Objetivos: El número de usuarios de nuestro centro ha aumentado progresivamente hasta un 97% de ocupación (137 usuarios). Su grado de dependencia también ha aumentado, siendo aproximadamente 17% de dependencia grave y 32,39% de dependencia total. El objetivo de este trabajo es plasmar la mejora de calidad asistencial al final de la vida y su relación con la disminución de traslados hospitalarios y decesos en el centro. El modelo de atención que ofertamos está basado en una atención centrada en la persona; por tanto nuestras prioridades son evitar en lo posibles traslados, ingresos hospitalarios y problemas derivados: -Delirium, UPP, infección nosocomial, sobrecarga cuidador. Para evitar estos trastornos se ha realizado: Mejora de la formación de nuestro personal a todos los niveles. Revisión y actualización de los protocolos de actuación internos. Mejor coordinación con el Hospital de referencia y los servicios implicados. Proporcionar intimidad familiar, apoyo psicológico y terapia paliativa, respetando los principios de autonomía y no maleficencia para que el desenlace se produzca en la que ha sido "su casa".

Métodos: Muestra: usuarios del centro. Análisis observacional retrospectivo del 2008 al 2014. Variables del estudio: derivaciones hospital, exitus total, exitus hospital, exitus centro, ocupación centro, grado dependencia.

Resultados: Figura 1: Histograma mostrando la disminución en un 43% de traslados. Figura 2: Histograma con la evolución de la ocupación del centro en aumento (media 135,2, muestra homogénea). Figura 3: Diagrama mostrando las curvas de exitus (total/hospital/centro): disminución de exitus totales/hospital y aumento en centro. Figura 4: Histograma con la evolución del grado de dependencia. Incremento en tiempo.

Conclusiones: 1. La ocupación y demanda de nuestro servicio ha aumentado, así como el grado de dependencia de los usuarios. 2. Disminución del número de traslados al hospital hasta en un 43% en 2014, esto implica un beneficio y menor trastorno para el usuario y su familia. Ahorro de tiempo cuidador/familiar. 3. Ahorro de recursos al sistema sanitario evitando desplazamientos, ingresos y sus complicaciones. 4. Los fallecimientos/año han disminuido progresivamente, a pesar de que los niveles de ocupación y dependencia han ido en aumento. 5. El trabajo en los centros ha aumentado cuantitativamente y cualitativamente.

PC-014. PREDICIENDO ESTANCIA HOSPITALARIA Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

P. López Pardo, B. Perdomo Ramírez, P. Saavedra García, M. de la Puente Martín, A. Socorro García, J. Baztán Cortés e I. Ruipérez Cantera

Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar factores asociados a estancia hospitalaria prolongada, y su relación con la mortalidad durante el ingreso y a los 6 meses posthospitalización.

Métodos: Estudio longitudinal de pacientes que ingresaron en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos durante el año 2009. Los pacientes se categorizaron en función de la estancia hospitalaria (dividiendo en cuartiles y agrupando las estancias intermedias, estudiando finalmente estancias ≤ 5 días, de 6-12 días, y > 12 días). Como variables se analizaron: edad, sexo, causa de ingreso (GRDs), comorbilidad (Í. Charlson), institucionalización previa, situación funcional (Cruz Roja Física e Índice de Barthel), pérdida funcional al ingreso (IBP-IBI); pérdida funcional porcentual al ingreso $[(IBP-IBI) \times 100/IBP]$; situación mental previa (Cruz Roja Mental), fallecimientos durante el ingreso, variables analíticas al ingreso (hemoglobina, creatinina y filtrado glomerular), variables nutricionales al ingreso (albúmina, colesterol, linfocitos). Posteriormente se realizó un análisis multivariante de regresión de Cox ajustando el riesgo de presentar estancia hospitalaria > 12 días por variables significativas en el análisis univariante. Finalmente ajustamos el riesgo de mortalidad a los 6 meses postalta en estancias hospitalarias prolongadas mediante un nuevo análisis de regresión de Cox.

Resultados: Se estudiaron 1317 pacientes, edad media $86,6 \pm 6,7$ años (65,8% mujeres). La mortalidad intrahospitalaria fue del 10,4%. El 26% estuvo hospitalizado < 5 días, el 50,1% de 6-12 días y el 23,8% > 12 días. El motivo de ingreso más frecuente en los pacientes con estancia prolongada fue el Ictus (31,9%). En el análisis multivariante, los niveles de albúmina, el índice de Barthel al ingreso y el diagnóstico de ictus resultaron estadísticamente significativos para estancia hospitalaria prolongada. El riesgo no ajustado de mortalidad a los 6 meses fue: HR = 1,64 (IC95%: 1,19-2,28, $p = 0,03$) para 6-12 días y de 2,57 (IC95%: 1,82-3,64, $p = 0,000$) para estancia > 12 días. En el análisis multivariante ajustado, los resultados fueron de HR = 1,07 (IC95%: 0,76-1,64, $p = 0,73$) para estancia 6-12 días y HR = 1,88 (IC95%: 1,21-2,92, $p = 0,005$) para estancia hospitalaria > 12 días.

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes con peor situación funcional y albúmina al ingreso y diagnóstico de ictus presentaron un riesgo aumentado de estancia hospitalaria prolongada. Ésta supone, así mismo, un factor de riesgo independiente de mortalidad a los 6 meses posthospitalización.

PC-015. INFLUENCIA DE LAS CIFRAS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA HBA1C CON ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO

J.M. Luján Rico¹, P. Mompean Torrecillas¹, I. Martínez Pérez², J.M. Luján Ortega³, A. Cantillo⁴ y P. Sánchez Hervas¹

¹Servicio Murciano de Salud. Murcia. ²Psicogeriátrico Virgen del Valle.

³Psicogeriátrico Virgen del Valle. Murcia. ⁴Psiquiátrico Raimundo Muñoz. Murcia.

Introducción: El pie diabético, se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas y vasculopatía periférica en las extremidades inferiores. El control de la diabetes y la glucemia puede ser un predictor que ayude a mejorar la cura de úlceras derivadas de esta dolencia.

Objetivos: Valorar si existe relación entre la aparición de úlceras en los miembros inferiores y las cifras de HbA1c.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica, en las que se buscó literatura científica de los años 2009 a 2014 en bases de datos, tanto nacionales como internacionales, en las que se utilizaron los tesauros de "hemoglobin A glycosylated o hemoglobina glicosilada",

“ulcer o úlceras” y “diabetic foot o pie diabético”. Seleccionándose 5 estudios de cohortes y 1 metaanálisis acerca de esta temática.

Resultados: Tres estudios asociaron el tener cifras bajas de HbA1c con menor tiempo de curación de las úlceras o eventos vasculares. Otro estudio demostró que por cada 1% que aumentaban las cifras de HbA1c, disminuían de 0,028-0,030 cm el área de curación de las heridas. Mientras otro estudio relacionó una mayor reulceración en pacientes con cifras de HbA1c > 7,5%. Nos encontramos también un estudio de María Martín Fuentes et al. Que no relacionó las cifras de HbA1c con la aparición de eventos vasculares.

Conclusiones: Cuatro estudios relacionaron las cifras de HbA1c con la curación de las heridas. Las cifras elevadas de HbA1c se relacionaron con un mayor tiempo de curación de la herida y una recuperación más lenta de las úlceras. Hubo un resultado contradictorio, en otro estudio que no relacionó la aparición de eventos vasculares con cifras elevadas de HbA1c. Pacientes con HbA1c > 7,5% presentaron más reulceración de heridas.

PC-016. INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA HOSPITALIZADA Y LA APLICACIÓN DEL SCORE PRONÓSTICO 3C-HF

F.L. Hünicken, A. Muñoz Pascual, A.B. Sow, M.C. Macías, F. Prado Esteban, M.T. Guerrero y E. Ridruejo
Hospital de Segovia. Segovia.

Introducción: El score 3C-HF un predictor de mortalidad anual en insuficiencia cardíaca.

Objetivos: Aplicación del score pronóstico 3C-HF sobre anciano hospitalizado con insuficiencia cardíaca avanzada.

Métodos: Se estudiaron pacientes mayores de 75 años con insuficiencia cardíaca grado III-IV, ingresados en la UGA, desde julio del 2011 a julio del 2012, con seguimiento de la mortalidad al año de la inclusión. Se recogieron datos clínicos, situación funcional, mental, comorbilidad y pauta de tratamientos y se les aplicó el score.

Resultados: Se analizaron 62 pacientes, 44 (71%) mujeres y 18 (29%) varones, con edad media de $88,4 \pm 5,2$ años, sin diferencias significativas entre sexos, $p > ,05$. Estancia hospitalaria de $12,2 \pm 11,5$ días. El 59,7% eran hipertensos, el 53,2% fibrilación auricular crónica, 19,4% enfermedad valvular severa, 8,1% diabetes complicada, 41,9% anemia. El 92% presentaban FEVI > 45%. El 64,5% presentó clase funcional NYHA III y el 35,5% NYHA IV. La media según la Escala de la Cruz Roja fue, funcional $3 \pm 1,2$ y mental $1,3 \pm 1,5$. Utilizaban B-Bloqueantes previos al ingreso el 17,7% y al alta el 19,4%. La utilización de IECA/ARA II fue del 32,3% y al alta de 32,3%. Presentaron creatininas medias de $1,4 \pm 0,52$ mg/dl y de $11,5 \pm 1,8$ g/dl de hemoglobina. La media para la muestra completa del Score 3C-HF fue de $41,2 \pm 17,6\%$, de fallecer en el siguiente año. A lo largo del seguimiento de un año fallecieron el 74,2% de la muestra. Los pacientes fallecidos a lo largo del año tras la hospitalización presentaban un Score 3C-HF de $42,3 \pm 18,7\%$, y los que permanecen vivos de $38,1 \pm 14,0\%$, sin encontrarse significación estadística, $p > 0,05$. Se encontró significación en cuanto al deterioro funcional al ingreso, con $p < 0,01$, deterioro cognitivo con $p < 0,05$ y ausencia de tratamiento con IECA/ARA II con $p < 0,05$, todos ellos disminuyendo la supervivencia al año.

Conclusiones: En nuestra muestra el score 3C-HF no es un buen predictor de mortalidad. El mejor predictor de mortalidad continúa siendo la valoración psico-funcional. Aumentando la supervivencia de nuestra muestra el inicio o mantenimiento de los fármacos con IECAS o ARAII.

PC-017. EVALUACIÓN DEL USO DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA Y ESTIMACIÓN INDIRECTA DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

B. Pedrón García¹, H. Fariñas², P. Moyano², E. Peñas-Lledo³ y A. Llerena²

¹Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres. ²Centro de Investigación Clínica del Área de Badajoz (CICAB). Badajoz.

³Universidad de Extremadura. Badajoz.

Introducción: En Europa el rápido envejecimiento poblacional puede condicionar un aumento en el número de casos de enfermedades neurodegenerativas entre ellas la enfermedad de Alzheimer (EA). Disponer de métodos rápidos y sencillos que ayuden a estimar los datos de prevalencia puede ser de gran ayuda para conocer la magnitud del problema en un determinado grupo de población. Los Estudios de Utilización de Medicamentos son una herramienta metodológica que aporta información epidemiológica cuando existe una indicación precisa, como es el caso de la EA.

Objetivos: Estimar la evolución del consumo de fármacos antidecencia e indirectamente determinar la prevalencia de EA en la población de la Comunidad Autónoma de Extremadura durante los periodos 2003-2012 mediante un análisis farmacoeconómico.

Métodos: Se analiza la evolución del consumo comunitario de fármacos anticolinesterásicos (N06DA) y memantina (N06DX01) en la Comunidad de Extremadura entre los periodos 2003-2012 a través de las ventas totales facturadas al Sistema Extremeño de Salud (SES). La estimación indirecta de la prevalencia de EA se calculó a partir de las DHD ($DDD \times día \times 1.000$ habitantes).

Resultados y conclusiones: Existe un predominio en el uso de donepezilo aunque su uso disminuye a medida que se consolida el uso de la memantina. Existe un incremento acumulado del consumo en 2012 con respecto al 2003, en el conjunto de fármacos antidecencia, de casi un 185%. La prevalencia estimada de EA fue de 1,742/1.000 habitantes en 2003 hasta 4,963/1.000 habitantes en 2012.

PC-018. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SÍNDROME METABÓLICO

J.M. Luján Ortega¹, J.M. Luján Rico², P. Mompean Torrecillas², A. Cantillo Montero³, I. Martínez Pérez¹ y P. Sánchez Hervás²

¹Psicogeriátrico Virgen del Valle. IMAS. Murcia. ²Servicio Murciano de Salud. Murcia. ³Psiquiátrico Raimundo Muñoz. Murcia.

Introducción: El síndrome metabólico es un cúmulo de anomalías metabólicas que se presentan de forma secuencial o simultánea, aceleran el desarrollo y la progresión de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, e incrementan el riesgo de enfermedad cerebrovascular y de diabetes mellitus. Los signos principales del síndrome incluyen obesidad central, hipertrigliceridemia, disminución del colesterol de lipoproteínas de alta densidad, hiperglucemia e hipertensión. La epidemiología y los datos estadísticos respecto al tema difieren según el tipo de población estudiada, los criterios clínicos utilizados para diagnosticarlo y las edades de los pacientes, teniendo los pacientes ancianos un mayor riesgo de alteraciones metabólicas.

Objetivos: Exponer los principales criterios metabólicos utilizados y publicados por la Organización Mundial de la salud, la American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), National Cholesterol Education Program (NCEP), el National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) y la Federación Internacional de la diabetes (FID) sobre los diferentes criterios acerca del diagnóstico de síndrome metabólico.

Métodos: Se realiza una revisión bibliográfica en las principales revistas científicas y libros de alto impacto sobre los criterios diagnósticos de este síndrome metabólico.

Resultados: Existen diferentes y variados criterios a la hora de diagnosticar el síndrome metabólico, dependiendo de las organizaciones médicas y científicas estudiadas y analizadas. Son similares las cifras de presión sanguínea y glucemia en ayuno, en la mayoría de los estudios. Sin embargo a la hora de valorar el perímetro abdominal, existe una amplia variabilidad de criterios según las organizaciones o grupos de estudio analizados.

Conclusiones: La elevada prevalencia de síndrome metabólico, fue del 31% en el mayor estudio realizado en España, hace que sea fundamental consensuar y conocer los principales criterios diagnósticos a la hora de detectar este síndrome y adoptar las medidas oportunas para reducir los riesgos que de él se derivan.

PC-019. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS. PROYECTO PILOTO

S. Plaza Rivera, N.E. Casero Peinado, L. Palazón Valcárcel, E. Gómez Jiménez, R. Ceres Martínez, A. Avendaño Céspedes y J.L. Oliver Carbonell
Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Determinar si una intervención de enfermería disminuye la prevalencia, incidencia, gravedad y duración del delirium en ancianos hospitalizados.

Métodos: Ensayo clínico ciego aleatorizado (estudio piloto), sobre 50 pacientes hospitalizados en una Unidad Geriátrica de Agudos. La intervención multicomponente consistió en registrar los principales factores de riesgo del delirium y posteriormente una actividad encaminada a disminuir la presencia de estos síntomas. La incidencia, duración y severidad de los síntomas del delirium fueron registrados durante la estancia hospitalaria en ambos grupos (Control GC = 29; Intervención GI = 21). La presencia de delirium se determinó mediante la escala CAM y la severidad por la DRS.

Resultados: La edad media fue 86,5 (48% mujeres). 21 participantes presentaron delirium en algún momento durante el ingreso (14 del GC y 7 del GI). 35 pacientes presentaron delirium incidente durante el ingreso. Los participantes del GI presentaron menos delirium durante todo el ingreso (33,3% vs 48,3%), menos delirium sin contar el primer día de ingreso (23,8% vs 48,3%), y menor delirium incidente durante el ingreso (14,3% vs 41,4%; $p < 0,05$). Con respecto a los pacientes confusos al ingreso, en los del GI se detectó una menor tasa de delirium mantenido (50% vs 100%). La media de duración del delirium fue 2,9 días. La duración del delirium en los pacientes fue 3,4 vs 1,7 días. La severidad media del delirium durante el ingreso (suma de la escala DRS) fue 55,0, y la severidad media por día confuso fue 19,4. Los pacientes del GI presentaron menor DRS total que el GC (35,0 vs 65; $p < 0,05$), pero mayor DRS medio por día confuso (21,1 vs 18,6. NS). Igualmente, cuando no se tuvo en cuenta el primer día, los pacientes del GI presentaron menor DRS total, pero mayor media por día confuso que el GC (40,8 vs 59,9 y 20,1 vs 18,8), ambos sin significación.

Conclusiones: Una intervención multicomponente de enfermería reduce la prevalencia, incidencia y duración del delirium cuando se compara con la práctica habitual (tendencia positiva).

PC-020. FACTORES ASOCIADOS EN EL DELIRIUM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

N.E. Casero Peinado, S. Plaza Rivera, L. Palazón Valcárcel, R. Ceres Martínez, E. Gómez Martínez, A. Avendaño Céspedes y J.L. Oliver Carbonell
Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Conocer los factores asociados en el delirium en pacientes hospitalizados en la unidad de agudos de geriatría.

Métodos: Ensayo clínico aleatorio con un tamaño muestral de 50 pacientes hospitalizados (estudio piloto). Se realizó un registro de los principales factores de riesgo del delirium (dolor, insomnio, psicofármacos, inmovilidad, estado nutricional, grado de consciencia, déficit sensorial, eliminación e hipoxia) y posteriormente una actividad encaminada a disminuir la presencia de estos síntomas. Se recogieron las variables de exitus, uso de contenciones y toma de psicofármacos.

Resultados: Edad media 86,5 (DE 5,5, rango 75-96), 48% mujeres. La mortalidad fue mayor en los pacientes con delirium al ingreso (14,6%

vs 33,3%; NS), con delirium en algún momento del ingreso (3,4% vs 38,1%; $p < 0,01$) y con delirium incidente (8,6% vs 40,0%; $p < 0,01$). Sin embargo la mortalidad no se vio alterada por la intervención (GC 17,2% vs GI 19,0%). La estancia media hospitalaria fue de 7,4 días. Con respecto a los participantes con delirium, la estancia hospitalaria fue más larga en los pacientes con delirium en la muestra global (7,1 vs 7,7; NS) y con delirium incidente (6,2 vs 10,2; $p < 0,01$). Los pacientes del GI precisaron menos medidas de contención física que los del GC (9,5% vs 17,2%; NS), menos participantes precisaron neurolépticos durante el ingreso (33,3% vs 48,3%; NS), sin claras diferencias en el empleo de benzodiazepinas durante el ingreso (42,9% vs 41,4%; NS).

Conclusiones: En nuestro estudio no se ha observado una relación significativa entre la intervención y la mortalidad. Los pacientes con delirium presentaron una estancia media más elevada aunque sin significancia. Por otro lado, la intervención demostró una disminución del uso de medidas de contención física y de psicofármacos. A pesar que los resultados no son concluyentes sí muestran una tendencia positiva, que lleva a plantearnos la necesidad de realizar estudios más amplios.

PC-021. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE: INDICACIÓN E IMPEDIMENTOS EN POBLACIÓN CON DEMENCIA

A. Caba Rubio¹, M. Cabello Herranz¹ y S. Angulo Díaz-Parreño²
¹Centro Integrado Municipal Jazmín. Madrid. ²Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Objetivos: Analizar y describir a la población susceptible de participar en un programa de entrenamiento multicomponente entre los usuarios de un centro de día especializado en demencias, así como analizar la validez de las escalas o test de medición, y determinar los impedimentos encontrados para la realización de las pruebas y toma de datos.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo en el que se analiza la relación entre las distintas pruebas funcionales para la elaboración de un programa de entrenamiento. Se toma una muestra de 19 sujetos, edad media: 81.37 desv. tip.:6.13. Se define la fragilidad según los criterios de Fried (depresión, sedentarismo, pérdida de peso, velocidad de marcha y debilidad muscular), para calcular la intensidad del ejercicio, se aplicaron el Test 6' marcha, el nº de repeticiones máximas y la Escala de Borg. Se evaluaron variables independientes: edad, género, GDS, FC y Sat O₂. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS 20.

Resultados: Atendiendo a la condición de fragilidad, la muestra se distribuye: 31% no frágil, 37% pre frágil, 32% frágil. La media de la frecuencia cardiaca basal es de 75 ppm, y 92,74 ppm a los dos minutos antes de finalizar el Test 6'marcha. La velocidad media en el Test 6' marcha: 0,904 m/s, considerándose indicador de fragilidad una velocidad < 1 m/s. Se observa relación significativa entre la debilidad muscular y la distancia recorrida en el Test 6' marcha. Prueba de Mann-Whitney $p = 0,044$. Se experimentan dificultades en la aplicación de los test para graduar la intensidad del ejercicio en la muestra.

Conclusiones: La debilidad muscular, medida como la fuerza de prensión en mano dominante, se confirma como predictor de fragilidad. Se hace necesario el desarrollo de pruebas y test funcionales, adaptados a personas con deterioro cognitivo. Atendiendo a los criterios de fragilidad, un programa de entrenamiento multicomponente, estaría indicado para la población estudiada.

PC-022. ¿SOLO ES UNA MIASTENIA?

M.L. Morillo Blanco, J.M. Ortega Morente, P. Martínez Velasco, A. Barragán Prieto, P.E. Jiménez Caballero e I. Casado Naranjo
Complejo Hospitalario. Cáceres.

Objetivos: Describir el caso de una paciente anciana con miastenia gravis y cáncer de mama; analizando la asociación entre ambos procesos.

Métodos: Paciente de 74 años con HTA, diabetes, trombosis retiniana e independiente para sus actividades básicas de la vida diaria. Estudiada en Neurología por sospecha de miastenia gravis, al presentar ptosis palpebral bilateral, alteración en la voz y disfagia. En la exploración neurológica no se objetivan otros déficits. Se le realiza analítica general con marcadores tumorales y anticuerpos frente a acetilcolina, siendo estos últimos positivos e iniciándose tratamiento con mestinón y corticoides orales, con mejoría. Se solicita TAC de tórax para descartar timoma asociado, que no se objetiva; como hallazgo casual se informa de masa sólida a nivel de axila izquierda con contornos definidos y homogénea. La punción de lesión se informa como carcinoma infiltrante de mama. La paciente es derivada para tratamiento y seguimiento a Oncología Médica, con diagnóstico de carcinoma mamario y miastenia gravis paraneoplásica.

Resultados: La miastenia gravis es una entidad de mecanismo autoinmune caracterizada por debilidad y fatigabilidad de la musculatura, pudiendo presentar distintas formas: ocular, bulbar o generalizada. Esto es debido a la presencia de anticuerpos (anti-acetilcolina, anti-Musk) que actúan en la membrana postsináptica de la unión neuromuscular-en el receptor para acetilcolina o proteínas relacionadas con dicho receptor.-El diagnóstico se basa en la clínica, apoyado en el estudio de anticuerpos y neurofisiológico (con estimulación repetitiva). Se deben realizar pruebas de imagen para descartar timoma, en cuyo caso se denomina miastenia gravis paraneoplásica. Aunque sólo asociada a esta entidad se denomina así, también se ha relacionado con neoplasias hematológicas (linfomas Hodgkin), tiroides, pulmón y mama. La patogenia de esta asociación es desconocida.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia del estudio de imagen en pacientes con miastenia gravis para valorar la coexistencia de neoplasias, que de otra forma permanecerían sin diagnóstico hasta fases más avanzadas; más aún en personas mayores, cuya clínica es más inespecífica. No debemos olvidar la asociación- cuyo mecanismo patogénico no está esclarecido- de esta entidad con procesos neoplásicos.

PC-023. LA DISFAGIA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO EN DEMENCIAS: ABORDAJE INTEGRAL

S. Rubio Martín¹, I. Das Castro¹, A. Pérez-Mínguez Gómez-Cuétara¹, S. Angulo Díaz-Parreño², A. Caba Rubio¹ y M. Cabello Herranz¹

¹Centro Integrado Municipal Jazmín. Madrid. ²Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Objetivos: Analizar la prevalencia de disfagia relacionando los factores que influyen en ella, y describir su manejo multidisciplinar en población con deterioro cognitivo de un centro especializado en demencias.

Métodos: Estudio trasversal y descriptivo; en una población de 55 residentes, de los cuales el 80% son mujeres, edad media: 82,49 desv. tip.: 7,99; en el que se analiza la prevalencia de la disfagia como síndrome geriátrico y su relación con distintas variables independientes tales como GDS, IMC y la edad. Se tiene en cuenta el nivel de dependencia y el tipo de dieta pautado. Para categorizar la situación de disfagia se aplican la escala eat -10 (Eating Assessment Tool-10) y el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Se aplica la escala Mini Nutritional Assessment (MNA). Para el análisis de los datos se emplea el paquete estadístico SPSS 20. Se desestiman los datos de los usuarios portadores de sonda para nutrición.

Resultados: La dependencia total en alimentación alcanza el 65,5%. Se detectó disfagia en un 56,4% de la muestra. Para determinar la relación entre variables numéricas se realiza análisis basado en el coeficiente de correlación Rho de Spearman, y para establecer la relación entre variables cualitativas con 3 grupos, se aplica la prueba de Kruskal-Wallis. Para el análisis de relaciones paramétricas se utiliza la t de Student. Se observan correlaciones significativas entre: GDS y Eat-10, rho = -0,731, p < 0,05; entre GDS y tipo de dieta, al igual que entre Eat-10 y MECV-V, obteniéndose un p < 0,05. No se establece

relación de las variables edad y MNA con el Eat-10, con p > 0,05. El 76% de la muestra presenta dificultad para tragar pastillas según el EAT-10, siendo éste el ítem más prevalente.

Conclusiones: En la población estudiada se muestra el deterioro cognitivo como factor más predisponente de disfagia. En un abordaje integral de la disfagia, sería de utilidad combinar un adecuado cribaje diagnóstico con medidas higiénico-dietéticas y tratamiento con terapia ocupacional. En contra de lo esperado, no se objetiva la relación entre el riesgo de malnutrición y la disfagia.

PC-024. DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS AL INGRESO Y A LOS 3 MESES

C.P. Saavedra García, M. de la Puente Martín, P. López Pardo, B. Perdomo Ramírez, A. Socorro García, J.J. Baztán Cortés

e I. Ruipérez Cantera

Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar los valores de la función renal al ingreso mediante la ecuación MDRD en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y determinar su asociación como factor de mortalidad intrahospitalaria y a los 3 meses del alta.

Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes que ingresaron durante 2009. Se categorizó a los pacientes en tres grupos según función renal medida por MDRD al ingreso (MDRD < 30, MDRD 30-60, MDRD > 60 ml/min). Se analizaron variables al ingreso sociodemográficas (edad, sexo, convivencia), clínicas (Í. Charlson) analíticas (albúmina, creatinina), funcionales (Í. Barthel previo y pérdida funcional al ingreso) y presencia de deterioro cognitivo previo (CRM ≥ 2) Como variable resultado se analizaron mortalidad durante el ingreso y a los 3 meses del alta, según registro en el Índice Nacional de Defunciones del Ministerio de Sanidad.

Resultados: Se estudiaron 1.287 pacientes, edad media de 86,81 (± 6,6) años, 65,9% mujeres. Presentaban al ingreso MDRD < 30 ml/min, 122 pacientes (9,5%); MDRD 30-60 ml/min, 425 (33%) y MDRD > 60 ml/min, 740 (57,5%). En el análisis univariante, la edad, el sexo (mujer), mayor pérdida funcional al ingreso, presencia de deterioro cognitivo previo y niveles menores de albúmina, se asociaron a peor función renal medida por el MDRD. Fallecieron durante el ingreso el 12,3% con MDRD < 30 ml/min, el 11,8% de los pacientes con MDRD 30-60 ml/min y el 8,1% de los que tenían MDRD > 60 ml/min p = 0,07). A los tres meses fallecieron el 32%, 27,1% y 24,7% respectivamente (p = 0,21). En el análisis multivariante un MDRD al ingreso < 30 ml/min se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria (HR crudo: 1,477, IC95% 1,015-2,150, p = 0,04) manteniendo la significación cuando se ajustó por edad, sexo, pérdida funcional al ingreso, situación mental y parámetros nutricionales (HR: 1,97; IC95% 1,14-3,40, p = 0,01). El MDRD < 30 ml/min no se asoció a aumento de mortalidad a los tres meses.

Conclusiones: Presentar deterioro grave de la función renal al ingreso en una UGA se asocia de forma independiente a mortalidad intrahospitalaria.

PC-025. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA A LOS 6 MESES Y AL AÑO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

M. de la Puente Martín, P. López Pardo, B. Perdomo Ramírez, P. Saavedra García, A. Socorro García, J.J. Baztán Cortés

e I. Ruipérez Cantera

Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Valorar la capacidad predictiva de mortalidad intrahospitalaria y al alta de diferentes variables clínicas y funcionales en

pacientes ancianos que ingresan en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) por patología médica.

Métodos: Estudio longitudinal de todos los pacientes ingresados en una UGA durante el año 2009. Se analizó el riesgo de mortalidad de variables clínicas (Índice de comorbilidad de Charlson (IC_h); Índice pronóstico de Walter), funcionales (Índice de Barthel (IB) previo categorizado y la pérdida funcional porcentual al ingreso y alta), y mentales (deterioro cognitivo previo medido como Escala de Cruz Roja Mental (CRM) ≥ 2). El resultado analizado fue la mortalidad durante el ingreso, a los 6 meses y al año del alta hospitalaria. Se elaboró una curva ROC para cada una de las variables basales, calculando el área bajo la curva (ABC) con su IC95%.

Resultados: Se analizaron 1147 pacientes (65,9% mujeres), con edad media de 86 años, con alta comorbilidad (48% con IC_h > 3), deterioro funcional grave previo al ingreso (IB < 40: 29,6%) y alta prevalencia de deterioro cognitivo (45,7% CRM ≥ 2). Fueron aceptables predictores de mortalidad intrahospitalaria tanto la situación funcional basal medida con Índice de Barthel (ABC: 0,69, IC: 0,73-0,64), como el deterioro funcional porcentual al ingreso (ABC: 0,73, IC: 0,80-0,66) y el Índice de Walter (ABC: 0,72, IC: 0,77-0,67). Dichas variables también se correlacionaban con la mortalidad a los seis meses (Índice de Barthel previo ABC: 0,68, IC: 0,71-0,65; Porcentaje de pérdida funcional al ingreso ABC: 0,70, IC: 0,74-0,67; Índice de Walter ABC: 0,67, IC: 0,71-0,62) y al año del alta hospitalaria (Índice de Barthel previo categorizado ABC: 0,67, IC: 0,71-0,64; Porcentaje de pérdida funcional al ingreso ABC: 0,68, IC: 0,71-0,64; Índice de Walter ABC: 0,70, IC: 0,73-0,67). El porcentaje de pérdida funcional al alta también se asoció con la mortalidad a los 6 meses (porcentaje pérdida funcional al alta: ABC: 0,64, IC: 0,70-0,59) y al año (porcentaje pérdida funcional al alta: ABC: 0,63, IC: 0,67-0,59).

Conclusiones: La situación funcional previa y al ingreso medida por el Índice de Barthel presenta una capacidad predictiva similar a la del índice de Walter evitando parámetros analíticos invasivos.

PC-026. ¿LOS PACIENTES CON DEMENCIA PUEDEN CONDUCIR?

L. Bajo Peñas, M.T. Romero y J. Espauella
Hospital de la Santa Creu. Vic.

Objetivos: Cada vez son más los pacientes que conducen en el momento del diagnóstico de demencia, y a menudo recae en el equipo asistencial la responsabilidad de aconsejar la no conducción. En el presente estudio analizamos como se operativiza la no conducción y las dificultades percibidas por paciente y familia.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes evaluados durante 2 años en la consulta externa de Evaluación de Trastornos Cognitivos del Hospital de la Santa Creu de Vic, que en el momento del diagnóstico de demencia estaban conduciendo. Se registraron datos generales y funcionales de los pacientes, y de forma demorada se realizó un cuestionario a los familiares.

Resultados: Se recogieron 40 pacientes (20% de pacientes diagnosticados de demencia) con edad media de 77,6 años, 87,5% varones, con diagnóstico en el 89% de casos de demencia tipo Alzheimer. El 60% se encontraban en fase inicial de demencia, 12,5% fase inicial-moderada y 27,5% fase moderada. Todos los pacientes eran autónomos para ABVD y mantenían un promedio de 2 AIVD. En el seguimiento longitudinal al año, en el 71% de casos se había producido el cese de la conducción. En el 42% de éstos, la familia consideró que la gestión de cese de conducción fue complicada y en el 58% que fue fácil. En el 58% de casos, el enfermo no aceptó la decisión, mientras que fue aceptada en el 42% de enfermos.

Conclusiones: En nuestra consulta encontramos un 20% de pacientes conductores activos en el momento del diagnóstico de demencia. La mayoría corresponden a varones con demencia tipo Alzheimer en fase inicial. Se observa al año de seguimiento que un 29% sigue conduciendo. En esta fase la decisión de la no conducción debe ser individualizada atendiendo, no solamente al estadiaje de la demencia,

sino a múltiples factores. Quedan múltiples aspectos a resolver, y trabajo coordinado entre los diferentes actores implicados, para determinar el mejor momento y la mejor manera de operativizar el cese de la conducción en este grupo de pacientes.

PC-027. FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE CUADRO CONFUSIONAL EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

E. García Gómez¹, B. Alvira Rasal¹, S. Mansilla Laguía², F. Soria Perdomo¹, G. Megías Baeza¹ y J. Velasco García-Cuevas¹
¹Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid. ²Hospital La Fuenfría. Cercedilla. Madrid.

Objetivos: Analizar factores de riesgo para el desarrollo de síndrome confusional en pacientes ingresados por fractura de cadera.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Criterios de inclusión: fractura de cadera y edad mayor de 65 años. Se realiza VGI donde se recoge: sexo, edad, situación funcional (Barthel), comorbilidad (Charlson), valoración nutricional (MNA y parámetros analíticos como colesterol, albúmina y linfocitos) y desarrollo de cuadro confusional en algún momento del ingreso (CAM). La asociación entre variables cualitativas fue analizada mediante chi cuadrado y la asociación entre edad y variables cualitativas mediante t de Student; se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 61 pacientes. Edad media 83,1 años. Sexo: mujeres 82%. Discapacidad: 36% autónomo, 32% discapacidad moderada, 23% discapacidad severa, 8% totalmente dependientes. Comorbilidad: 28% presentaron alta comorbilidad. Malnutrición: presente en 21%; en riesgo 57%. Síndrome confusional: presente en el 41%. La malnutrición se asoció a una mayor edad de los pacientes (84,1 vs 79,2 años); igual ocurrió entre malnutrición y comorbilidad, siendo más alta en los pacientes con peor estado nutricional ($p = 0,016$); se observó asociación significativa entre malnutrición y desarrollo de delirium ($p = 0,03$).

Conclusiones: La aparición de delirium en pacientes ingresados por fractura de cadera es altamente frecuente; su presencia se asocia con mayor deterioro funcional, con gran importancia en evolución postoperatoria posterior; además en estos pacientes hay alta incidencia de malnutrición que condiciona ingresos hospitalarios más prolongados, mayor número de complicaciones, caídas, peor recuperación funcional y mayores tasas de mortalidad; un bajo IMC se asocia con más frecuencia a desarrollo de síndrome confusional agudo. Se recomienda la realización de valoración geriátrica íntegra de manera que, entre otros datos, incluya una valoración nutricional y nos permita identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar delirium para implementar las medidas necesarias.

PC-028. EVALUACIÓN FUNCIONAL Y PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERA NO INTERVENIDOS

A.B. Sow, M.T. Guerrero Díaz, F.L. Hunicken, A. Muñoz Pascua, E. Ridruejo de la Cámara, M. Macías Montero y F. Prado Esteban
Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción: Algunos ancianos que sufren una fractura de cadera son tratados de forma conservadora dado que su situación basal y/o comorbilidad supone un alto riesgo quirúrgico. El propósito de este estudio es describir la evolución funcional y psicosocial de los pacientes ingresados con fractura de cadera no intervenidos en el año 2013. Para ello se han clasificado según datos socio-demográfico y estado basal al ingreso y al alta.

Métodos: Durante el año 2013 ingresaron en nuestro centro, 227 pacientes mayores de 75 años por fractura de cadera. Se seleccionaron 28 ancianos que no fueron intervenidos excluyéndose 4 pacientes que se trasladaron a otros centros. Se obtuvieron datos referentes a variables demográficas (edad y sexo), situación basal funcional y mental evaluada mediante la escala de la Cruz Roja (CRF y CRM res-

pectivamente), situación social y tipo de fractura. Al año se contactó telefónicamente con los pacientes y/o familiares obteniéndose información de su situación funcional, mental y social así como datos de ingresos hospitalarios y mortalidad.

Resultados: El 11,01% (25 pacientes) de los mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera en 2013 no fueron operados. 15 de ellos presentaban una fractura pertrocantéreas. El 62,96% eran mujeres con una edad media de 86,07 años. Respecto a su situación previa al ingreso, un 80% tenían una CRF ≥ 3 y un 60% un CRM ≥ 4 . El 64% vivían en residencia. Durante el año de seguimiento ingresaron en el hospital un 16,6% (4 pacientes) y un 56% (14 pacientes) había fallecido. Los 9 pacientes que quedan vivos 7 tienen una CRF actual ≈ 4 .

Conclusiones: El tratamiento conservador de la fractura de cadera en el anciano conlleva un gran impacto funcional y una alta mortalidad en estos pacientes.

PC-029. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA, PRECOZ Y TARDÍA ASOCIADA A ANEMIA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

B. Perdomo Ramírez, C.P. Saavedra, M. de la Puente, P. López, A. Socorro, J.J. Baztán e I. Ruipérez

Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar la relación entre anemia y la mortalidad intrahospitalaria, al mes y al año del alta en pacientes que ingresan en una UGA por patología médica aguda.

Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes que ingresaron en la UGA del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid durante 2009. Se agruparon los pacientes según los valores de Hb al ingreso, en < 10 g/dl, 10-12 g/dl y > 12 g/dl. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo e institucionalización previa), clínicas (Í. Charlson), funcionales (Í. Barthel previo y al alta, CRF previo y al alta, pérdida funcional al ingreso) y mentales (Escala Mental de Cruz Roja previo) y analíticas (albúmina, creatinina, urea, vitamina B12, ferritina). Como variable resultado, se analizó la mortalidad durante el ingreso, al mes, y al año, según el registro del Índice Nacional de Defunciones del Ministerio de Sanidad.

Resultados: Se estudiaron 1.258 pacientes, con edad media de 86,83 años (DE: $\pm 6,64$), (65,9% mujeres, 20,1% institucionalizados). Los pacientes con cifras de hemoglobina < 10 g/dl presentaban mayor comorbilidad y peor situación funcional previa y al alta. Asociándose también a cifras más bajas de albúmina y más elevadas de urea. La mortalidad intrahospitalaria fue similar en los 3 grupos (11,5%, 10% y 8,3% en Hb < 10 , de 10-12 y > 12 mg/dl respectivamente, $p = 0,39$). La mortalidad aumentó en el grupo de Hb < 10 mg/dl al mes y al año del alta. En el análisis de supervivencia una Hb < 10 mg/dl se asociaba a mayor mortalidad al mes (HR = 1,68; IC95% = 1,17-2,45) y al año (HR = 1,51; IC95% = 1,03-2,22), riesgo que tras ajustar por edad, sexo, comorbilidad, situación funcional, albúmina y función renal, persistía al mes (HR = 1,82; IC95% = 1,00-3,32) pero no al año del alta hospitalaria (HR = 1,24; IC95% = 0,91-1,68).

Conclusiones: La presencia de anemia al ingreso en una UGA se asocia con un aumento de mortalidad al mes del alta hospitalaria.

PC-030. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA DM EN EL ANCIANO SEGUIDO EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

L. Miguel Alhambra¹, A. Muñoz Pascual¹, P. Iglesias Lozano², M. Macías Montero¹, F. Prado Esteban¹, M. Guerrero¹ y E. Ridruejo Gutiérrez¹

¹Hospital General. Segovia. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar la prevalencia de DM, intolerancia glucídica y glucemia basal alterada en pacientes ancianos atendidos en consultas de Geriátría del Hospital General de Segovia. Caracterizar clínicamente la DM en esta población.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron pacientes mayores de 75 años seguidos en las consultas externas de geriatría del Hospital General de Segovia. Se reclutaron un total de 161 pacientes en un periodo de tiempo de 1 de octubre de 2011 a 31 de enero de 2013.

Resultados: El 73,3% (118) de los pacientes fueron mujeres frente al 26,5% (43) de varones. La edad media fue de $83 \pm 4,98$ años. El índice de masa corporal medio fue de $26,9 \pm 4,5$. El 41% (66) tenía antecedentes de diabetes conocida de los que el 39,8% (47) eran mujeres frente al 44,2% (19) que eran hombres. La prevalencia de la diabetes en mujeres fue del 39,8% y en hombres del 44,18%. De los pacientes sin DM conocida el 40% (38) tenía cifras de glucemia basal alterada y 11,6% (11) cumplía criterios de DM. CRF de $1,7 \pm 1,22$ en la población diabética frente $1,22 \pm 1,03$ de la no diabética ($p < 0,01$). No se encontró relación estadísticamente significativa entre la diabetes y la institucionalización. El 47% de la población diabética se manejaba con ADO, el 16,7% con insulina y ADO, el 15,2% sólo con insulina y un 21,2% sólo con medidas dietéticas. Sólo en el 2% (3) de los diabéticos constaban antecedentes de complicaciones agudas de la diabetes.

Conclusiones: La prevalencia de diabetes en nuestra muestra está por encima de lo recogido en otros estudios. El 40% de no diabéticos presentan prediabetes o glucosa basal alterada. El 11,6% de pacientes sin antecedentes de DM son en realidad diabéticos. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre diabetes y cifras de IMC. En el manejo del 78,8% de los pacientes son insuficientes medidas sólo dietéticas y requieren medidas farmacológicas (ADO, insulina o ambos). Se confirma la existencia de significación estadística entre diabetes y grado de deterioro funcional aunque no se observa relación estadísticamente significativa entre diabetes y grado de institucionalización.

PC-031. DELIRIUM EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: ¿QUÉ VIENE DESPUÉS?

M.E. Castro Vilela¹ y M.P. Mesa Lampré²

¹Hospital San Juan de Dios. Zaragoza. ²Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Establecer los factores de riesgo asociados al delirium tras una fractura de cadera. Describir las complicaciones asociadas al Delirium durante la hospitalización y tras 12 meses.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo (enero 2010 a diciembre 2012). Pacientes de 70 años o más, ingresados en la Unidad de Orto-geriátría del Hospital Nuestra Señora de Gracia. Criterios de exclusión: fractura patológica, dependencia severa (índice de Barthel < 20), incapacidad para deambulación previa. Dos grupos: Delirium (si/no). Se realizó un control a los 12 meses tras la fractura (situación funcional y mortalidad). Variables analizadas: edad, sexo, comorbilidad (Í. Charlson), vivienda habitual, tipo de fractura, tiempo de demora quirúrgica, estado funcional (Í. Barthel), estado cognitivo (test de Pfeiffer), situación nutricional (MNA-SF), complicaciones, ganancia funcional (I. B. alta - I. B. ingreso ≥ 20) y mortalidad.

Resultados: Pacientes: 354. Edad media: 85 años. Mujeres: 80%. Vivían en domicilio: 72,6%. Presentaron delirium: 38,4%. Factores de riesgo asociados a Delirium: caída en el último año ($p = 0,001$), edad ≥ 90 ($p = 0,02$), vivir en residencia ($p = 0,017$), dependencia moderada o grave para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) previa a la fractura ($p < 0,001$), dependencia total para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ($p < 0,001$), demencia previa ($p < 0,001$), Pfeiffer ≥ 3 ($p < 0,001$), riesgo o malnutrición ($p < 0,001$). Mayor porcentaje de pacientes del grupo delirium presentó retención aguda de orina ($p < 0,001$), ITU ($p < 0,001$), broncoaspiración ($p < 0,010$), insuficiencia cardíaca ($p < 0,034$), impactación fecal ($p < 0,001$), UPP ($p < 0,015$), precisó convalecencia ($p = 0,014$). Menos porcentaje de pacientes con ganancia funcional en este grupo ($p < 0,001$). Presentaban dependencia grave o total al alta y a los 12 meses de seguimiento ($p < 0,001$),

mayor mortalidad intrahospitalaria ($p < 0,003$) y a los 12 meses ($p < 0,009$).

Conclusiones: El perfil de paciente con delirium es un anciano, que previamente vivía en residencia, con demencia, malnutrido y dependiente para sus ABVD y AIVD. El delirium se asocia a un peor estado funcional y mayor mortalidad tras un año de sufrir una fractura de cadera. Es posible identificar al grupo de riesgo de padecer delirium y adoptar medidas que eviten su aparición o minimicen sus potenciales consecuencias.

PC-032. ¿SE RECOGE LA SITUACIÓN BASAL (SB) Y EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ANCIANOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SUH)?

E.I. Colombrán Trejo, M.J. Molina Hernández, C. Navarro Ceballos, M.R. García Martín y J. Rodríguez Salazar
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Objetivos: Evaluar en pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos (UGA) si se ha recogido en el servicio de urgencias (SUH) la situación basal (SB) (funcional, mental y social) y el tratamiento. Comparar, en caso afirmativo, si coincide con la valoración geriátrica realizada en planta.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de los pacientes dados de alta de UGA entre el 15/01/2015 y 15/02/2015. Se revisa la historia clínica realizada en urgencias valorando si se recoge la SB, si es completa o no y si coincide con la realizada en planta. También se revisa si se han recogido fármacos con dosis e intervalo. Otros datos recogidos: sexo, edad, procedencia (domicilio o residencia) y diagnóstico principal.

Resultados: Se revisaron 60 historias. Edad media $86,1 \pm 6,3$, 34 (56,67%) mujeres. 9 (15%) con demencia. Diagnóstico principal: 41 (68,33%) infecciones respiratorias y 26 (43,33%) ICC. Procedencia: 7 (11,67%) residencia, 53 (88,33%) domicilio. La SB se recogió en 15 (25%) incluyendo las tres esferas, en 4 (6,67%) era completa y en 23 (38,33%) no se recoge. Por áreas: función: 33 (55%) recogido, 5 (15,15%) de ellos fue corregido en planta. Mental: 25 (41,66%) recogido, 3 (12%) de estos fueron corregidos posteriormente (se etiquetó de demencia en lugar de deterioro cognitivo leve). Social: 21 (35%) recogido. No hay diferencias significativas entre los que se recogió y los que no respecto a sexo, edad o presencia de demencia. Fármacos: media: 8,11. En 58 (96,67%) fue recogido, de estos: 35 (60,35%) completo (posología y dosis) y 31 (53,45%) fueron corregidos posteriormente.

Conclusiones: En el 38,33% de pacientes ancianos no se recogió ningún dato de la SB en urgencias a pesar de la evidencia científica de su utilidad. Se recogió de forma incorrecta en el 15,15% de casos el área funcional y en 12% mental. Esto puede tener implicaciones importantes a la hora de plantear objetivos terapéuticos. En un 39,65% la recogida de fármacos fue incompleta, lo que impide adecuada conciliación de la medicación al ingreso. Esto se ha asociado a eventos adversos. En un 65% no se recogían datos sociales lo que dificulta la planificación de recursos desde el SUH.

PC-033. PÉRDIDA DE MOVILIDAD ARTICULAR EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS ASILADOS

M. Ornelas Contreras, E.V. Benavides Pando, J.M. Rodríguez-Villalobos y H. Blanco Vega
Universidad Autónoma de Chihuahua. México.

Introducción: Con el envejecimiento uno de los aspectos que cobra especial relevancia, es la pérdida de movilidad articular, entendida, como la posibilidad de mover los segmentos corporales a través de sus respectivas articulaciones, en su mayor rango de movimiento posible. Ésta se ve deteriorada en los mayores que disminuyen nota-

blemente sus actividades específicamente aquellos que están asilados. La falta de movilidad reduce considerablemente su autonomía e independencia, lo que a su vez repercute negativamente en su calidad de vida. Por ello se hace necesario contar con información al respecto con el fin de diseñar planes específicos de actividad física que permitan la recuperación del rango de movilidad de aquellas articulaciones con mayor grado de deterioro.

Objetivos: Determinar el grado de pérdida del rango de movilidad articular en adultos mayores chihuahuenses asilados.

Métodos: Estudio descriptivo no experimental y transversal, participando 80 adultos mayores, 39 mujeres y 41 hombres, edad entre 60 y 98 años, media de 77,3 y desviación estándar de 9,3 años. Sin limitación psíquica que impidiera la comunicación. Tomando como variables independientes la articulación (hombro, codo, cadera y rodilla) y a su lateralidad (izquierda y derecha) y como variable dependiente el porcentaje de pérdida de rango de movilidad en cada articulación.

Resultados: Una vez calculada la pérdida de movilidad hombro izquierdo (48,8%) derecho (48,4%); codo izquierdo (18,6%) derecho (15,9%); cadera izquierda (37,8%) derecha (34,3%) y rodilla izquierda (16,2%) derecha (19,3%) y realizadas las pruebas estadísticas correspondientes, los hombros y la caderas son las articulaciones con mayor porcentaje de pérdida de movilidad articular; de acuerdo a la variable lateralidad, con excepción de la rodilla, tiende a existir una mayor pérdida de movilidad articular en el lado no dominante (izquierdo).

Conclusiones: La utilidad de determinar el grado de pérdida de la movilidad en cada articulación permite establecer planes específicos de actividad física para la recuperación del rango de movilidad de aquellas articulaciones con mayor pérdida; contribuyendo de esta manera al mantenimiento o recuperación de la autonomía y la independencia en las actividades básicas de la vida cotidiana de los adultos mayores asilados, disminuyendo así la carga de sus cuidadores.

PC-034. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIONES INADECUADAS ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA SEGÚN CRITERIOS STOPP-START (EDICIÓN 2014)

M.E. Baeza Monedero¹, E. de Jaime Gil², E. Sevilla Arispón², M.L. Rodríguez Gallego², A.J. Cruz-Jentoft¹ y R. Miralles Basseda²
¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de prescripción inapropiada (PI) antes y después de una intervención en un hospital de día geriátrico (HDG).

Métodos: Se revisó de forma retrospectiva la documentación clínica de los pacientes dados de alta de un HDG a lo largo del año 2013. Se analizó la adecuación de cada fármaco prescrito en el momento del ingreso y del alta, siguiendo la nueva edición de los criterios STOPP-START del 2014.

Resultados: En los 139 pacientes estudiados, la media de medicamentos inapropiados según criterios STOPP al ingreso era de $1,93 \pm 1,09$, mientras que en el momento del alta fue de $1,10 \pm 0,31$ ($p < 0,001$). En cuanto a los criterios START, al ingreso existía una media de $1,40 \pm 0,74$ medicamentos y en el momento del alta de $1,22 \pm 0,44$ ($p = 0,18$). El número medio de fármacos al ingreso fue de $7,95 \pm 3,32$ y al alta de $7,85 \pm 3,20$ ($p = 0,52$). 97 pacientes que al ingreso tenían algún criterio STOPP de PI; de ellos, 36 (37,11%) dejaron de cumplirlos tras la intervención en HDG, mientras que de los 41 pacientes que no cumplían ningún criterio STOPP al ingreso, solo hubo 4 (9,75%) que lo adquirieron durante la intervención. ($p < 0,01$). 40 pacientes tenían algún criterio START al ingreso, al final de la intervención; 36 de ellos dejaron de cumplirlos (90%); mientras que de los 99 que no cumplían ningún criterio START al ingreso, hubo 5 que en el momento del alta sí los cumplían (5,05%) ($p = 0,28$).

Conclusiones: Tras la intervención en un HDG hubo una reducción significativa de criterios STOPP, mientras que la disminución de los START no resultó estadísticamente significativa.

PC-035. PACIENTES ANCIANOS PORTADORES DE GÉRMESES MULTIRRESISTENTES VALORADOS POR UNA UFISS DE GERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Arnal Carda, M.G. Carrizo, T. Teixidor Colomer, C. Pal Pal, M.C. Pérez Bocanegra y A. San José Laporte
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos: Debido al envejecimiento de la población la media de edad de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización de agudos ha ido aumentando. La edad es un factor de riesgo para la colonización por bacterias multirresistentes. El objetivo de este estudio es analizar las características de los ancianos portadores de bacterias multirresistentes valorados por UFISS.

Métodos: Identificar los pacientes colonizados por gérmenes multirresistentes mayores de 65 años valorados por la UFISS de geriatría durante el año 2014 y analizar sus características.

Resultados: De un total de 1.156 pacientes, 47 (4%) estaban bajo aislamiento. La media de edad de los pacientes aislados fue de 78,6 años, el 57,4% eran hombres. La estancia media fue de 34,8 días. El Índice de Barthel medio preingreso fue de 68,9 y al alta de 27,7, con un deterioro funcional medio de 41,3 puntos. El índice de Charlson medio de 3,16 y con una media de 7,5 fármacos prescritos. Un 61,7% presentaban desnutrición, 17% UPP y 25,5% deterioro cognitivo. El 57,4% de estos pacientes provenían de domicilio, 21,3% de centro sociosanitario (CSS) y el 12,8% de residencia. Al alta el 53,19% fueron trasladados a un CSS, el 23,4% a domicilio, 4,3% a residencia y un 10,6% fallecieron durante el ingreso. Respecto al servicio de procedencia, el 29,8% de las interconsultas fueron del servicio de medicina interna, siendo la causa más frecuente de ingreso (12,8%) una infección. Haciendo referencia al tipo de bacteria multirresistente, un 38,3% eran portadores o presentaban infección aguda por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA), un 23,4% por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, un 21,3% por *Klebsiella pneumoniae* BLEE y un 14,9% por *Clostridium difficile*. De los 47 pacientes 5 (10,6%) presentaban colonización por más de un germen multirresistente.

Conclusiones: Los pacientes colonizados por bacterias multirresistentes presentan importante deterioro funcional durante el ingreso, así como una considerable morbi-mortalidad. La complejidad de estos pacientes, así como la necesidad de aislamiento, implican una estancia hospitalaria prolongada y un mayor requerimiento de traslado a CSS. Cada vez hay mayor variedad de gérmenes multirresistentes, en nuestro centro el MRSA fue el más prevalente.

PC-036. ACTIVIDAD DE UNA COMISIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

D. Cubí Montanyà¹, M. Rius¹, I. Oller² y M. Montero¹
¹Hospital Sant Andreu (FSSM). Manresa. ²Althaia Xarxa Assistencial de Manresa-Fundació Privada. Manresa.

Introducción: Se considera error de medicación (EM) cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente, que puede dar lugar a una utilización inapropiada del medicamento cuando está bajo control del personal sanitario o del propio paciente.

Objetivos: Describir la actividad de la comisión de errores de medicación (CEM) de nuestro centro sociosanitario. Analizar los datos del periodo 2013-2014.

Métodos: Un equipo de profesionales asistenciales forma la CEM (enfermera, farmacéutica, auxiliar de farmacia y médico). Desde el 2013 se dispone de un sistema de notificación voluntaria de EM

informatizado (anteriormente manual). Variables recogidas: descripción del error, gravedad, origen, causas, personal notificador, sugerencias. La CEM se reúne trimestralmente y analiza la base de datos de los EM, realiza una valoración cuantitativa y cualitativa y propone acciones correctoras a través del análisis de las causas y de los factores contribuyentes.

Resultados: Número de notificaciones del 2013-2014: 205. Personal notificador: mayoritariamente enfermería. Origen del error: 29 prescripción, 8 transcripción, 60 dispensación, 108 administración. Gravedad del error: 32 categoría A (circunstancia capaz de causar error), 63 categoría B (error producido que no llega al paciente), 86 categoría C (error sin lesión), 21 categoría D (paciente requiere observación), 3 categoría E (paciente precisa tratamiento/daño temporal). La CEM ha propuesto acciones correctoras para mejorar la identificación de pacientes, el sistema informático, los circuitos y procesos de farmacia, de administración de fármacos, y la formación de los profesionales asistenciales.

Conclusiones: El mayor número de EM notificados es de administración y de dispensación. La mayoría de los errores son de categoría de gravedad baja. La participación de profesionales asistenciales en la CEM, mejora el análisis de las posibles causas y factores contribuyentes, y esto permite una propuesta de acciones correctoras más adecuada. La notificación voluntaria de EM y el análisis que realiza la CEM en nuestro centro, contribuyen a trabajar para la seguridad de nuestros pacientes.

PC-037. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE) EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) EN PACIENTES INGRESADOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS (CSS). UNA ALTERNATIVA SEGURA

A. Aguilera Zubizarreta¹, G. Sgaramella¹, D. García Sánchez¹, I. Allende², M. Pajarón¹, P. Sanromá Mendizábal¹ y L.A. García Secadas³

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Centro de Salud Bezana. Bezana. ³Centro de Salud Nansa. Puentenansa.

Introducción: La institucionalización en CSS es un factor de riesgo de infecciones graves que requieren hospitalización, con riesgo de complicaciones, mortalidad y gran consumo de recursos. Con ello las unidades de HaD y el TADE, son fundamentales en el tratamiento de estos pacientes evitando el ingreso en el hospital y los cambios de entorno, con las complicaciones que eso conlleva. El objetivo de este trabajo es valorar la seguridad y eficacia del TADE en CSS.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 117 pacientes ingresados en CSS que recibieron TADE entre abril 2013 y abril 2014. Se registraron datos demográficos, comorbilidad, localización de la infección, microorganismos aislados y duración del TADE. La seguridad se evaluó mediante las suspensiones por efectos adversos. La eficacia mediante la tasa de curación/mejoría, los fallecimientos y los reingresos (durante el TADE y a los 30 días).

Resultados: La edad media fue de 87,68 años. El 61,5% mujeres. El Índice de Charlson medio: 6; La estancia media; 13,93 días; procedencia 47,8% desde Urgencias; 30,7% directamente desde CSS; Las infecciones más frecuentes: respiratoria (43,5%), urinaria (34,18%), piel/tejidos blandos (16,23%). Se identificó microorganismo el 37,6% de los casos. Germen más frecuente: *E. coli* (27,2%), ATB más utilizado; ertapenem; 60%; posología más utilizada; cada 24 horas: 89,7%; el 64% de los casos por el personal del CSS; duración media del TADE: 9,01 días. Tratamientos suspendidos; 31,6% (efectos adversos: 18,9%, 0% generan traslado; por fracaso terapéutico 64,8%); Tasa de curación/mejoría: 69,2%. Fallecimientos: 12,8%. Reingresos; durante TADE: 6%; a los 30 días: 16,2%. La estancia media fue superior en las Infecciones urinarias (17,6 días) y el número de reingresos superior en pacientes con una estancia media menor y con infección respiratoria.

Conclusiones: Gracias a la utilización de la HaD se han podido tratar en el CSS infecciones graves, subsidiarias de ingreso hospitalario, sin necesidad de que el paciente abandone su entorno. La colaboración del personal de CSS es fundamental en la administración del tratamiento y en el control clínico de estos pacientes. Es necesario individualizar la relación HaD-CSS según los recursos de los que dispone cada centro.

PC-038. IMPACTO DE LA FRAGILIDAD SOBRE LA FUNCIÓN MUSCULAR EN ANCIANOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

F.J. Tarazona Santabalbina¹, F. Martínez Arnau², V. Carbó Lázaro¹, C. Cuquerella Piera¹, A. Blanquer Cencerrado¹ y J. Sabater Ramírez¹
¹Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. ²Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valencia. Valencia.

Objetivos: Conocer y describir los parámetros antropométricos y de función respiratoria que pueden verse afectados por la fragilidad. Establecer una posible correlación entre dichos parámetros antropométricos y los de función respiratoria, para poder establecer nexos entre ambos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico, transversal. Muestreo aleatorio de 99 pacientes comunitarios pertenecientes al Departamento de Salud de la Ribera, mayores de 75 años, con presencia de 3 o más sobre 5 de los criterios de fragilidad según Fried.

Resultados: Se incluyeron un total de 99 pacientes en su mayoría mujeres (n = 55; 55,6%), con una media de edad de 79,31 (DE 3,47) años y presencia de 3,63 (DE 0,637) criterios de fragilidad. Una gran mayoría de los sujetos de estudio presentó sarcopenia (n = 90; 90,9%). La presencia de otras patologías se dio en menor porcentaje, con un 21,2% (n = 21) de insuficiencia cardíaca y un 6,1% (n = 6) de EPOC. Al analizar las variables antropométricas de los sujetos de estudio, se obtuvo un IMC de 30,22 (DE 4,786) kg/m², una fuerza en la mano dominante de 19,07 (DE 7,947) kg, y un perímetro braquial de 30,20 (DE 3,777) cm. La composición corporal mostró unos valores de masa magra de 45,21 (DE 10,187)% y de masa grasa de 34,79 (DE 10,749)%. Los resultados de la espirometría forzada mostraron: CVI 98,79 (DE 26,510)%; FVC 82,13 (DE 21,383)%; FEV₁ 87,37 (DE 24,935)%; FEV₁/FVC 82,03 (DE 11,987)%; FEV₂₅₇₅ 76,11 (DE 33,915)%; PEF 51,33 (DE 21,271)%; PIM 71,58 (DE 37,375) cmH₂O; PEM 78,28 (DE 27,115) cmH₂O. Se observó una correlación directa entre la existencia de una mayor fuerza muscular espiratoria (PEM) y un mayor porcentaje de masa magra (0,566; p < 0,000) o una mayor fuerza de prensión palmar en la mano dominante (0,531; p < 0,000). Esta correlación tuvo un tamaño mediano según los criterios de Cohen, ya que R² presentó valores de 0,28 y 0,32 respectivamente.

Conclusiones: La fragilidad conlleva una disminución en los parámetros dependientes de la fuerza muscular. Esta pérdida funcional viene determinada por una correlación directa y estadísticamente significativa entre pérdida de masa magra y pérdida de la fuerza de prensión palmar y de los músculos espiratorios.

PC-039. PREVALENCIA DE CAÍDAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ANCIANOS FRÁGILES DE LA COMARCA DE LA RIBERA

F.J. Tarazona Santabalbina, J. Sabater Ramírez, C. Cuquerella Piera, V. Carbó Lázaro, C. Borrás Estevan y S. Caballero Marcilla
Hospital Universitario de la Ribera. Alzira.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de caídas en ancianos frágiles, además de conocer la CVRS percibida por el paciente y los factores relacionados con la CVRS.

Métodos: Se diseña un estudio descriptivo de prevalencia, analítico y retrospectivo. Criterios de inclusión: sujetos de edad > 75 años con diagnóstico de fragilidad según los criterios de Fried, vivir en comunidad y expectativa de vida mayor a 6 meses. Se realiza una

valoración geriátrica integral y se administra el cuestionario Euro-qol-5Dimensiones (EQ-5D) para la valoración de la CVRS.

Resultados: Se obtuvo una muestra total de 94 pacientes, con una edad media de 79,99 (DE 3,663). El 52,25% de los pacientes eran mujeres. La puntuación en el índice de Barthel fue de 88,24 puntos (DE 10,62); en el índice de Lawton de 6,78 puntos (DE 1,511); y en la escala Tinetti de 23,46 puntos (DE 4,97). La prevalencia de caídas fue del 23,4%. La incidencia de caídas en un año fue mayor en mujeres (mujeres: 0,65 (DE 1,3); hombres: 0,39 (DE 0,79); p < 0,001). Los factores relacionados con las caídas fueron los trastornos ansioso-depresivos (p = 0,0046), osteoarticulares (p = 0,018) y la polifarmacia (media = 6,3 (DE 3,5); p = 0,006). La media del índice de CVRS fue de 0,7853 puntos (DE 0,1906) y de 8,5 puntos (DE 9,8) en la escala visual analógica del cuestionario EQ-5D. Los factores relacionados con la calidad de vida fueron el género (mujeres: 0,6815; hombres 0,8962; p < 0,000) y el estado nutricional (rango de normalidad: 0,8849; riesgo de desnutrición: 0,8518; sobrepeso: 0,7131; p = 0,038).

Conclusiones: Las mujeres tienen mayor riesgo de caer (0,65 (DE 1,3) frente a 0,39 (DE 0,79); p < 0,001). Las caídas están relacionadas con los trastornos ansioso-depresivos, las enfermedades osteoarticulares y la polifarmacia. En cuanto a la CVRS, se obtiene una puntuación media de 0,7853 puntos (DE 0,1906) en la percepción objetiva y de 8,5 puntos (DE 9,8) en la percepción subjetiva. El género femenino y el estado de malnutrición se relacionan con peor calidad de vida.

PC-040. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO SOBRE LA ESFERA PSICOLÓGICA Y COGNITIVA DE ANCIANOS FRÁGILES COMUNITARIOS

F. Martínez-Arnau¹, A. Blanquer Cencerrado², S. Caballero Marcilla², C. Borrás Estevan², F.J. Tarazona-Santabalbina² y P. Pérez-Ros³
¹Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valencia. Valencia. ²Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. ³Facultad de Enfermería Ntra. Sra. de los Desamparados. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Objetivos: Estudiar el posible efecto positivo de la intervención física establecida sobre la puntuación de depresión de la muestra estudiada. Estudiar el posible efecto positivo de la intervención física establecida sobre el estado cognitivo de la muestra estudiada.

Métodos: Se diseñó un estudio prospectivo, cuasiexperimental, de 6 meses de seguimiento, con dos grupos, intervención y control en ancianos frágiles en la comunidad mediante la Intervención de un Programa de ejercicio. Se estudiaron variables sociodemográficas, deterioro cognitivo (escala MEC), depresión (escala Yesavage) y variables funcionales (escala Barthel, caídas y síndromes geriátricos).

Resultados: Se reclutó una muestra de 93 ancianos comunitarios, Edad 79,92 años (DE 3,68), 54,8% mujeres. En la valoración psicológica de depresión (Yesavage): En la valoración PRE los grupos no presentaron diferencias significativas (t89 = -0,834; p = 0,406) con una media para el GC de 2,38 (DT = 2,091) y para el GI 2,75 (DT = 2,103). En la valoración POST sí que existieron diferencias significativas t77 = 2,174; p = 0,031 con una media para el GC de 3,15 (DT = 2,517) y para el GI una media de 2,08 (DT = 1,753). En la valoración cognitiva (MEC): En la valoración PRE los grupos no presentaron diferencias significativas (t89 = 1,114; p = 0,268) con una media para el GC de 30,17 (DT = 4,683) y para el GI 29,11 (DT = 4,341). En la valoración POST sí que existieron diferencias significativas t76 = -2,524; p = ,014 con una media para el GC de 29,49 (DT = 5,046) y para el GI una media de 31,95 (DT = 3,410).

Conclusiones: Un programa de intervención física integrado de 6 meses de seguimiento genera cambios positivos en la puntuación de la escala de cribado de depresión Yesavage y en la puntuación de la escala de deterioro cognitivo MEC en una población de ancianos frágiles comunitarios.

PC-041. ¿SON ÚTILES LAS DISTANCIAS MALÉOLO-RODILLA Y CODO-MUÑECA PARA ESTIMAR LA TALLA REAL EN POBLACIÓN ANCIANA?

G. Urbistondo Lasa¹, M. Ballesteros Gracia², N. Suárez Pérez de Eulate³ y M. Chavarri Sánchez¹
¹Hopital Ricardo Bermingham. Donostia. ²Hospital de Navarra. Pamplona. ³Sociosanitario Arguiao. Zumárraga.

Introducción: La valoración de la altura es necesaria para el cálculo del IMC básico tanto para la valoración de estado nutricional como en el ajuste de dosis de medicación. Muchos pacientes ancianos no pueden ser tallados por métodos habituales por no poder mantener la bipedestación.

Objetivos: Determinar la aproximación a la talla real del índice rodilla-maléolo de Arango y Zamora y la longitud codo-muñeca propuesta por BAPEN.

Métodos: Se realiza un estudio trasversal tomando como muestra una población ingresada en el Hospital de Media Estancia Ricardo Bermingham entre agosto y diciembre de 2014. Los criterios de inclusión fueron tener una edad mayor de 65 años y ser capaces de mantener la bipedestación erguidos. Los datos fueron recogidos por un único observador. Para medición de altura real se utilizó tallímetro de columna. La medida maléolo rodilla y codo muñeca se realizó con una cinta métrica flexible graduada. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS versión 17.0.

Resultados: Se analizaron 159 pacientes. 109 (68,6%) fueron mujeres y 50 (31,4%) varones. La edad media fue de 82,9 años DE 7,02 años. Se analizaron por separado los datos de ambos sexos. En los hombres la fórmula de Arango-Zamora calcula la talla por debajo de la real en 37 casos (74%). La medición codo-muñeca sobreestima la talla en 35 casos (70%). En las mujeres la medición maléolo-rodilla infraestima la talla en 97 casos (89%) y la fórmula de BAPEN la sobreestima en 71 mujeres (65,1%).

Conclusiones: 1. Las medidas maléolo-rodilla y codo-muñeca son factibles de utilizar en población geriátrica, pero las fórmulas que hasta ahora aplicamos sobre ellas no son válidas en población de nuestro entorno. 2. La fórmula propuesta por Arango y Zamora tiende a calcular una talla menor de la real tanto en hombres como en mujeres. 3. La técnica de BAPEN sobre la medición codo-muñeca sobreestima la talla en ambos sexos. 4. Sería interesante realizar estudios de mayor tamaño poblacional teniendo en cuenta variables diferenciales en nuestra población.

PC-042. GRUPOS PSICOEDUCATIVOS PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

M.I. Martínez Casamitjana, E. Carballido López, M.D. López Villegas, M.T. Abellán Vidal, S. González Ramírez, J. Pagerols Hernández y M.P. Mercadal Fañanas
 Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos: Analizar el perfil de los participantes a los Grupos Psicoeducativos (GP) para cuidadores de pacientes diagnosticados de demencia que se llevan a cabo en la Unidad de Trastornos Cognitivos y de la Conducta (UTC) y evaluar el efecto conseguido.

Métodos: Sujetos: 45 cuidadores de pacientes diagnosticados de demencia con deterioro cognitivo leve-moderado en seguimiento en las consultas externas de la UTC y que han participado en los GP. Se recogen datos sociodemográficos sobre el cuidador y el paciente y se pasan las escalas siguientes: Cuestionario de Salud General (GHQ-12), Escala de deterioro global (GDS) e Índice de Barthel (IB). Se realizan 5 sesiones de 90 minutos quincenalmente. Al finalizar las sesiones se administra un cuestionario de opinión y GHQ-12.

Resultados: El 67% de los cuidadores son mujeres: 42% cónyuges y 54% hijas o nueras, media de edad de 53 años (32-75). El 58% de

los pacientes son mujeres, media de edad 72 años (52-90). El 76% están diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer (66% GDS 4 y 34% GDS 5) y la media del IB es de 91 ± 12 (dependencia leve). El 67% de los pacientes viven con el cuidador. El 71% de los cuidadores presentan algún tipo de trastorno psicológico que se reduce de forma estadísticamente significativa ($p = 0,0006$) al finalizar todas las sesiones. Los resultados del cuestionario de opinión muestran que el 98% de los cuidadores están satisfechos con las actividades realizadas y el contenido de los temas tratados. La mayoría de los cuidadores han mejorado la información sobre la enfermedad, las habilidades en el cuidado del paciente y el autocuidado del propio cuidador.

Conclusiones: Los participantes en los GP son en su mayoría mujeres de unos 53 años que conviven con el paciente con demencia y principalmente son hijas. La participación en los GP mejora la información y las habilidades del cuidador y también han disminuido los trastornos psicológicos. Estos resultados son similares a los recogidos en la literatura que aconsejan la necesidad de este tipo de intervenciones con los cuidadores ya que aportan beneficios demostrados tanto al paciente como al cuidador.

PC-043. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA AMBULATORIA EN LA COGNICIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON FASES LEVES DE DETERIORO COGNITIVO

M.I. Martínez Casamitjana, E. Carballido López, M.D. López Villegas, M.T. Abellán Vidal, E. González Vidal, J. Pagerols Hernández y M.P. Mercadal Fañanas
 Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos: Evaluar los cambios cognitivos y de la percepción de calidad de vida de los pacientes con demencia leve que han participado en un Taller de Estimulación Cognitiva Ambulatoria (TECA).

Métodos: Sujetos: 16 pacientes hasta la fecha diagnosticados de enfermedad de Alzheimer o degeneración frontotemporal con deterioro cognitivo leve-moderado (GDS 4) y con dependencia leve para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El 88% recibían tratamiento específico dosis-estables. Sexo: 56% mujeres y 44% hombres. Edad media \pm desviación estándar de $74 \pm 6,4$. Programa de estimulación cognitiva, 1 día/semana; duración 1,5h durante 4 meses, consistente en actividades individuales tuteladas y personalizadas (PI) para cada paciente y actividades grupales (PG). PI: se utiliza programa informático Smartbrain, que permite estimulación diferentes áreas mediante ejercicios interactivos con 15 niveles de dificultad. Se completa con ejercicios similares en soporte escrito. PG: Mediante material audiovisual se trabajan áreas cognitivas, actividades vida diaria y expresión emocional, estimulando comunicación oral y participación en grupo. Evaluación previa al TECA: GDS, MMSE, Í. Barthel, Escala de Lawton y Brody y Escala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD). Evaluación después del TECA: MMSE, QoL-AD.

Resultados: Después del TECA los pacientes obtienen mejores puntuaciones con diferencias estadísticamente significativa en el MMSE ($p = 0,0006$) y en la Escala QoL-AD ($p = 0,0001$). El programa Smartbrain muestra cómo todos los pacientes mejoran rendimiento en la mayoría de áreas pudiendo aumentarse progresivamente nivel de dificultad.

Conclusiones: Los resultados muestran mejoría cognitiva y de la percepción de calidad de vida en la mayoría de los pacientes que participan en los TECA. Nuestros resultados, similares a los de otros estudios, aportan evidencia sobre la eficacia y beneficios de la psicoestimulación en la demencia también en formato taller un día por semana.

PC-044. DESMEDICALIZAR LA MUERTE: ATENCIÓN COORDINADA DEL FINAL DE VIDA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDAD CRÓNICA DE GERIATRÍA (PMC)

A. Román, R. Benavent, S. de las Cuevas y S. Ariño
Hospital de Granollers. Granollers.

Introducción: El colectivo de pacientes crónicos complejos de perfil geriátrico atendidos en el PMC, es un colectivo que a menudo cumplen criterios de atención a final de vida (MACA). Este tipo de pacientes requiere tener elaborado un plan de cuidados, para que en momentos de descompensación, puedan realizarse actuaciones racionales y proporcionadas e iniciar tratamiento de síntomas, en caso de ser necesario, que intentamos que se haga a domicilio, siendo imprescindible una buena coordinación con primaria para llevarlo a término correctamente.

Métodos: Estudio observacional prospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes atendidos en el PMC y que son exitus durante los primeros 12 meses de seguimiento (2013-2014). Análisis: variables clínicas, manejo de pacientes, y relación con primaria y lugar de exitus.

Resultados: N = 38 Edad media 85,68 MACA: 97,6% Mortalidad global 12 meses (32,3%). Muerte previsible días/sem detectada en 51,4% casos. Tiempo medio entre inicio tratamiento de síntomas y exitus: 24, 68 días. En pacientes que permanecen en régimen ambulatorio para hacer control de síntomas, atención por: PADES 29,4%, primaria 17,6%, médico residencia 52,9%. Cuando ingresan a UCP, 50% de los casos es por deseo de familia. Lugar exitus: 10,5% casa, 26,3% residencia, 13,2% UCP, 18,4% UME 13,2% UGA 13,2% UCIA 13,2% LLE. Motivo por el que acaban muriendo en unidades de agudos: 50% muerte no esperada, 25% no disponibilidad de camas en UCP y 16% no disponibilidad PMC. Número ingresos previos últimos 12 meses: 1,89 de media y post 0,74 p = 0,051. Previamente 100% ingresaban en unidades agudos, durante seguimiento: UGA 26,3%, UME 13,2%, MI 2,6%.

Conclusiones: La atención coordinada del colectivo de pacientes crónicos complejos geriátricos, atendidos en nuestro programa demuestra que se puede optimizar la adecuación de ingresos y el uso de recursos, aunque evidentemente, todavía hay un margen de mejora. Trabajar para desmedicalizar la muerte nos permitirá probablemente aumentar la satisfacción de los usuarios y de los miembros del equipo.

PC-045. EVOLUCIÓN DEL DOLOR, LA FUNCIONALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRATAMIENTO CON OXN/ NALOXONA (OXN) EN PACIENTES \geq 75 AÑOS CON ARTROSIS

J.M. Jiménez Páez¹, J. Bordas Guijarro², G. Sánchez Romero³, A. Tafalla Martín⁴, E. Guevara Sierra⁵ y J. Barberán Soriano⁶

¹Clínica Brillante. Córdoba. ²Hospital Sagrado Corazón. Sevilla.

³Gregorio Sánchez. Málaga. ⁴Residencia Marbella. Torreveja. ⁵Hospital de Terrassa. Terrassa. ⁶Consulta Barberán. Vilanova i la Geltrú.

Objetivos: Determinar el perfil de los pacientes de edad \geq 75 años, con artrosis que cursa con dolor y la evolución del dolor, funcionalidad y calidad de vida (CdV), tras 3 meses en tratamiento analgésico con OXN.

Métodos: Subanálisis de un estudio observacional, multicéntrico de 6.000 pacientes con artrosis dolorosa (EVA₀₋₁₀ \geq 4). Se analizaron 1.001 pacientes \geq 75 años en su 1ª consulta al especialista, tratados de forma mantenida con OXN. Fueron evaluados mediante cuestionarios validados en dolor (BPI), funcionalidad (Oswestry: columna, Lequesne: cadera y rodilla, y Quick-DASH: miembro superior) y calidad de vida (termómetro EuroQoL-5D).

Resultados: Mujeres 71,5%, edad media 79,8 \pm 4 años. Artrosis primaria 93,8% y con evolución \geq 5 años 61,2%. Las articulaciones más afectadas se encontraron en columna 44,5% (lumbosacra 39,4% y

cervical 5,1%), seguida de rodilla (28,2%) y cadera (14,6%). La extremidad más prevalente de las extremidades superiores fue en hombro (5,9%). Reducción sustancial (50,8%) del dolor medio (ENV₀₋₁₀) a los 3 meses de estudio, de 6,7 a 3,3 (p < 0,001). Los pacientes obtuvieron un alivio del dolor \geq 30% en el 77,5% y \geq 50% en el 54% de pacientes. El grado de discapacidad de la columna descendió un 24,6% de una DFMB (discapacidad funcional media basal) severa a una discapacidad moderada (p < 0,001). La limitación de rodilla descendió de una DFMB "extremadamente grave" 16,1 \pm 3,6 a "muy grave" 10,9 \pm 4,2 (p < 0,001), así como la limitación "extremada" de cadera descendió de 17,1 \pm 3,7 a una DFMB "grave" de 11,0 \pm 5,4. La limitación funcional Quick Dash mejoró en 32,1 \pm 16,1 puntos (variación con trascendencia clínica superior a 10 puntos). Mejora media en calidad de vida de 40,8 \pm 20,5 en basal a 63,1 \pm 19,4 puntos en Mes 3 (EuroQoL-5D).

Conclusiones: El perfil medio de paciente con artrosis dolorosa tratado con OXN sería mujer de 80 años de edad, con artrosis primaria, con \geq 5 años de evolución, con locación lumbosacra y discapacidad severa. Los pacientes con artrosis dolorosa en cualquier localización tratados con OXN presentaron mejoría sustancial del dolor, con mejoras significativas de funcionalidad en cualquier localización y en calidad de vida.

PC-046. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y FUNCIONALES DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE DÍA PSICOGERIÁTRICO

J.J. Roldán Larreta, J. López de Giokoetxea López, L. Moreno Eguinoa, C. Echavarri Zalba, J. Rodríguez Ríos y B. Grandal
Clínica Josefina Arregui. Alsasua.

Objetivos: Describir las características funcionales, clínicas y terapéuticas de los pacientes de nuestro Centro de Día Psicogeriatrico.

Métodos: Revisión de historias clínicas valorando variables de clínicas (riesgo de caídas, edad, sexo, tiempo de estancia, puntuación en MMSE, diagnóstico de tipo de Demencia y/o de otros diagnósticos psiquiátricos), terapéuticas (IACE, antagonista NMDA, antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas, hipnóticos, eutimizantes) y funcionales (valor medio Barthel, nivel de autonomía para comida, higiene, vestido, continencia y deambulacion).

Resultados: La edad media sería 80,8 años. El 62% son mujeres y un 38,80% hombres. El MMSE medio es de 15,6. El 71,40% tiene un diagnóstico de Demencia (60% sería enfermedad de Alzheimer, 20% demencia vascular, 6,66% d. mixta, 6,66% demencia con cuerpos de Lewy, 6,66% demencia frontotemporal). El 28,60% tiene otros diagnósticos psiquiátricos (83% trastorno depresivos, 16,6% trastornos psicóticos y 50% trastornos de la personalidad). En cuanto al tratamiento, de los diagnosticados de demencia el 40% toma IACE y un 33,5% memantina. Del total de pacientes el 57% toma antidepresivos, un 42% antipsicóticos, un 38% eutimizantes, un 19% benzodiacepinas y un 19% hipnóticos. El valor medio del índice de Barthel es de 64,04. 80% son autónomos para comer, el 4,70% precisa alguna ayuda y el 14,20% son dependientes. 62% son continentes fecales y el 38% urinario. El 33,3% tienen alguna pérdida ocasional urinaria o fecal y el 4,70% son incontinentes fecales y el 28,60% son incontinentes urinarios. Deambulando, un 57,20% son autónomos, el 28,60% precisa alguna ayuda y el 14,20% son dependientes.

Conclusiones: Algo más de 2/3 de los pacientes tiene diagnóstico de Demencia donde predomina la enfermedad de Alzheimer. En el resto de pacientes el diagnóstico de trastorno depresivo es mayoritario asociándose a otros diagnósticos. Síntomas psicóticos y afectivos son frecuentes por lo que además de IACE y memantina, antidepresivos y antipsicóticos se asocian al tratamiento. Grado de dependencia leve, cercano al moderado, siendo más de las 3/4 partes autónomos en la comida y casi un 60% autónomos para la deambulacion. Un 38% son continentes fecales y urinarios.

PC-047. POLIFARMACIA Y DEMENCIA EN RESIDENCIAS: ESTUDIO ASCLEPIO

G. Tamame González¹, P. Vega Pérez¹ y J.A. Monforte Porto²

¹Residencia Los Tres Árboles. Zamora. ²Servicio de Psiquiatría. Zamora.

Introducción: Las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes en el que, con frecuencia, coexisten múltiples enfermedades para las que se prescriben un elevado número de fármacos. La polimedición se incluye entre los grandes síndromes geriátricos, y conlleva un mayor riesgo de sufrir reacciones adversas medicamentosas e interacciones farmacológicas.

Objetivos: Determinar la polifarmacia (4 o más fármacos) en el paciente con demencia en un medio residencial.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, naturalístico y transversal sobre 22 pacientes con demencia en un centro residencial. **Material:** Variables sociodemográficas (edad, sexo, duración de la institucionalización), clínicas (estadaje según la escala Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg, número de enfermedades somáticas concomitantes) y terapéuticas (fármacos para su patología somática, psicofármacos y número de fármacos totales). Diseño del estudio: Se trata de un estudio descriptivo en el marco de un estudio más amplio – Prevalencia de demencia, Sus Comorbilidades y la Presencia de síntomas neuropsiquiátricos en residencias (Estudio ASCLEPIO). Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: La media de edad es 90 años. Un 81,8% son mujeres. La duración media de institucionalización es de 99,7 meses. Un 50% presentan una demencia grave (estadio 6 y 7 de la GDS). La media de enfermedades somáticas concomitantes es 10,7 con un rango que oscila entre 6 y 17 patologías, siendo las más prevalentes por aparatos la cardiovascular (95,5%), digestiva (90,9%), oftalmológica (86,4%), endocrino/metabólica (81,8%), reumatológica (63,6%) y urológica (63,6%). La media de fármacos por paciente es 10 (media en patología somática de 7,4 y psicofármacos de 2,6). La polifarmacia (4 o más fármacos en un paciente) se objetiva en el 95,5% de la muestra.

Conclusiones: Elevada prevalencia de comorbilidad somática (10,7 enfermedades de media por paciente) y polimedición (el 95,5% de la muestra tienen prescritos cuatro o más fármacos). Necesidad de revisión periódica y sistemática de los tratamientos de los pacientes mayores con demencia, dentro de los programas de control de calidad.

PC-048. ¿CÓMO ES LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA?

B. González Ávila, E. Antón Nieto, M. Moreno, M.T. Vilarmau y C. Noguera

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que han fallecido durante el ingreso en una Unidad de Convalecencia de 78 camas perteneciente a la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell durante el año 2014.

Métodos: Revisión retrospectiva (historia clínica) de los 42 pacientes que fallecieron durante el ingreso en la Unidad de Convalecencia durante el año 2014. Datos: edad, sexo, estancia, diagnóstico al ingreso, valoración geriátrica integral, complicaciones y planificación anticipada de decisiones. Se ha realizado análisis estadístico mediante t-Student, ANOVA y χ^2 .

Resultados: De las 678 altas dadas durante el 2014, 6,2% fueron exitus. Edad media: 84,74 \pm 8,6 años. Mujeres: 59,5%. Motivo de ingreso: intervención quirúrgica fractura proximal de fémur 38,1%, patología médica 35,7%, ictus 19% y otros 7,1%. Barthel previo: 61,4 \pm 32,6, Lawton: 2,1 \pm 3, Barthel ingreso: 14,1 \pm 15,3, Charlson: 3,1 \pm 1,4, Pfeiffer: 4,4 \pm 3,7. Estancia: 38,5 \pm 26,8 días. Síndromes geriátricos: síndrome confusional agudo (SCA) 42,9%, desnutrición 52,4%, inmovilidad 69%, úlcera por presión 26,2%, trastorno marcha 83,3%, estreñimiento 78,6%, incontinencia urinaria 92,9%, incontinencia fecal 64,3%, disfa-

gia 54,8%, demencia 31%, polifarmacia 95,2%, depresión 35,7% e insomnio 59,5%. Complicaciones previas a la muerte: 81%. Muerte previsible en el momento de ingreso: 47,6%. Un paciente aportaba documento escrito de voluntades anticipadas. Planificación anticipada de decisiones con adecuación del esfuerzo terapéutico: 95,2%. En el análisis univariante se encontraron asociaciones entre peor situación funcional, incontinencia, disfagia, demencia y polifarmacia ($p < 0,05$). Variables asociadas con los diferentes motivos de ingreso: Barthel previo/ingreso, Lawton y Pfeiffer ($p < 0,05$). En el grupo fractura de fémur se observó más SCA y complicaciones ($p < 0,05$).

Conclusiones: La tasa de mortalidad en las Unidades de Convalecencia no es despreciable. Los pacientes que fallecen presentan un número elevado de síndromes geriátricos y alta dependencia. El casi la mitad de los casos la muerte era previsible. Todo ello sugiere una creciente complejidad en estas unidades lo que implica la necesidad de adaptación del trabajo interdisciplinar para dar una adecuada respuesta.

PC-049. USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PROGRAMA DE ENFERMO CRÓNICO GERIÁTRICO

A. Román Guerrero, R. Benavent, S. de las Cuevas, E. Pascua, M. Arrantes y S. Ariño

Hospital General de Granollers. Granollers.

Introducción: Nuestro hospital, dentro de su programa de enfermedad crónica, dispone de un equipo que atiende pacientes crónicos complejos de perfil geriátrico multifrecuentadores, con el objetivo de mejorar la atención global, disminuir frecuentación de ingresos hospitalarios y aumentar la satisfacción del usuario. Las características de estos pacientes (fragilidad capilar, venoclisis difíciles, etc.) favorecen el aumento del uso de la vía subcutánea para ciertos fármacos, tanto en patología aguda, como en control de síntomas, habiendo demostrado la literatura, su eficacia y seguridad.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal prospectivo de todos los episodios de uso de vía subcutánea del 28 mayo al 1 agosto 2014. Análisis de variables: sexo, edad, criterios de NECPAL, patología responsable, motivo de uso de vía subcutánea, medicación, dosis administrada, efectos secundarios, lugar administración, uso de vía subcutánea por parte de la familia, satisfacción del equipo.

Resultados: 43 episodios recogidos/585 total de pacientes visitados. Edad media: 88,4 años, 32,4% hombres y 67,4% mujeres. NECPAL positivo en el 74,4% de los casos. Patología responsable uso de vía subcutánea: 93% insuficiencia cardíaca, 4,65% deshidratación, 2,32% disnea. Tratamientos usados: 93% furosemida, 4,65% suero, 2,32% morfina. Indicación de uso de vía subcutánea: 60% mayor facilidad de uso, 40% dificultad de canalizar vía periférica. Efectos adversos: ninguno. Satisfacción del equipo: satisfactorio 97%, intermedio en el 2,32%, malo en el 0%. Manejo de la vía subcutánea por parte de los familiares: 0 casos.

Conclusiones: En nuestro Programa de Paciente Crónico Complejo, el uso de la vía subcutánea en indicaciones diferentes al manejo de síntomas, es cada vez más frecuente en el paciente geriátrico, destacando el uso de diuréticos en la insuficiencia cardíaca y con mucha menos frecuencia, la hidratación. Cabe recalcar, la ausencia de efectos adversos y la alta satisfacción del equipo en cuanto a su eficacia, por lo que probablemente su uso se vaya extendiendo con el tiempo.

PC-050. CALIDAD DE VIDA, DOPPLER LINEAL Y PRESIÓN TRANSCUTÁNEA DE OXÍGENO EN PACIENTES TRATADOS MEDIANTE REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA EN MIEMBROS INFERIORES

M. Alcaraz¹, J.A. López-Morata¹, M. Pardo², F.L. Bernal², J.M. Felices², A. Olivares¹ y J. Noguera²

¹Universidad de Murcia. Murcia. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos: Se pretende evaluar la eficacia de la revascularización conseguida con la Angioplastia Transluminal Percutánea (ATP) en pacientes diabéticos con isquemia crónica de miembro inferior mediante el cuestionario de calidad de vida SF-36, y determinar su correlación con la determinación de la presión transcutánea de oxígeno (T_{cpO₂}), el índice tobillo-brazo (ITB) y el grado de estenosis arterial.

Métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo que incluye a 350 pacientes consecutivos remitidos a la unidad de Radiología Vasculosa Intervencionista del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Los pacientes se han evaluado mediante el cuestionario de calidad de vida SF-36, Doppler lineal de las arterias tibial posterior y dorsal pedia, el ITB, la T_{cpO₂} y el grado de estenosis arterial mediante estudios radiológicos y, en su caso ATP posteriormente.

Resultados: El tratamiento mediante angioplastia transluminal muestra el incremento significativo de la calidad de vida de los pacientes tratados ($p < 0,001$) determinado mediante el cuestionario de calidad de vida SF-36; además, mientras que la mejoría de la categoría *Función Física* se ha correlacionado con el incremento de la T_{cpO₂} ($p < 0,001$), la mejoría de la categoría *Función Social* se ha correlacionado con el incremento del ITB ($p < 0,001$). El análisis estadístico muestra una escasa correlación entre las dos técnicas empleadas (T_{cpO₂} e ITB), mostrando que ambas técnicas valoran parámetros diferentes que sólo se correlacionan en los casos en los que aumentan conjuntamente debido a la mejoría del paciente. Por ello, la posibilidad de determinación de la T_{cpO₂} en todos los pacientes, la ausencia de falsos positivos, negativos como sucede en la determinación del ITB y su correlación estadística con la mejoría de la *Función Física* en la calidad de vida de los pacientes tratados refleja la importancia de la determinación de la T_{cpO₂} como el mejor parámetro en la valoración de estos pacientes.

Conclusiones: Este estudio confirma la mejoría clínica obtenida tras la ATP en la isquemia crónica de miembro inferior, señalando que el aumento de la T_{cpO₂} tiene un significado fisiológico de revascularización microvascular en el miembro tratado que puede considerarse como un factor pronóstico en la evolución de los pacientes.

PC-051. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ESTADIO AVANZADO DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO TRATADOS A TRAVÉS DE 3D O IMRT

A. Olivares¹, M. Alcaraz¹, A. Fondevilla², M. Las Heras³, J.A. López-Morata¹, E. Ortega⁴ y E. García-Bravo⁴

¹Universidad de Murcia. Murcia. ²Instituto Oncológico del Suroeste. Murcia. ³Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Hospital Perpetuo Socorro. Cartagena.

Objetivos: Estudiar dos poblaciones de pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello tratados a través de 3D o IMRT radioterapia fueron estudiados con el fin de evaluar resultados dosimétricos, la supervivencia global y la influencia del tratamiento en su calidad de vida.

Métodos: Los resultados dosimétricos se estudiaron en 168 pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado: 79 3D y 89 IMRT. La tasa de supervivencia global se determinó según Kaplan Meier, teniendo en cuenta: las fechas de inicio y finalización; los efectos agudos y xerostomía crónica de acuerdo con la escala de la RTOG; la calidad de vida mediante el cuestionario QLQ-C30v3 y el módulo específico para la cabeza y cuello EORTC-QLQ y N35 que analiza 7 áreas específicas: el dolor, dificultades de deglución, problemas con las prótesis, saliva espesa, xerostomía, dificultades de reinserción social y del cónyuge/pareja y problemas como resultado del tratamiento realizado. El análisis estadístico consistió en comparar los resultados después del tratamiento a través de pares de datos mediante la prueba t de Student. La relación entre las variables se estableció mediante el análisis de tablas de contingencia utilizando χ^2 de Pearson junto con análisis de residuos.

Resultados: Los resultados obtenidos determinan las dosis más bajas de radiación en los tejidos sanos adyacentes a los tumores de bajo

IMRT ($p < 0,001$), una tasa similar de supervivencia global de los pacientes para las dos técnicas y una mejor calidad de vida en los pacientes tratados mediante IMRT a los 2 y 3 años seguimientos ($p < 0,001$); una menor prevalencia de intervenciones quirúrgicas se observa en los pacientes tratados con IMRT ($p < 0,01$).

Conclusiones: IMRT permite un mayor control dosimétrico de la radiación administrada a los pacientes y un aumento de su calidad de vida, particularmente en el estado de los dientes, la saliva de espesor inferior, y también permite un menor número de intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, un aumento significativo en las tasas de supervivencia general, al final del período de estudio, no se estableció.

PC-052. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL ANCIANO

S.N. Yarlequé León y O. Duems Noriega
Hospital de Granollers. Granollers.

Introducción: Enfermedad tromboembólica (ETE) es la tercera causa de muerte de origen cardiovascular en el anciano, después del IAM y del ictus, donde predomina sintomatología atípica, siendo necesario el empleo de herramientas basadas en la probabilidad diagnóstica (escalas de Wells y Geneva) para evitar errores, infradiagnóstico y retrasos en el tratamiento.

Objetivos: Describir la presentación de la tromboembolia pulmonar (TEP) en ancianos atendidos en la Unidad de Geriátrica de Agudos del Hospital General de Granollers. Identificar utilidad de estudios paraclínicos y escalas de probabilidad diagnóstica en nuestra población. Identificar factores relacionados con mortalidad durante hospitalización y tras 6 meses del alta.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de TEP atendidos en la Unidad de Geriátrica del HGG entre los años 2009 y 2014. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, presentación inicial y estudios paraclínicos realizados, calculándose de forma retrospectiva las escalas probabilísticas (Wells y Ginebra) para cada paciente, así como la mortalidad durante episodio agudo y a los 6 meses del alta.

Resultados: Se registraron 48 pacientes con TEP en el periodo de estudio. Edad media $85,5 \pm 6,8$ años, predominantemente mujeres (89,6%). Forma de presentación más frecuente fue: disnea (58%) seguido de síncope (21%). En la exploración física destacó: taquipnea (60%) y taquicardia (30%). El dímero D medio fue de $2,697 \pm 249$, en 25% de los casos se objetivó S1Q3T3, con angioTAC diagnóstico en el 80% de los casos. Según Escala de Wells (media $1,1 \pm 1,2$) el 81,3% presentaba probabilidad baja y 18,7% media de presentar TEP. Según Ginebra (media $5,7 \pm 2,1$; el 87,5% presentaba una probabilidad intermedia y el 10,4% baja de presentar TEP). La mortalidad durante el episodio agudo fue 20,8% y la acumulada tras 6 meses del alta fue de 39,6%. No se objetivaron factores significativamente relacionados con mortalidad.

Conclusiones: En población geriátrica es frecuente la presentación atípica con elevada mortalidad. Rentabilidad diagnóstica de pruebas paraclínicas no varía respecto a registrado en literatura para otras poblaciones. La incorporación de herramientas probabilísticas facilita el diagnóstico. Se demostró mayor sensibilidad con la Escala de Ginebra, debido a que maneja variables objetivas a diferencia de Wells.

PC-053. TRATAMIENTO DE METÁSTASIS CEREBRALES CON RADIOTERAPIA Y TÉCNICA DE ARCO TERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA – VMAT: EXPERIENCIA DE UNA INSTITUCIÓN

M. Alcaraz¹, A. Serna², P.P. Escolar², V. Puchades³, J.A. López-Morata¹, J. Salinas² y L. Soriano³

¹Universidad de Murcia. Murcia. ²Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. ³Hospital Perpetuo Socorro. Cartagena.

Objetivos: Mostrar los resultados clínicos en el tratamiento de metástasis cerebrales con radioterapia empleando la técnica Volumetric Modulated Arch Therapy (VMAT).

Métodos: 52 pacientes, incluyendo cáncer de pulmón (62%), cáncer de mama (17%), cáncer colo-rectal (8%) y otros (13%), con una a tres metástasis cerebrales fueron tratados con 5 arcos VMAT no coplanares. La dosis de tratamiento varió entre 12 y 20 Gy, administrada en sesión única. El volumen de las metástasis estuvo comprendido entre 0,04-24,92 cc. El uso de varios isocentros depende de la localización y número de metástasis. Se empleó radiocirugía exclusiva en el 54% de los casos, mientras que el 19% recibieron irradiación holocraneal debido a recidiva. Los pacientes se clasifican según el índice Disease-Specific Graded Prognostic Assessment y se evalúa la supervivencia según el modelo Kaplan-Meier.

Resultados: La mediana global de supervivencia fue de 7,2 meses desde la fecha de la radiocirugía. El índice de Karnofsky y el DS-GPA fueron los parámetros más significativos para la supervivencia. Los pacientes con Karnofsky performance status mayor de 70 tuvieron mayor supervivencia, 9,2 meses, frente a aquellos con KPS menor de 70, de 3,5 meses. No se encontraron diferencias significativas con respecto al tipo de cáncer ni número de lesiones. Se obtuvo control local tumoral en 42 metástasis (82%), de las cuales en 7 se logró respuesta completa, en 21 se logró respuesta parcial y en 15 lesiones se logró estabilización. En 8 lesiones (15%) se observó una progresión local. El tiempo medio de tratamiento por paciente fue de 29 minutos.

Conclusiones: Los resultados presentados son comparables a las series históricas de radiocirugía. Por tanto, la técnica VMAT es segura y eficaz en el tratamiento de metástasis cerebrales con radiocirugía. La rapidez del tratamiento permite integrar las radiocirugías dentro de la programación normal del servicio de radioterapia.

PC-054. USO DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CON DEMENCIA: ESTUDIO ASCLEPIO

G. Tamame González¹, J.A. Monforte Porto² y P. Vega Pérez¹

¹Residencia Los Tres Árboles. Zamora. ²Servicio de Psiquiatría. Zamora.

Introducción: Los síntomas neuropsiquiátricos presentes en la demencia originan, con frecuencia, demandas asistenciales y de intervención, en muchas ocasiones de tipo psicofarmacológico.

Objetivos: Determinar el uso de psicofármacos en los pacientes con demencia en un entorno residencial.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, naturalístico y transversal sobre 22 pacientes con demencia en un centro residencial. Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil), clínicas (antecedentes psiquiátricos, diagnóstico del tipo de demencia según criterios CIE-10) y terapéuticas (número de psicofármacos, tipo de psicofármacos). Diseño del estudio: Se trata de un estudio descriptivo en el marco de un estudio más amplio – PrevAlencia de demencia, Sus Comorbilidades y la Presencia de síntomas neuropsiquiátricos en residencias (Estudio ASCLEPIO). Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: La media de edad es 90 años. Un 81,8% son mujeres. El 72,7% de la muestra eran viudos. Se constató en un 81,8% de los pacientes antecedentes de depresión y en un 27,3% de ansiedad. La demencia más prevalente es la enfermedad de Alzheimer (68,2%) – 22,7% demencia tipo Alzheimer de inicio tardío y 45,5% demencia mixta –, seguida de la demencia sin especificación (27,3%) – diagnóstico de síndrome demencial – y la demencia vascular (4,5%). El 90,9% de los pacientes tenían prescrito al menos un psicofármaco. El número de psicofármacos oscila entre 0 y 6 (media de 2,6). Los psicofármacos más utilizados son los antidepresivos (63,6%), seguidos de los antipsicóticos (59,1%), ansiolíticos (54,5%) e hipnóticos (22,7%). Un 40,9% de los pacientes tenían prescrito fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE), y sólo un caso (4,5%) presentaba terapia combinada (IACE + memantina).

Conclusiones: Elevada prevalencia de uso de psicofármacos en los pacientes con demencia (90,9%), fundamentalmente antidepresivos,

antipsicóticos y ansiolíticos. Ante la elevada morbilidad relacionada con el uso de psicofármacos en el perfil de fragilidad del paciente con demencia, se deberá revisar con frecuencia la indicación de continuar con su uso, para evitar la cronificación del tratamiento, así como contemplar más a menudo la valoración de otras medidas previas al tratamiento farmacológico.

PC-055. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN EL ANCIANO CON DEMENCIA EN MEDIO INSTITUCIONAL: ESTUDIO ASCLEPIO

J.A. Monforte Porto¹, G. Tamame González² y P. Vega Pérez¹

¹Servicio de Psiquiatría. Zamora. ²Residencia Los Tres Árboles. Zamora.

Introducción: La presencia de demencia en los centros residenciales se estima en un 61,7%. Además, se ha descrito que el 49-89% de los pacientes con demencia presentan síntomas neuropsiquiátricos. La presencia de estos síntomas conlleva un aumento en el uso de medicación psicoactiva y generan un aumento del estrés añadido en el personal cuidador.

Objetivos: Determinar la prevalencia y gravedad de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) en un centro residencial.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, naturalístico y transversal sobre 22 pacientes con demencia en un centro residencial. Variables sociodemográficas (edad, sexo, duración de la institucionalización), clínicas (estadiaje según la escala Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg, versión española del Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home –NPI-NH-). Diseño del estudio: Se trata de un estudio descriptivo en el marco de un estudio más amplio – PrevAlencia de demencia, Sus Comorbilidades y la Presencia de síntomas neuropsiquiátricos en residencias (Estudio ASCLEPIO). Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados: La media de edad es 90 años. Un 81,8% son mujeres. La duración media de institucionalización es de 99,7 meses. Un 50% presentan una demencia grave (estadio 6 y 7 del GDS). La prevalencia de SPCD fue del 63,6%. Los síntomas más comunes fueron la agitación (31,8%), la depresión (27,3%), la apatía (27,3%), la ansiedad (22,7%) y las alteraciones del sueño (22,7%). El 45,4% de los pacientes presenta al menos un SPCD clínicamente significativo (frecuencia x gravedad del síntoma ≥ 4), suponiendo una interrupción ocupacional significativa (estrés ≥ 3) en el 27,3% de los casos. La apatía (27,3%), la agitación (22,7%) y la depresión (18,2%) son los SPCD con mayores puntuaciones clínicamente significativas ($F \times G \geq 4$). La agitación (13,6%) y la conducta motora anormal (13,6%) son los síntomas que mayor interrupción ocupacional generan (estrés ≥ 3).

Conclusiones: Elevada prevalencia de SPCD en los pacientes con demencia en un centro residencial. La apatía, la agitación, la depresión y la conducta motora anormal son los síntomas clínicamente más significativos o que mayor estrés generan. Necesidad de implementación de medidas preventivas que minimicen su aparición.

PC-056. DÉFICIT DE VITAMINA D EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

C. Martínez Alvares, E. Roquer, S. Paredes, M. Bonillo, L. Vega y A. Rodríguez

Hospital Universitari Sant Joan. Reus.

Objetivos: Determinar la prevalencia de déficit de vitamina D en pacientes >65 años con fractura de cadera ingresados en la unidad de ortogeriatría, así como conocer su estado de salud y fracturas previas al ingreso.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de paciente ingresados por fractura por fragilidad de cadera en la unidad

de ortogeriatría de nuestro hospital en el transcurso de un año (enero-2014-diciembre del 2014). Se excluyen pacientes menores de 65 años y con fractura por alto impacto. Se recogen datos sociodemográfico, situación funcional y de salud. Se determinaron niveles de 25 hidroxivitamina D siguiendo los parámetros habituales del laboratorio.

Resultados: La población de estudio incluye 139 pacientes. Edad media de 84,5 (DE 6,6), rango 66-101. El 22,3% hombres (31) y 77,7% mujeres (108). El índice de Charlson promedio fue de 5,3 (DE 1,15), rango 3-10. El 69,8% no había presentado fracturas previas por fragilidad ósea (97) y un 30,2% ya tenía alguna fractura anterior (42). El 85% de los pacientes no llevaba tratamiento para osteoporosis. De los 42 pacientes con fractura previa, 2 eran vertebrales y 13 ya habían sufrido una fractura de cadera, 2 de éstos periprotésica. De los 42 pacientes con fractura previa solo el 20% estaba con tratamiento para osteoporosis (suplementos de vitamina D y calcio, bifosfonatos). Los niveles de 25 hidroxivitamina D promedio fueron de 8,7 ng/dl (DE 7,7), rango 3-41. El 55% mostró niveles inferiores a 6 ng/dl y el 75% por debajo de 11 ng/dl. Solo 3 pacientes presentaron niveles normales de 25 hidroxivitamina D (30-81 ng/dl). El 30% tenían cifras inferiores a 3 ng/dl.

Conclusiones: En nuestra cohorte el 75% de los pacientes tenía niveles de 25 hidroxivitamina D inferiores a 11 ng/dl y solo 3 pacientes presentaron niveles normales. Encontramos un 30% de pacientes con fractura previa y de éstos la mayoría (80%) no habían sido estudiado ni seguía ningún tratamiento para la osteoporosis. Estos resultados, junto a otros recientes, apoyan realizar screening para detectar déficit de vitamina D y suplementar con tratamiento como estrategia para prevenir fractura de cadera en ancianos.

PC-057. USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA Y RESIDENCIAS: TELEDERMATOLOGÍA MÓVIL GERIÁTRICA

J. Gómez-Pavón, F. Sánchez del Corral, M. Guarino, J. Barrio, J.J. Baztán y M.I. Piñuel González
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Evaluar el coste-eficacia de una plataforma móvil de tele dermatología (TD) en unidades de Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD) y Atención Geriátrica Residencial (AGR).

Métodos: Uso de TD, app móvil Android propia del Hospital (beca Universidad Alfonso X el sabio) instalada en móvil Samsung Galaxy S3®. Geriatras toman (cámara de 8 megapíxels) y envían imágenes e información clínica relevante. Dermatólogo recibe en smartphone y contesta (mismo momento o < 24 horas). Casos claros son diagnosticados y tratados a través de TD sin remitir al paciente a la consulta. Casos no claros o casos de tratamiento específico (biopsia, exéresis de la lesión) son referidos a la consulta. El seguimiento posterior por TD sin remitir al paciente al hospital. Costes establecidos por Unidad de gestión económica: 1ª consulta dermatología, consultas sucesivas y ambulancias ida y vuelta (media km calculada según área). Pacientes incluidos desde su inicio 1-3-2014 al 27-2-2015.

Resultados: 79 pacientes (90% mujeres, edad media: 85,85 ± 7,19 años). El 95% con supervisión/ayuda de una persona o más para deambulación (índice Cruz Roja Físico ≥ 3) con 37% demencia (71% estadio grave, índice Cruz Roja Mental > 4). 80 pacientes (76%) fueron manejados solo con TD: 50 (63%) una única consulta y 10 (13%) necesitaron seguimiento vía TD. 19 pacientes (24%) se remitieron al hospital: 5 (6%) biopsia, 9 (11%) exéresis/tratamientos paliativos, 1 (1%) remitido a maxilofacial. Coste ahorrado: 1ª consulta: 60 × 67,45 € = 5.328,55 €, sucesivas = 10 × 40,47 € = 404,7 €, traslado ambulancias ida y vuelta = 70 × 84,6 € = 5.922 €. Total ahorro = 10.373,7 €. Coste por paciente evitado: 131 €.

Conclusiones: La teledermatología móvil geriátrica es una nueva tecnología útil para el manejo de pacientes geriátricos en programas de

atención geriátrica domiciliaria y residencial, evitando en un 76% el traslado de los pacientes a la consulta hospitalaria de dermatología con una importante racionalización de coste.

PC-058. INFLUENCIA DE UN MÉDICO GERIATRA EN LA PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN: COMPARACIÓN ENTRE DOS COHORTES

H. Manjón Navarro¹, A. García Baztán², M. Martín Montagut¹, M.I. Martínez Fernández¹, C. Udina Argilaga¹, R. Miralles Basseda¹ y C. Roqueta Guillén¹

¹Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona. ²Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Comparar la prescripción de benzodiazepinas entre dos cohortes de pacientes ancianos afectos de fractura de fémur al ingreso en una unidad de convalecencia geriátrica (UCO) durante dos periodos de tiempo distintos. Valorar la influencia de un médico especialista en geriatría en dicha prescripción.

Métodos: Se registraron de forma retrospectiva dos cohortes de pacientes ingresados en UCO. Los pacientes de la cohorte A (n = 129) procedían de una unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) (sin geriatra) y los de la cohorte B (n = 128) de una unidad de Ortogeriatría (geriatra integrado). Se realizó una valoración geriátrica integral que incluía situación funcional y cognitiva previa a la hospitalización en agudos, y al ingreso y al alta de UCO (índice de Barthel (IB), índice de Lawton y Mini-Mental de Folstein). Se compararon las proporciones de prescripción de benzodiazepinas entre las dos cohortes al ingreso de UCO (alta de la unidad de hospitalización de agudos) y sus prescripciones *de novo* con respecto al domicilio.

Resultados: La prescripción de benzodiazepinas al alta de la unidad de hospitalización fue 71 (55,04%) en la cohorte A (COT) y de 25 (19,53%) en la B (Ortogeriatría) (p < 0,0001); en domicilio fue 37 (28,68%) y 36 (28,12%), respectivamente (p = 0,9211). La proporción de prescripciones *de novo* al alta de la hospitalización en agudos fue 40 (56,34%) en la cohorte A y de 4 (16,00%) en la B (p < 0,005). En la comparación entre ambas cohortes, se hallaron diferencias en la edad (cohorte A: 81,00 ± 9,20 vs cohorte B: 83,37 ± 8,11 (p = 0,02)) y situación funcional al ingreso (IB: 30,79 ± 16,06 vs 25,15 ± 13,69, respectivamente (p = 0,002)); no se hallaron diferencias en el sexo ni en la situación funcional y cognitiva previa, y al alta de la UCO.

Conclusiones: La proporción de prescripción de benzodiazepinas al alta de la unidad de Ortogeriatría fue significativamente inferior a la de la unidad de COT. El porcentaje de prescripciones *de novo* fue significativamente más elevado en la unidad de COT. La presencia de un médico geriatra influye en la no prescripción de fármacos considerados inapropiados en pacientes ancianos.

PC-059. INCIDENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES CON FRACTURA DE TERCIO PROXIMAL DE FÉMUR INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.G. Carrizo, C. Arnal Carda, L.P. Arriarán Germán Palacios, C. Pérez Bocanegra, J. Barbe Gil-Ortega y A. San José Laporte
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El delirium es una complicación con alta incidencia en las unidades de ortogeriatría con aumento de la morbimortalidad, la estancia hospitalaria, institucionalización al alta y gasto sanitario por lo que detectar los pacientes en riesgo de desarrollarlo ayudaría a su prevención y seguimiento más estrecho.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes que desarrollaron delirium durante el ingreso por fractura de tercio proximal de fémur. Valorar la utilidad del Delirium predictive score (DPS) para detectar pacientes ancianos con riesgo de desarrollar delirium.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes ≥ 75 años ingresados en el área de traumatología del Hospital Vall d'Hebron por fractura de tercio proximal de fémur. A todos los pacientes se les realizó una valoración geriátrica integral que incluía el CAM al momento del ingreso y cada 48 horas hasta el alta y se aplicó el DPS $\{[(5 \times \text{BUN mg/dl}) / (\text{creatinina mg/dl})] - [3 \times \text{IB previo}]\}$.

Resultados: Se incluyeron un total de 43 pacientes, 76,7% mujeres, la edad media fue de 84,3 años. La incidencia de delirium fue de 41,9% (18). Se observó que los pacientes que desarrollaron delirium durante el ingreso tenían una edad media mayor (86,1 años vs 82,6 años) ($p = 0,03$), un peor estado funcional previo (IB 66,3 vs 77,5) ($p = 0,05$) y tenían más deterioro cognitivo (72,2% vs 16,7%) ($p = 0,001$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a comorbilidad y número de fármacos. El DPS fue más elevado en los pacientes que presentaron delirium (-61,22) frente a los que no (-119,6), ($p = 0,02$). A pesar de ello, en los pacientes que no presentaron delirium, la media del DPS se encontró por encima del punto de corte establecido en la publicación original.

Conclusiones: Los pacientes que desarrollaron delirium durante el ingreso fueron en su mayoría mujeres de edad avanzada, con baja comorbilidad, deterioro cognitivo previo y dependencia leve para las ABVD. El DPS podría ser de utilidad en la predicción de delirium en esta población, pero requeriría una mayor muestra para establecer el punto de corte.

PC-060. PERFIL DE LOS ANCIANOS QUE FALLECEN DURANTE EL INGRESO POR FRACTURA DE CADERA Y POSIBLES FACTORES PREDICTORES

P. Sáez López, N. Sánchez Hernández, N. Alonso García, I. Romero Mayoral, M.J. Rincón González y J.A. Valverde García
Hospital de Ávila. Ávila.

Introducción: El 5% de los ancianos que ingresan por fractura de cadera mueren durante el ingreso. Hay algunas variables que nos pueden ayudar a predecir la mala evolución.

Objetivos: Determinar las características de los ancianos que fallecen en la fase aguda de la hospitalización por fractura de cadera y predictores de mortalidad. -Evaluar la influencia de la implementación de una Vía sobre la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal, analítico, de intervención cuasi-experimental clínico (antes-después). Se comparan dos grupos de pacientes, los de 2010 considerados grupo control y los de 2013, sometidos a la intervención, que son el grupo estudio. La intervención consistió en la implantación de una vía clínica elaborada a partir de las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica (GPC) y según la evidencia científica actual.

Resultados: La mortalidad hospitalaria de la muestra total (412) fue del 7,76%. Los pacientes que fallecieron eran más mayores (2,5 años más), con peor situación funcional basal (un 10% más caminaban con ayuda y 10 puntos menos en el Índice de Barthel), con mayor número de comorbilidades y de polifarmacia previa (> 5) y mayor puntuación en el Índice de Charlson. Cerca del 98% con ASA III/IV (frente al 76% de la muestra global), sufrieron más complicaciones y mayor retraso quirúrgico. En el análisis por grupos, no se registraron diferencias significativas en las características basales, excepto más comorbilidades en 2013. La mortalidad en los pacientes ingresados e intervenidos por fractura de cadera fue menor en el grupo intervención (2,87% frente a 5,10%), sin diferencia significativa. El análisis bivariable del total de pacientes (412) demostró que la mortalidad hospitalaria se asocia de forma significativa con polimedicación previa (más de 5 fármacos), IB previo menor de 60 y edad. El retraso quirúrgico no se ha asociado con mayor mortalidad. Algunas de estas variables (edad y situación funcional) coinciden con las de escalas que predicen mortalidad a 30 días (Sernbo y Nottingham).

Conclusiones: El perfil de pacientes con mayor mortalidad hospitalaria tras fractura de cadera viene definido por la edad, deterioro funcional previo, mayor comorbilidad y complicaciones hospitalarias y mayor polifarmacia previa.

PC-061. ¿CÓMO ES EL DERRAME PLEURAL DEL PACIENTE ANCIANO CON TORACOCENTESIS DIAGNÓSTICA?

M. Moreno Ariño, J. García Gómez, J. Padrós Pedraza, y. Oujja, J. Tárrega Camarasa, E. Barbata Sánchez y S. Ariño Blasco
Fundació Hospital Asil de Granollers. Granollers.

Objetivos: Describir las características generales de los derrames pleurales (DP) mediante toracocentesis diagnóstica en los pacientes ancianos mayores de 75 años.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo de los DP con toracocentesis diagnósticas consecutivas en un hospital general desde enero de 2010 hasta diciembre de 2013. Se revisan historias clínicas registrando variables clínicas, características del DP, diagnóstico y evolución.

Resultados: Se han analizado 325 casos, 57,5% hombres, edad media de 82,6 (DE $\pm 5,3$) años, estancia media de 15,7 (DE $\pm 14,8$) días. Se asoció dolor torácico en un 18,1%. La etiología del DP fue: insuficiencia cardíaca (IC) 43,7%, infección no tuberculosa 21% (23,8% de ellos, empiema), neoplásicos 18,2%, tuberculosis (TBC) 0,6% y otras etiologías 16,4%. En cuanto a la localización de los DP: 42,1% derechos, 37,4% izquierdos y 20,5% bilaterales. En cuanto a resultados bioquímicos del líquido pleural (LP), los pacientes con diagnóstico de IC presentaron una media de 2,56 g/L de proteínas en LP y los de causa infecciosa de 3,2 g/L. De los DP de etiología infecciosa no TBC, un 17,2% presentaron cultivo positivo. En cuanto a los DP en contexto neoplásico, en el 55,2% de los casos la citología resultó positiva para malignidad. Se colocó tubo de drenaje en 11,8% del total de los casos y en un 68,8% en los diagnosticados de empiema. El tiempo medio de mantenimiento del drenaje fue de 9,4 (DE $\pm 11,1$) días. La mortalidad al año fue 40,9%, y según etiología: IC 39,6%, infecciosos 31,9% y en los neoplásicos 63,8%.

Conclusiones: Existen pocos estudios descriptivos acerca de derrames pleurales dirigidos a la población geriátrica. La presencia de DP se asocia a una elevada mortalidad al año en pacientes ancianos. La causa más frecuente es cardiogénica. En los DP de causa infecciosa tan solo se aisló el germen causante en aproximadamente 1/6 de los casos. La citología aporta el diagnóstico en poco más de la mitad de los DP neoplásicos. La determinación aislada de proteínas en LP en pacientes ancianos no es útil para discriminar causa exudativa o trasudativa del DP si establecemos ésta en relación a los diagnósticos clínicos observados.

PC-062. PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL DE CRÓNICOS DE MISLATA

G. Cristea, R. Valera Lloris, I. Balaguer Guallart, R. Ruiz Querol y R.M. Franco
Hospital de Crónicos de Mislata. Valencia.

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad constituye un problema sanitario de elevada prevalencia y altos costes. Su diagnóstico, la comorbilidad y mortalidad asociada, así como la elección de procedimientos terapéuticos para revertirla implican un problema asistencial y un importante coste económico para los centros hospitalarios. En el momento actual en España no existe un Plan Estratégico Integral a nivel nacional para abordar la desnutrición hospitalaria.

Objetivos: Valorar el estado de nutrición proteico-calórica en pacientes ingresados en HACLE, Hospital de Crónicos de Mislata, al ingreso y al alta hospitalaria. Determinar los valores de los parámetros bio-

químicos nutricionales (albúmina, colesterol, linfocitos) y realizar la determinación de los parámetros antropométricos nutricionales (peso, índice de masa corporal). Realizar un tratamiento adecuado en función del grado de desnutrición. Describir la prevalencia de desnutrición entre estos pacientes, al ingreso y al alta hospitalaria. Evaluar la correlación entre el grado de desnutrición y la situación funcional basal medida con el índice de Barthel. Analizar la tasa de mortalidad entre los enfermos con desnutrición. Analizar las decisiones adoptadas para el manejo nutricional de estos enfermos. Observar las medidas de soporte nutricional (suplementos proteicos, nutrición por sonda nasogástrica o nutrición por gastrostomía endoscópica percutánea) indicadas.

Métodos: Primer paso: elaboración sistema de cribado nutricional, valoración nutricional y tratamiento de la desnutrición: realizado en el último trimestre del año 2014. Se han analizados varios sistemas de cribado, valoración nutricional y tratamiento estandarizado de la desnutrición hospitalaria. Se ha elegido para el screening y la valoración nutricional: el MNA; el índice de Conut (albúmina, colesterol, linfocitos totales), peso, índice de masa corporal. Segundo paso: formación: en marcha en el momento actual. Tercer paso: puesta en práctica: se ha empezado la valoración nutricional desde enero 2015.

Resultados: Conseguimos una herramienta de valoración nutricional potente, para la valoración del paciente al ingreso y al alta hospitalaria, y poder analizar de forma sencilla, la evolución de los pacientes a nivel nutricional.

Conclusiones: Los estudios de coste efectividad que se vienen publicando desde hace 20 años muestran que los equipos de soporte nutricional son coste-efectivos. Tratar adecuadamente la desnutrición es invertir en salud y permite ahorrar costes.

PC-063. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA RAPID RECOVERY DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

P. Sáez López, N. Sánchez Hernández, N. Alonso García, B. del Pino, J.A. Valverde García, I. Romero Mayoral y M.J. Rincón González
Hospital de Ávila. Ávila.

Objetivos: Describir las características del programa Rapid Recovery Fracture (RR).

Métodos: RR es un sistema de gestión de calidad para la optimización y mejora continua de la Vía Clínica del paciente con fractura de cadera basado en la evidencia. El equipo multidisciplinar evalúa y detecta fortalezas y áreas de mejora del proceso, elaborando así los objetivos del programa. El trabajo se organiza en grupos de profesionales con sus propios objetivos (pre y postoperatorio, información, circuito, indicadores, rehabilitación). Se implantan las medidas y se elaboran indicadores, así como una herramienta de recogida de datos para evaluar la eficacia de las medidas, estableciendo un control de calidad continuo.

Resultados: Los objetivos del programa son mejorar la analgesia precoz, continuada y adaptada al paciente geriátrico, agilizar el ingreso en planta, reducir la demora quirúrgica, programa de ahorro de sangre, movilización precoz, aumentar la intervención de rehabilitación y reducir complicaciones. Para ellos se protocoliza la analgesia en Atención Primaria, en Urgencias y en reanimación/planta, se elabora protocolo de triaje avanzado por Urgencias para agilizar el ingreso, se actualiza documento de información, se intenta cirugía precoz de urgencia o en 24h salvo contraindicaciones, se elabora programa de ahorro de sangre y se protocoliza la intervención sistemática de rehabilitación. Se decide pasar una encuesta de satisfacción al paciente para completar la información de los indicadores.

Conclusiones: El programa RR busca una recuperación rápida y optimización de tiempos con disminución de la mortalidad y complicaciones y mayor satisfacción del paciente.

PC-064. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CULTIVOS POSITIVOS DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC) EN LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

L. Bárcena Goitiandia, M. Hornillos Calvo, D. Tena Gómez, M. Martínez Ramírez, S. Solís del Baño, C. Martín Dalgesso e I. Bartolomé Martín
Hospital Universitario. Guadalajara.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es describir los cultivos positivos de EPC en lesiones de piel y partes blandas en mayores de 65 años.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva las cepas aisladas en el servicio de Microbiología del nuestro hospital en el periodo comprendido entre el 2012-2014. Se registraron variables clínico-epidemiológicas (edad, sexo, comorbilidad, servicio hospitalario) y microbiológicas (antibioterapia 6 meses previos, antibiograma) Se utilizaron la media (desviación estándar, DE) para describir las variables cuantitativas y la frecuencia (%) para las categóricas.

Resultados: Se incluyeron 30 casos de EPC que correspondieron al 2,4% del total de enterobacterias aisladas en mayores de 65 años en lesiones de piel y partes blandas. El 56,7% fueron de adquisición nosocomial. La media de edad fue 78,5 (DE 7,5), puntuación en el índice de Charlson de 4,2 (DE 2,2), CRM 1,67 (DE 1,9), y CRF 2,63 (DE 2,18). Los aislamientos más frecuentes fueron (n, [%]): *Klebsiella pneumoniae* (22, 73,3%) y *Enterobacter cloacae* (4, 13,3%). Las carbapenemasas más frecuentes fueron: OXA-48 (24, 80%), VIM1 (5, 16,7%) y KPC (1, 3,3%). Las localizaciones más frecuentes fueron: sacro: 7 casos (2,3%) y abdomen 6 (20%). 15 casos (50%) correspondieron a úlceras y 9 (30%) a heridas quirúrgicas. Del total de casos 21 (70%) habían tenido un ingreso previo en los últimos 6 meses, 46,7% procedían de residencias y 27 (90%) habían recibido tratamiento antibiótico previo en el mismo periodo. En 23 casos (76,7%) se utilizó tratamiento previo con Amoxi/Clav y cefalosporinas, en 7 (23,3%) quinolonas y en 7(23,3%) carbapenémicos. La sensibilidad a antibióticos no betalactámicos fue: amikacina 100%, colistina 92%, tigeciclina 43%, fosfomicina 33%, gentamicina 33%, cotrimoxazol 17% y ciprofloxacino 13%. El 70% eran cepas productoras de BLEE.

Conclusiones: Se registró una elevada prevalencia de EPC del 2012 al 2104. Los pacientes presentaban alta comorbilidad, reingresos hospitalarios y elevado uso de antibioticoterapia previa. Los antibióticos más utilizados previamente fueron los betalactámicos, quinolonas y carbapenémicos. Debido a la multirresistencia que presentan estas cepas y a su incremento reciente, resulta difícil establecer una recomendación para el tratamiento empírico de estas infecciones.

PC-065. RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN LA UNIDAD DE POSTAGUDOS DEL PARC DE SALUT MAR TRAS ARTROPLASTIA DE RODILLA

E. Casanovas¹, C. Udina Argilaga¹, R. Ruiz¹, O. Vázquez¹, J.M. Muniesa² y M.D. Sánchez Rodríguez¹
¹Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital de l'Esperança. Barcelona.

Objetivos: Las Unidades de Postagudos forman parte del ámbito asistencial sociosanitario y tienen una función principalmente rehabilitadora tras ingreso en unidades de hospitalización de agudos. El objetivo del trabajo es describir las características demográficas, principales resultados de la valoración geriátrica y puntuaciones en los índices de impacto de la rehabilitación de los pacientes ingresados para recuperación funcional tras artroplastia de rodilla en la Unidad de Postagudos.

Métodos: Descriptivo de la cohorte de pacientes sucesivos ingresados en Post-Agudos tras artroplastia total de rodilla para recuperación funcional [abril'13-febrero'15]. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad (Charlson), Barthel, Lawton,

MMSE e índices de impacto de rehabilitación: ganancia funcional absoluta (Barthel alta-Barthel ingreso); eficiencia rehabilitadora (ganancia funcional/estancia); ganancia funcional relativa [(Barthel alta-Barthel ingreso)/(Barthel previo-Barthel ingreso)]; estancia, destino al alta, necesidad de rehabilitación al alta.

Resultados: De 322 pacientes del periodo, 44 eran artroplastias de rodilla (82% mujeres; 75,8 ± 6,2 años). Los pacientes con artroplastia presentaban Barthel al ingreso de 57,8 ± 15,5 y al alta de 86,5 ± 16,8, Lawton de 6,9 ± 1,8, un Charlson de 1,2 ± 1,2 y MMSE de 25,8 ± 4,7 puntos. Precisarón una estancia media de 16,1 ± 5,3 días y presentaron una ganancia funcional absoluta de 28,7 ± 22,5, eficiencia rehabilitadora 1,9 ± 1,3 y ganancia funcional relativa de 74,4 ± 73,3%. Al alta, el 98,4% retornaron a domicilio y el 1,6% precisaron traslado a Convalecencia. El 36,1% no precisaron continuar tratamiento rehabilitador al alta; para el 29,5% se solicitó fisioterapia domiciliaria y el 14,8% continuaron el proceso en Hospital de Día del Servicio de Rehabilitación.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en Unidad Postagudos tras artroplastia de rodilla son en su mayoría mujeres dependientes en grado moderado para las actividades básicas, sin deterioro cognitivo y presentan escasa comorbilidad. Tras tratamiento rehabilitador en la Unidad se observaron excelentes resultados en ganancia funcional absoluta y relativa y una eficiencia rehabilitadora intensa. La mayoría de pacientes pudieron ser dados de alta a domicilio y continuaron el proceso rehabilitador de forma ambulatoria.

PC-066. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA Y LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA MEDIANTE EL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)?

C. Udina Argilaga, E. de Jaime, E. Sevilla, M. Rodríguez, S. Burcet, O. Vázquez y R. Miralles
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Correlacionar los resultados obtenidos en un cuestionario de percepción de salud (PSN) con los instrumentos clásicos de valoración geriátrica.

Métodos: Se realizó estudio descriptivo de pacientes que acudieron a primera visita ambulatoria de Geriátría entre 2007 y 2011. Fueron excluidos los pacientes en los que el PSN no fue practicable (MMSE de Folstein < 10, afasia o falta de colaboración). Se registró edad, sexo e IMC y se aplicaron las siguientes escalas de valoración geriátrica: Barthel, Lawton, MMSE, escala de depresión geriátrica Yesavage, Charlson, escala Norton, Timed get-up-and-go (TUG), Tinetti y el cuestionario PSN. El PSN analiza distintas dimensiones: Energía (E), Reacciones emocionales (RE), Movilidad física (MF), Aislamiento social (AS), Dolor (D), Sueño (S). Se realizó análisis mediante test de correlación de Spearman y test U de Mann-Whitney en función del tipo de variable.

Resultados: Se estudiaron 369 pacientes (59,8% mujeres), 38 de los cuales fueron excluidos. Se observó buena correlación entre la dimensión Movilidad Física e índices Barthel ($r = -0,59$ $p < 0,0001$), Norton ($r = -0,53$ $p < 0,0001$), TUG ($r = 0,67$ $p < 0,0001$) y Tinetti ($r = -0,63$ $p < 0,0001$). Las dimensiones Energía, Reacciones emocionales y Aislamiento social mostraron correlación estadísticamente significativa con la escala Yesavage con $r = 0,47$ ($p < 0,0001$), $r = 0,49$ ($p < 0,0001$) y $r = 0,51$ ($p < 0,0001$), respectivamente. La puntuación total del PSN se correlacionó con escalas Yesavage ($r = 0,53$ $p < 0,0001$), TUG ($r = 0,41$ $p < 0,0001$) y Tinetti ($r = -0,416$ $p < 0,0001$). No se observó relación entre PSN y edad, pero sí se observaron diferencias significativas en las puntuaciones medias entre sexos en: Energía (hombres: 27,56 ± 30,29; mujeres: 40,57 ± 36,30; $p = 0,0027$); Reacciones emocionales (hombres: 29,24 ± 25,08; mujeres: 39,4 ± 27,45; $p = 0,0008$); Dolor (hombres: 25,47 ± 24,68; mujeres: 38,49 ± 32,83; $p = 0,0009$). El resto de relaciones estadísticamente significativas se consideraron no relevantes por presentar $r < 0,4$.

Conclusiones: Existe buena correlación entre la percepción subjetiva de Movilidad física y los instrumentos de la valoración geriátrica que eva-

lúan la capacidad funcional. Hubo correlación entre la percepción de salud referida al estado emocional y la escala de depresión geriátrica. La utilización de escalas de calidad de vida y percepción de salud pueden ser útiles para detectar problemas de movilidad y de estado emocional.

PC-067. CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE POSTAGUDOS DEL PARC DE SALUT MAR

C. Udina Argilaga¹, A. Tortosa², J.M. Muniesa², E. Casanovas¹, C. Béjar¹, H. Manjón¹ y M.D. Sánchez Rodríguez¹

¹Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital de l'Esperança. Barcelona.

Objetivos: Los pacientes de edad avanzada precisan frecuentemente ingresos hospitalarios y procesos de rehabilitación más prolongados. Surge la necesidad de alternativas a la hospitalización de agudos en pacientes ya diagnosticados que no requieren una intensidad sanitaria alta. La Unidad de Postagudos es un nivel asistencial de sociosanitario enfocado al tratamiento rehabilitador y la atención integral interdisciplinar con el objetivo de conseguir una recuperación funcional máxima y alcanzar una mejoría en los resultados de salud, reduciendo las complicaciones médicas secundarias y la institucionalización. En nuestra unidad los pacientes proceden del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación o bien de otros servicios de hospitalización de agudos. El objetivo del trabajo es analizar si ambas procedencias cumplen los estándares de calidad propuestos por el Pla de Salut 2011-2015 y la bibliografía.

Métodos: Descriptivo prospectivo de cohorte de 245 ingresados [abril'13-diciembre'14]. Comparación de resultados entre "Rehabilitación" versus "Otras procedencias" respecto a estándares de Media Estancia y Postagudos. Estándares Media Estancia: estancia < 35 días; ganancia funcional absoluta (GFA) [> 20 adecuada, > 35 excelente] y relativa (GFR) [$> 35\%$ adecuada, $> 50\%$ excelente]; eficiencia [actividad moderada $> 0,5$, intensa > 1]; destino: domicilio $> 70\%$, institucionalización $< 20\%$, mortalidad $< 5\%$. Estándares Postagudos: procedencia hospitalaria 100%; estancia ≤ 15 días; destino: domicilio 70-80%, urgencias $< 10\%$, sociosanitario $\leq 10\%$, mortalidad $< 10\%$.

Resultados: Grupo "Rehabilitación" superaba todos los estándares de Media Estancia: estancia 15,5 ± 6,2 días; GFA 25,7 ± 20,5; GFR 77,5%; eficiencia 1,7 ± 1,8; destino (domicilio 90,8%, institucionalización 0,7%, mortalidad 0%) y Postagudos: procedencia hospitalaria 100%, destino (urgencias 2,8%, sociosanitario 5,7%). Grupo "Otras procedencias" también superaba todos los estándares de Media Estancia: estancia 17,3 ± 7,7 días; GFA 31,4 ± 21,9; GFR 75,6%; eficiencia 1,9 ± 1,8; destino (domicilio 57,7%, institucionalización 9,6%; mortalidad 1%). Respecto a los de Postagudos cumplía en procedencia 100% y mortalidad 1%, pero no en estancia ni destino (urgencias 13,5%, sociosanitario 17,3%).

Conclusiones: Existen dos grupos de pacientes en Postagudos; ambos se benefician del tratamiento integral. El cumplimiento de los estándares de calidad en el grupo "Rehabilitación" evidencia una adecuada selección de pacientes. En el grupo "Otras procedencias", mejorar la estancia media y destino al alta es uno de nuestros objetivos.

PC-068. LA ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL GRADO DE MEDICINA EN ESPAÑA

J. Mateos-Nozal¹, L. García Cabrera¹, B. Montero-Errasquín¹, M. Lázaro del Nogal², R. López Mongil³, A.J. Cruz-Jentoft¹ y J.M. Ribera Casado⁴

¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid. ⁴Universidad Complutense. Madrid.

Objetivos: La Geriátría es una especialidad médica reconocida en España desde 1978, sin embargo en 2007 sólo se enseñaba en el 72% de las

facultades de Medicina (FM), en el 52% con carácter obligatorio y en el 55% de forma independiente. Además era impartida por geriatras en una de cada cinco facultades y contaba con prácticas en la mitad de los casos. Recientemente se ha producido un incremento del número de FM y se han modificado los planes de estudios tras la implantación del grado por lo que decidimos reevaluar la situación actual de dicha enseñanza.

Métodos: Revisión de los planes de estudio, con atención a la asignatura de Geriátría, de todas las FM existentes y envío posterior de un cuestionario detallado a los responsables de las distintas facultades.

Resultados: 29 de las 40 FM (72,5%) incluyen Geriátría según los programas formativos oficiales pero en 4 de ellas el grado no se encuentra implantado completamente. De las 36 FM con el grado totalmente implantado se obtuvo respuesta de 34. Se imparte Geriátría en el 75,8% de las FM, de forma parcial en el 9,1% y en el 15,1% restante no se imparte. En el 92,9% de los casos es obligatoria, aunque se ofrece de forma independiente sólo en un 42,9%. En el 71,4% se imparte en 5º o 6º curso. El número medio de profesores es de 5, involucrando a geriatras (exclusivamente o junto a otros especialistas) en un 81,5% de los casos y siendo coordinada en el 51,9% por un profesor asociado. En un 56% la enseñanza incluye prácticas obligatorias, en un 8% optativas y en un 36% es exclusivamente teórica. El contenido medio de clases magistrales, seminarios y prácticas es de 14, 6 y 8 horas respectivamente. El examen escrito es el medio más frecuentemente empleado para la evaluación teórica (62,5%) y la evaluación continua para la parte práctica (52,9%).

Conclusiones: La Geriátría sigue sin incorporarse a la enseñanza de pregrado de todas las FM. Han mejorado algunos aspectos cualitativos de la misma como su obligatoriedad, la incorporación de geriatras a la docencia o la inclusión de prácticas.

PC-069. TRABAJANDO EN EQUIPO LA DISFAGIA

M. González Eizaguirre, M.C. Deza Pérez, I. Ferrando Lacarte, C. Cánovas Pareja, M.L. Gaspar Ruz, B. Monterde Hernández y G. Labari Sanz

Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Mejorar el cuidado de los pacientes con disfagia atendidos en una Unidad Hospitalaria de Geriátría.

Métodos: Creación de un equipo multidisciplinar formado por supervisora de enfermería, enfermera de enlace, auxiliares, terapeuta ocupacional, nutricionista, médico facultativo y médicos residentes de geriatría. Reuniones mensuales en 2014, con puesta en común de la experiencia clínica. Encuestas de satisfacción del paciente o cuidador sobre dietas disfagia.

Resultados: Hemos elaborado un "tríptico informativo sobre disfagia" que se entrega al cuidador al ingreso del paciente y un "Cartel de alerta" sobre riesgos que conlleva la disfagia, que se coloca en el cabecero de la cama. Se ha asignado a una misma persona, la enfermera de enlace, la realización de la prueba disfagia MECV-V cuando sea requerido. Al alta, entrega al cuidador de "Hoja de recomendaciones de alimentos" para el paciente elaborado por nutricionista del hospital. Se han identificado los productos que más agradan a los pacientes y se han elaborado estrategias para mejorar el sabor y la presentación de los preparados. Se ha iniciado la entrega con el desayuno de unas cucharillas de pequeño tamaño que permiten dosificar mejor los volúmenes y, junto a ellas, aparece una nota informativa sobre disfagia para que lea el cuidador. Se ha realizado una sesión hospitalaria informativa sobre las estrategias realizadas y se ha programado la realización de sesiones formativas para personal sanitario sobre la disfagia.

Conclusiones: Hemos iniciado estrategias de mejora para el cuidado del paciente con disfagia dirigidas a su cuidador habitual, al personal hospitalario y otras en relación a las dietas disfagia existentes en nuestro Hospital. La mejora del sabor y presentación de las dietas

significará para el paciente un estímulo al ser una alimentación más atractiva y menos monótona. Para el cuidador y el personal la mejora en los conocimientos sobre la disfagia supondrá una mayor seguridad a la hora del manejo del paciente. Creemos que el abordaje de la disfagia debe ser multidisciplinar, y que trabajar en su mejor manejo supondrá una mejora del confort del paciente y una disminución de sus complicaciones.

PC-070. FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS Y DEMENCIAS

R. Mas Frigola¹ y M. García González²

¹SARquavitaie Regina. Barcelona. ²SARquavitaie Jaume Nadal Meroles. Lleida.

Objetivos: Conocer la carga anticolinérgica en los pacientes de cinco centros sociosanitarios de SARquavitaie en Catalunya para poder mejorar si es posible, el estado funcional y cognitivo de los mismos.

Métodos: Los medicamentos con actividad anticolinérgica pueden incrementar el riesgo de efectos adversos en el anciano, trastornos cognitivos, delirios, etc. En nuestro estudio utilizamos la escala Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB) como método de medida de la acción anticolinérgica de los medicamentos que utilizan nuestros pacientes, priorizando los niveles 2 y 3 de dicha escala, que incluyen los fármacos de claro efecto anticolinérgico. Registramos también el número de pacientes con demencia, tipo de demencia, estado cognitivo medido con el MMSE, edad y sexo.

Resultados: De los 635 pacientes ingresados en los centros de estudio, 201 recibieron algún tipo de anticolinérgico (31,65%), 110 eran mujeres y 91 hombres. La media de edad era 76,35 años (79,50 años las mujeres y 73,20 años los hombres). De los 201 pacientes que recibieron anticolinérgicos, un 48,25% padecían algún tipo de demencia (tipo Alzheimer 17,9%, senil 6,46%, vascular 2,48%, alcohólica 3,48%, otras 3,48% y no especificada 14,42%), un 34,32% no presentaban demencia y un 17,41% presentaban otros problemas psiquiátricos. La media de puntuación en la escala MMSE para los pacientes que tomaban algún anticolinérgico fue de 14. La media de puntuación de riesgo ACB fue de 3,23 siendo el mínimo de 2 y el máximo de 6. En los 201 pacientes, el fármaco más utilizado fue la quetiapina (67,16%), el segundo la paroxetina (9,45%) y el tercero la tolterodina (7,96%).

Conclusiones: En la muestra estudiada, casi la mitad de las personas que tomaban algún anticolinérgico presentaban algún tipo de demencia. Hecho que podría explicarse por la relación encontrada entre el uso habitual de algún tipo de agente anticolinérgicos y el incremento del deterioro cognitivo. El desconocimiento de la acción anticolinérgica de los fármacos puede originar una iatrogenia que pase desapercibida. En este sentido, habría que hacer una selección cuidadosa, por familias, seleccionando los principios activos con menor riesgo anticolinérgico y evaluar, en un posterior estudio, si ha mejorado la dependencia funcional.

PC-071. LUGAR DE DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

A. Elvira Pérez, O. Arias Varela, C. Espinosa Val, R. Cristófol Allué, M. Graupera Cuquet y M. Dicenta Boluda
Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Introducción: La disfagia (DO) puede aparecer en los pacientes con demencia durante el curso de esta enfermedad y es con frecuencia motivo de complicaciones. La DO es un indicador de progresión de la demencia y la neumonía por aspiración es con frecuencia la causa de la muerte de estos pacientes.

Objetivos: Determinar cuál ha sido el lugar de diagnóstico de la disfagia en los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría (UP).
Métodos: Para la detección de la disfagia se ha usado el MECV-V. Es un método de exploración clínica mediante bolos en un rango de

volumen de 5 a 20 ml y viscosidad líquida, néctar y pudín. Este método de cribado orienta sobre cuales son la viscosidad y el volumen más seguros para compensar al paciente y alimentarlo de una manera segura y eficaz. Se revisó el último informe de alta disponible para determinar si constaba el diagnóstico de la disfagia y las recomendaciones para adaptación de la dieta y la viscosidad de los líquidos.

Resultados: Se incluyen 31 pacientes. El 67,74% eran mujeres. La edad media era de 79,48 años. El 54,84% procedían del domicilio y el 45,16% del hospital. Presentaban disfagia el 93,33% de los pacientes. De estos, el 75% presentaban alteración de la seguridad de la deglución y el 92,86% de la eficacia. Existían ambas alteraciones en el 67,86%. La disfagia se diagnosticó por primera vez en la UP en el 85,71 de los pacientes y en el 62,96 se detectó en el ingreso actual.

Conclusiones: Dada la gran frecuencia con la que los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría presenta disfagia, se recomienda la realización sistemática del MECV-V para su diagnóstico y tratamiento dietético-nutricional.

PC-072. PRESCRIPCIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS Y SU UTILIDAD EN EL TIEMPO

L. Boix Sala, M. Sayol Carol, C. Bajo Peña, P. Solé Pusó y J. Espauella Panicot
Hospital de la Santa Creu. Vic.

Objetivos: Comprobar a los tres meses de la prescripción, la utilización de las ayudas técnicas indicadas en el momento del alta, en un hospital de atención intermedia.

Métodos: Estudio prospectivo de las ayudas técnicas prescritas en el momento del alta del hospital y seguimiento de un grupo de pacientes a los que se les recomendó silla de ruedas y/o andadores a los tres meses del alta, mediante entrevista telefónica realizada por la fisioterapeuta responsable del paciente durante la hospitalización.

Resultados: Durante el año 2014 se dieron de alta 871 pacientes, de 81,2 años y una estancia media de 24 días. Se aconsejaron las siguientes ayudas técnicas: 158 bastones, 105 andadores, 255 sillas de ruedas. De una muestra de 104 pacientes dados de alta con andadores y/o silla de ruedas, a los 3 meses, el 20% habían fallecido, el 63% utilizaban las mismas ayudas técnicas que en el momento del alta, el 15,2% habían mejorado funcionalmente y cambiado o abandonado la ayuda técnica y el 1,8% habían empeorado su situación funcional.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes utilizan alguna ayuda técnica en el momento del alta del hospital de atención intermedia. Se observa que en el grupo de pacientes que han sido exitus, la ayuda técnica forma parte del soporte funcional en situación de final de vida. El grupo de pacientes que dejan de utilizar la ayuda técnica indicada refleja que el proceso de rehabilitación y mejora funcional no finaliza en el hospital. Pensamos que la mayoría de las ayudas técnicas están bien indicadas en el momento del alta hecho que indica su correcta prescripción.

PC-073. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL GERIÁTRICA DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL: IMPLEMENTANDO EL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

F. Iturralde García-Diego, R. Fombellida Rosa, M.A. Gandarillas Valle, A. Gómez Ruiz de Munain, M. Ibáñez Martín, A. Alonso Gutiérrez y A.M. Rodríguez Valcarce
Hospital Santa Clotilde. Santander.

Objetivos: Diseñar el proceso de Recuperación Funcional implementando el Modelo de Gestión por Procesos, desde una perspectiva multidimensional. Iniciar evaluación de los cambios producidos.

Métodos: Se constituyó un equipo de trabajo multidisciplinar (médicos: geriatras y rehabilitador, DUEs, auxiliares enfermería, Trabajadora social, responsable voluntariado, administrativo, coordinador

calidad) encargado de diseñar el proceso e iniciar su puesta en marcha. Se realizaron reuniones periódicas en las que se analizó la situación de partida, se priorizaron problemas y se escogieron diferentes indicadores de estructura, actividad y resultado según ciclo PDCA: Plan-Do-Check-Acf.

Resultados: Se identificaron los clientes (paciente geriátrico con una o varias enfermedades crónicas, evolucionadas, en el que existe deterioro funcional susceptible de rehabilitar), la misión (prestación de servicios sanitarios especializados, en régimen de ingreso, orientados a restablecer y preservar las capacidades de los pacientes geriátricos, la estabilización clínica, la continuidad de cuidados y la ubicación al alta, a través de equipos interdisciplinares que prestan una atención individualizada e integral), el inicio (ingreso del paciente en la Unidad de Recuperación Funcional) y el fin del proceso (salida del paciente de la Unidad por haberse cumplido objetivo recuperador, por alta hospitalaria, a otra Unidad, o fallecimiento). Se describieron siete subprocesos (1. Admisión/recepción/acogida, 2. Valoración del paciente por parte de cada uno de los profesionales, 3. Plan de atención al paciente, 4. Aplicación de tratamientos, 5. Reevaluación y seguimiento, 6. Alta, 7. Mejora continua del proceso) identificando en cada uno de ellos quién interviene, cuándo se interviene, cómo debe de realizarse, y dónde tiene lugar la atención. Para evaluar el grado de consecución de los objetivos y su evolución se identificaron un conjunto de indicadores que aportan información acerca de los resultados obtenidos y se identificaron durante la descripción del proceso una serie de áreas de mejora.

Conclusiones: Se ha descrito el proceso de Recuperación Funcional Geriátrica, se ha constituido un equipo de proceso multidisciplinar que se encarga de realizar un seguimiento mensual de los objetivos a través de una serie de indicadores y se han puesto en marcha áreas de mejora.

PC-074. EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN COGNITIVA Y NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE DÍA DE DEMENCIAS

M.P. Mercadal Fañanás, M.I. Martínez Casamitjana, I. Cobos Hernández, J. Pagerols Hernández, M.D. López Villegas, M.T. Abellán Vidal y E. Carballido López
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos: Analizar la situación cognitiva y nutricional al ingreso y a los 6 meses de asistencia al programa de psicoestimulación integral del Hospital de día.

Métodos: De los 82 pacientes que completaron 6 meses de asistencia al programa psicoestimulativo integral del Hospital de día (HD) desde el 01/01/10 al 12/12/13, se recogen: datos demográficos, diagnóstico etiológico de demencia, Mini-mental State Examination (MMSE), Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS), Índice Barthel (IB), Mini-Nutritional Assessment (MNA) e Índice de masa corporal (IMC) al ingreso y al cabo de 6 meses. En los pacientes que se detecta riesgo de desnutrición se lleva a cabo intervención y asesoramiento con el paciente y familia.

Resultados: Del total de 82 pacientes, la mayoría son mujeres (73,17%). Edad mayor de 74 años un 64,41%. Diagnóstico de E. Alzheimer 59,75%. Demencia mixta 14,63%. GDS 4 (43,9%), GDS 5 (51,21%), IB > 70 (90,24%). Los pacientes que presentan riesgo de desnutrición (MNA 17-23,5) son el 40,24% y con buen estado nutricional (MNA > 23,5) un 59,75%. En este grupo mantienen o mejoran la puntuación a los 6 meses en MMSE un 57,14% y el GDS un 83,67%. Dentro del grupo que presenta riesgo de desnutrición, mantienen o mejoran MMSE en 36,36%. En los que se ha realizado intervención nutricional con mejoría de parámetros nutricionales (MNA 72,72%, IMC 54,16%) mantienen o mejoran la puntuación MMSE en un 42,85% a los 6 meses.

Conclusiones: Un 40% de los pacientes con demencia que asisten al Hospital de día presentan riesgo de desnutrición. Más de la mitad de los pacientes bien nutridos mejoran o mantienen puntuación en MMSE a los 6 meses. Al mejorar los parámetros nutricionales en el grupo de riesgo también mejora la puntuación en MMSE.

PC-075. IMPACTO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL CAMBIO DE PESO

M. Enríquez, S. Elosegí, I. Navaridas, O. Bueno y A. Salaberria
Hospital Sagrado Corazón. Rentería.

Objetivos: Conocer el impacto de la institucionalización en el cambio de peso de los nuevos ingresos.

Métodos: Estudio descriptivo de los nuevos ingresos durante un periodo de 3 años (residencia de 140 camas). Se registra el peso, IMC, MNA y escala funcional de Barthel en el momento del ingreso, estudiando el peso y% de ganancia y/o pérdida de peso (> 1%) a los 6 y 12 meses del ingreso.

Resultados: Se realiza un seguimiento a todos los nuevos ingresos (101 residentes) que acuden al centro durante los años 2011-2013. Se excluyen de la muestra 3 residentes que no tienen registrados todos los datos. Con una edad media de 81,4 años observamos que según la escala de Barthel, un 37,7% tenía dependencia total, 23,4% grave, 10,2% moderada, 18,3% leve-muy leve y 9,9% independencia. Cuando valoramos el estado nutricional según el MNA, en un 21,4% era satisfactorio, el 55,1% tenía riesgo de malnutrición y un 23,4% estaban malnutridos. Al ingreso, el 71,4% (70 residentes) tenía un IMC \geq 22. En 6 meses fallece el 7,1%, presentando ganancia de peso un 37,1%, pérdida un 38,5% y manteniéndolo un 17,1%. El registro de los 12 meses mostraba un 18,5% de fallecidos en total, ganancia de peso en un 34,2%, pérdida el 40% y sin cambios un 7,1%. El 28,6% de la muestra (28 residentes) tenía un IMC < 22. En 6 meses fallece el 10,7%, ganando peso el 71,4%, con pérdida un 10,7% y manteniéndolo el 7,1%. A los 12 meses un 17,8% había fallecido, un 57,1% ganaba peso, el 17,8% tenía pérdida y un 7,1% lo mantenía.

Conclusiones: El impacto de la institucionalización en los cambios de peso es positivo en aquellos que llegan con IMC < 22. En la población con mejor IMC, que no ha obtenido el mismo nivel de mejora se plantea la necesidad de un seguimiento más intensivo.

PC-076. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA PSICOGERIÁTRICA

E. Carballido López, M.I. Martínez Casamitjana,
J. Pagerols Hernández, M.P. Mercadal Fañanas, R. Ribera Montaña,
M.C. Pascual Vega y M. Pérez Carré
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos: Describir y analizar el perfil de prescripción farmacológica de los pacientes ingresados en una Unidad de larga estancia psiquiátrica psicogeriatrica.

Métodos: Corte transversal de un día. Datos: edad y sexo, diagnóstico psiquiátrico, número total fármacos prescritos, número total y tipo de psicofármacos prescritos en pauta fija, número total y tipo de psicofármacos prescritos en pauta PRN (*pro re nata*, "si precisa"), número total de pacientes con polifarmacia (co-prescripción de 5 o más fármacos), número de pacientes con polifarmacia antipsicótica, y carga antipsicótica total por paciente calculada a partir de las dosis diarias definidas (DDD).

Resultados: 47 pacientes (29 hombres y 18 mujeres). Edad media 76,4 años. Diagnóstico psiquiátrico: esquizofrenia: 42 pacientes, la mayoría de tipo paranoide (24) y residual (13), trastorno delirante: 1, trastornos de la personalidad: 3, discapacidad intelectual: 1. Nº total de fármacos prescritos: 306 (6,5 fármacos por paciente). Nº total de

fármacos prescritos en pauta fija: 248 (5,3 por paciente). Nº total de fármacos prescritos en pauta PRN: 58 (1,2 por paciente). Fármacos más prescritos en pauta fija: antipsicóticos 73 (38 atípicos y 35 típicos), gastroprotectores 23, laxantes 23, correctores extrapiramidalismo 14, antidiabéticos 12, broncodilatadores y antiasmáticos 8, antihipertensivos 8, AINEs 8, benzodiazepinas y análogos 7, hipolipemiantes 6, anticomiciales 4, antidepresivos 3. Polifarmacia: 26 pacientes (55,3%). Antipsicóticos: 42 pacientes (64,3%) con al menos un antipsicótico prescrito. Polifarmacia antipsicótica: 23 pacientes con 2 antipsicóticos co-prescritos y 4 pacientes con 3. Carga antipsicótica total media: 1,16 DDD (0,74 para pacientes con 1 antipsicótico prescrito, 1,34 para pacientes con 2 antipsicóticos y 1,68 para pacientes con 3 antipsicóticos). Prescripción PRN: 37 pacientes con al menos un fármaco PRN (total 58 fármacos PRN, 35 psicofármacos y 23 no-psicofármacos).

Conclusiones: Pacientes crónicos polimedcados (media 5,3 fármacos). Los antipsicóticos suponen el 29,4% del total de los fármacos prescritos en pauta fija. Numerosos pacientes con polifarmacia antipsicótica, con cargas totales antipsicóticas por encima de 1 DDD, que pueden repercutir en una mayor incidencia de reacciones adversas. Se constata una prevalencia alta de prescripción PRN, con poca especificación de indicación, vigencia y máximos diarios permitidos.

PC-077. EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA A LOS CUIDADORES EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

M. Graupera Cuquet, M.C. Espinosa Val, O. Arias Valera,
A. Elvira Pérez, M. Dicenta Boluda y O. Ortega Pérez
Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: La disfagia orofaríngea es un trastorno de la motilidad orofaríngea que afecta a la propulsión del bolo, a la reconfiguración de la orofaringe durante la deglución o a la apertura del esfínter esofágico superior. La Do es un indicador de la progresión de la demencia y la neumonía por aspiración es con frecuencia la causa de muerte de estos pacientes. La educación sanitaria persigue enseñar a los cuidadores una serie de conceptos y habilidades sobre la disfagia y el tratamiento del mismo. La educación sobre la disfagia es una herramienta fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad y para mejorar la calidad de vida de los pacientes dementes.

Métodos: El programa educativo consta de un grupo de educadores entrenados sobre la implantación del programa de la disfagia en el centro para ello al ingreso de la unidad la enfermera realiza valoración geriátrica que incluye el apartado nutricional pasando el cuestionario EAT-10. Este cuestionario permite realizar un cribado rápido para realizar despistaje de la disfagia, se realiza el MECV-V para diagnosticar la existencia de disfagia y adaptar la viscosidad de los líquidos y la textura de la dieta. Se instruye al cuidador ya desde el primer momento y a lo largo de todo el ingreso.

Resultados: Se decidió un reclutamiento de pacientes incluyéndose 143. En el primer seguimiento se habían valorado 78 pacientes. Habían cumplido las recomendaciones 49 (62,8%). En el segundo seguimiento a los seis meses se habían valorado 42 pacientes, habían cumplido recomendaciones 22 (52,4%). Habían fallecido en estos primeros 6 meses 15 pacientes, en el primer seguimiento habían cumplido las recomendaciones 10 de los 15 pacientes (66,7%) y habían presentado complicaciones 5 (33%). En el segundo seguimiento solo sobrevivían 6 pacientes de estos solo 33% cumplía las recomendaciones y presentaban complicaciones 4 (66,6%).

Conclusiones: La detección de la disfagia se debe realizar de manera sistemática en estos pacientes. Tenga o no disfagia, la educación sanitaria se realiza igual, porque con la evolución de la enfermedad, esta aparecerá y la familia tiene que tener los conocimientos de los signos

de alarma, para que pueda tomar medidas. La información se pierde con el paso del tiempo y que con revisiones periódicas, conseguimos mantener los beneficios conseguidos.

PC-078. CAMBIOS EN EL DETERIORO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIAS PRIMARIAS QUE PARTICIPARON EN UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA ESPECÍFICO

D. Rodríguez Ruiz¹, S. Sarmiento Montesdeoca¹, y. Henríquez Pino², L. Álvarez Piñera², A. Robaina Araña², D. Guimaraes Ribeiro¹ y A. Santana Rodríguez¹

¹Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran

Canaria. ²Asociación Alzheimer Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Las personas con demencia primarias (DP) padecen un decline en sus funciones cognitivas. Este estudio evaluó los cambios en el deterioro de las funciones cognitivas en personas mayores con DP que se sometieron a un programa de actividad física específico, para conseguir la ralentización del deterioro en la ejecución y planificación de las habilidades cotidianas. Se valoraron 31 mayores (25 M y 6 H) diagnosticados con DP (MMSE: $17,90 \pm 5,15$), divididos en grupo experimental (GE: 10 M y 6 H, edad: $79,93 \pm 6,09$ años y MMSE: $18,06 \pm 5,17$) y grupo control (GC: 15 M, edad: $85,53 \pm 6,91$ años y MMSE: $17,73 \pm 5,32$). El GE participó en un programa de intervención de actividad física específico, apoyado con actividades de estimulación cognitiva, de 4 meses de duración con una frecuencia de 5 días a la semana y un total de 80 sesiones de 50 minutos cada una. En el mismo periodo, el GC no participó en el programa de intervención de actividad física, pero sí recibió la estimulación cognitiva. Se utilizó el *Mini Mental State Evaluation (MMSE)* test para evaluar el deterioro de las funciones cognitivas en tres momentos diferentes: una pre-intervención, una pos-intervención y una pos-intervención II 2 meses después de haber finalizado el programa de actividad física. Se encontró un descenso de los valores del MMSE estadísticamente significativas entre la pos-intervención y pos-intervención II ($p = 0,001$; TE: 0,379), así como entre la pre-intervención y pos-intervención II en los sujetos del GI ($p = 0,014$; TE: 0,359) en comparación con los sujetos del GC, que mostraron diferencias significativas entre la pre-intervención y pos-intervención I ($p = 0,030$; TE: 0,343) y entre la pre-intervención y pos-intervención II ($p = 0,016$; TE: 0,440). Sugiriendo que la actividad física puede ralentizar el proceso de deterioro de las funciones cognitivas en las personas evaluadas y que su cese produce una vuelta al proceso de detrimento.

PC-079. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN INTESTINAL EN EL ÁMBITO GERIÁTRICO RESIDENCIAL

F. Rivera Puerta y S. Postigo Navarro

Complejo Asistencial Benito Menni-Hermanas Hospitalarias. Ciempozuelos.

Introducción: En los pacientes geriátricos institucionalizados una complicación habitual es el estreñimiento crónico que consiste en la alteración o paralización del ritmo intestinal. La intervención más común es la administración de laxantes de manera crónica que pueden descompensar el estado general del usuario y la aplicación de sistemas de evacuado que son perjudiciales para la flora intestinal. La Fisioterapia posee una herramienta sencilla y efectiva como es la Técnica de Movilización Intestinal, consiste en un conjunto de actuaciones para mejorar el ritmo deposicional, reactivar la motilidad intestinal y reducir las posibles complicaciones.

Objetivos: Instaurar y validar la eficacia de un protocolo de Fisioterapia de Movilización Intestinal. Procurar el restablecimiento de un ritmo intestinal adecuado y saludable. Disminuir la utilización de tratamientos laxantes.

Métodos: Se eligió una muestra de 15 usuarios que padecen estreñimiento crónico pertinaz, que llevan en el ámbito residencial más de 5 años. Se elaboró protocolo de actuación de Fisioterapia consistente en: Masaje de vaciado y mejora de la motilidad intestinal: aplicación de técnicas del drenaje y presión adecuadas en cada tramo del intestino grueso. Movilización activo-asistida o pasiva MMII, dirigido a aumentar la presión abdominal y movilización fascial. Reeduación de la maniobra de Valsalva. Aplicación de electroterapia para la tonificación de la musculatura abdominal. El protocolo de movilización se realizó diariamente previo a las actividades matinales de la vida diaria del usuario. La duración de la intervención fue de aproximadamente un año.

Resultados: Disminución de la aplicación de tratamientos laxantes y de sistemas de evacuado. Se evidenció que en un plazo de 72 horas el usuario presentaba deposición espontánea sin la necesidad de tratamiento evacuante. Técnicas relajantes y confortables para el usuario.

Conclusiones: Mediante la aplicación de la técnica es posible reducir significativamente la administración de medicamentos laxantes y evacuantes. La instauración de un protocolo de movilización intestinal aporta al usuario la normalización de un ritmo intestinal adecuado.

PC-080. ¿QUÉ PASA CON NUESTROS PACIENTES AL AÑO DE SU INGRESO?

Y. Constante Pérez, I. Ferrando, C. Deza, M. González, C. Bibian y B. Gamboa

Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: 1. Cuantificación de las características de los pacientes ingresados en la hospitalización de Geriátría durante febrero de 2014. 2. Análisis de los resultados y factores determinantes.

Métodos: Estudio analítico, longitudinal y prospectivo. Pacientes ingresados en el Servicio de Geriátría (hospitalización de agudos y convalecencia) durante el mes de febrero de 2014. Registro de datos sociodemográficos, clínicos, tratamiento habitual, estado funcional (Í. Barthel), comorbilidad (Í. Charlson) y valores analíticos de laboratorio en el momento de ingreso. Resultados en salud: consumo de recursos (urgencias-hospitalizaciones) y mortalidad al año.

Resultados: Ingresaron 67 pacientes (femenino 56%). Edad media: 87,25. Dependencia grave-total previa al ingreso: 65,7%. Comorbilidad: 2,54. Motivos de ingreso: infeccioso (46,3%) y respiratorio (37,3%). Antecedentes personales: cardiológico (80,6%), sensorial (64,2%), neurológico (61,2%), demencia (52,2%), respiratorio (37,3%). Neurolépticos: 28,4% (quetiapina 13,5%), antidepresivos: 29,9% (trazodona 14,9%, mirtazapina y escitalopram 6%), omeprazol (61,2%), benzodiacepinas (23,9%). Proteínas totales (media): 5,9. Albúmina (media): 3,2. Hiperprolactinemia (49,3%), déficit vitamina B12 (1,5%), déficit ácido fólico (13,4%), anemia (64,2%) grado leve en la mayoría (44,8%). Estancia media hospitalaria: 11,02 días. Exitus intrahospitalario (13,4%). Al año, el 70,2% acudieron a servicios de urgencias y el 50,9% ingresaron nuevamente. Supervivencia media al alta: 5,4 meses. Exitus 31,3% (hospitalarios 29,9%). Se encontraron diferencias significativas en el análisis de ANOVA: IB previo/neurolépticos (0,033); procedencia urgencias-domicilio/edad (0,015); FG MDRD/Í. Charlson modificado por edad (0,033), FG MDRD/edad (0,040); valor Hb/omeprazol (0,04); visitas a urgencias/Í. Barthel previo y al alta (0,04); hospitalización posterior/Í. Barthel previo y nivel de Hb (0,02), creatinina (0,04); supervivencia al año/albúmina (0,03). En el análisis de variables cualitativas se encontraron diferencias significativas: frecuentación urgencias/ingreso por causa neurológica (0,023), déficit sensorial previo (0,01); nueva hospitalización tras el alta/déficit sensorial previo (0,03); fallecimiento al año/antecedentes nefrourológicos (0,009) y demencia previa (0,04).

Conclusiones: 1. Edad avanzada, gran dependencia funcional, comorbilidad asociada y elevado consumo de psicofármacos. 2. Falleci-

miento intrahospitalario inferior a la media anual del servicio (14%). La mayor parte sobrevive al año. 3. Determinantes de malos resultados en salud son: el estado funcional previo, la función renal, los déficits sensoriales graves y la anemia.

PC-081. ENFERMERÍA COMO PUENTE DE COMUNICACIÓN

L. Ollo Landiribar, S. Luis Molina, M. Muñoz Marín, M.D.M. López García, L. Jurio Martínez y M. Basterra Martínez de Estibariz
Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción: La comunicación es un proceso fundamental en toda relación social. En el mundo hospitalario hay estudios que demuestran una comunicación deficiente que se hace mucho más evidente cuando hablamos de un paciente geriátrico. Desarrollar una adecuada relación enfermer@-paciente, nos permite elaborar una valoración más exhaustiva del estado de salud del paciente identificando las necesidades alteradas.

Objetivos: Detectar causas que dificultan la comunicación con el paciente ingresado centrándonos sobre todo en déficits auditivos, visuales y demencia diagnosticada según criterios DSMIV. Facilitar la comunicación profesional-paciente adaptando la comunicación a las circunstancias clínicas, e intentar reducir el estrés secundario que crean. Reflexionar sobre la importancia de la comunicación paciente-profesional sanitario.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de una muestra de 100 de pacientes ingresados en unidad de geriatría aguda. Durante su ingreso en la unidad se realiza una búsqueda activa de síndromes geriátricos mediante una valoración geriátrica integral, objetivando a aquellos pacientes que presentan alguna afectación sensorial o cognitiva o varias de ellas a la vez. Se establecen mecanismos para mejorar la comunicación: Crear relación horizontal, mostrarse respetuoso, empático, mirar de frente, dirigir el cuerpo hacia ellos, trato personalizado, prestar atención a la comunicación no verbal, hablar claro, despacio, tono de voz normal, frases sencillas, terminología clara, comprensible, escucha activa y se analiza si dichas medidas consiguen una mejor relación enfermería-paciente y calidad de vida, valorada adicionalmente la opinión de los familiares.

Resultados: El 83% de la muestra tiene déficit en visión, (68% usa lentes), el 41% presenta déficit en audición (41% tiene audífono) y el 30% está diagnosticado de demencia. En el 42% del total de la muestra concurren déficit en audición y vista y en el 14% concurren los tres parámetros valorados. Todos los pacientes han recibido maniobras para establecer mecanismos compensatorios que faciliten la comunicación. En todos los casos, pacientes y familias, expresan su satisfacción por la calidad de la atención asistencial.

Conclusiones: La comunicación con el paciente geriátrico hospitalizado está limitada por alteraciones visuales, auditivas y cognitivas. La optimización de la comunicación verbal y no verbal tiene un alto impacto en la calidad de los cuidados ofertados.

PC-082. EVOLUCIÓN DE LA COMPLEJIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES: PERFIL DE USUARIOS ATENDIDOS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN (2008-2014)

J. Pascual Torramadé, I. Ancizu García, R. Vaca Bermejo, M. de Las Heras Rodríguez y D. Moya Galera
SARquavitaie. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características diferenciales del perfil clínico de los usuarios atendidos en centros SARquavitaie durante los años 2008-2009 y 2013-2014. Destacar el papel de los centros residenciales especializados como recursos de atención intermedia dentro del sistema sanitario.

Métodos: Se analiza el perfil de las personas atendidas en centros residenciales SARquavitaie distribuidos por toda España a partir de la

Historia Asistencial Informatizada (GCR). Se compara el perfil de los usuarios atendidos en los años 2008-2009 (n = 9.441) frente a los atendidos en 2013-2014 (n = 18.088). Se incluyen dos años en cada grupo de comparación para neutralizar la influencia de posibles variables extrañas.

Resultados: Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la edad media de las personas atendidas (80,60 años en 2008-2009 frente a 81,54 años en 2013-2014), en el estado cognitivo medido con el MMSE (16,47 puntos de media en 2008-2009 frente a 15,32 en 2013-2014), en el estado funcional medido por el Índice de Barthel (46,22 puntos de media frente a 45,26), en el número medio de diagnósticos (2,37 frente a 4,02) y el número medio de planes farmacológicos asociados (9,59 frente a 10,32). No se encuentran diferencias significativas en la puntuación media del estado nutricional, medido con la versión corta del Mini Nutritional Assessment (9,27 frente a 9,18), ni en el riesgo de sufrir úlceras por presión medido por la Escala de Norton (14,50 frente a 14,52). En la comunicación que se presente durante el Congreso se analizarán más en profundidad los datos y las diferencias encontradas en el perfil de las personas atendidas, así como la evolución en las necesidades asistenciales.

Conclusiones: A la luz de los resultados obtenidos, parece plausible afirmar que se está produciendo un aumento en la complejidad sanitaria de las personas atendidas en centros residenciales. Dicha transformación conlleva un aumento muy importante en la carga asistencial que exige equipos interdisciplinarios competentes y una mayor coordinación entre niveles asistenciales. Todo ello justifica la necesidad de implementar cambios profundos en los sistemas sanitario y social para optimizar los recursos existentes y que puedan hacer frente a la demanda de atención generada por una población cada vez más compleja.

PC-083. INCIDENCIAS DE MEDICACIÓN MÁS FRECUENTES EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS GRANDES DEPENDIENTES DE 145 PLAZAS

I. Beobide Telleria¹, M.I. Genua², B. Miró², A. Ferro¹, P. Mendia² y A. Lizaso²

¹Centro Médico Ricardo Bermingham. Fundación Matia. Donostia-San Sebastián. ²Fundación Matia. San Sebastián.

Objetivos: Analizar el proceso general establecido para el uso seguro de medicamentos en el centro de forma que puedan reforzarse aquellos puntos en los que más incidencias se generen.

Métodos: Análisis detallado del proceso seguido en cada unidad asistencial del centro para el uso seguro de medicación. Sensibilización en cultura no punitiva entre los trabajadores del centro para la potenciación de la comunicación y registro de incidencias de medicación detectadas. Registro, análisis y seguimiento mensual en el centro de las incidencias detectadas. Clasificación y análisis cuatrimestral de las mismas con el farmacéutico de referencia.

Resultados: El centro residencial sociosanitario tiene 145 plazas, de las cuales han sido ocupadas 133 a lo largo de 2014, año en el que ha sido llevado a cabo el estudio. El número de incidencias comunicadas y analizadas por el equipo asistencial ha sido de 577. A lo largo del año se han utilizado 390.432 dosis de medicamento (2.935 por cada residente), lo que da una idea de la polifarmacia derivada del perfil de paciente atendido. Tras clasificar los errores de acuerdo al ISMP el resultado ha sido la detección de incidencias relacionadas con: dosis incorrecta (9), duración incorrecta (22), error de preparación (12), falta de cumplimiento (252), hora equivocada (34), medicamento erróneo (5), omisión de dosis (209), paciente equivocado (30), frecuencia errónea (6) y técnica incorrecta (1). 21 de ellas han necesitado seguimiento por parte del equipo asistencial del centro habiendo originado daño en el paciente una de ellas. La falta de cumplimiento y la omisión de dosis están siendo las más frecuentes. Esta última ha

ido aumentando a lo largo del año. Su análisis indica que corresponde principalmente a la no administración de aquellos medicamentos que por su forma farmacéutica no puede ser incorporado a un sistema de dispensación que emblista de forma automatizada la medicación por toma y paciente.

Conclusiones: Se identifica la necesidad de establecer un plan de mejora basado en dos premisas, minimizar el número de medicamentos no emblistables y sensibilizar al equipo de auxiliares a través de formación continuada y especializada, en la importancia del cumplimiento de la terapia establecida.

PC-084. ROL DE LA ENFERMERA EN LA DETECCIÓN DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE GERIATRÍA

A.I. Jordán, D. Estrada, A. López-Soto y E. Sacanella
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el estado funcional de los ancianos visitados en una consulta de Geriátría y conocer la prevalencia de los síndromes geriátricos (SG).

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 260 pacientes > 70 años que acudieron a la consulta de Geriátría. A los que se les realizó una VGI que incluye evaluación funcional (I. de Lawton (IL) e I. de Barthel (IB)), cognitiva (SPMSQ de Pfeiffer) y de calidad de vida (EuroQoL-5D). Se recogieron los SG. Se utilizó el programa estadístico SPSSv19 para el análisis.

Resultados: La edad media del grupo fue $82 \pm 6,2$ años (57% mujeres), el 52% > 81 años. Procedían de atención Primaria 63% y hospitalaria 35%. El 94% vivían en su domicilio y el resto institucionalizado. De aquellos, el 61% vivían con su cónyuge/hijo, y el 25% solos. El I.L medio: $3,75 \pm 2,8$ y el IB: $83,4 \pm 22,3$. Solo el 6% tenían un IB < 35. Tres cuartas partes de pacientes no tenían deterioro cognitivo y el motivo de consulta más frecuente fue: anemia (29%), Síndrome constitucional (21%) y evaluación pluripatología (13%). El IMC medio $26,3 \pm 5,8$ Kg, Los SG más prevalentes fueron: polifarmacia (69%), déficit sensorial e incontinencia urinaria (29%) y caídas (11%). El 62% de pacientes tenían 2 o más SG, especialmente los > 81 años. La calidad de vida percibida era mala (EVA < 70) en el 67% de pacientes. Los pacientes con más SG, tenían una peor percepción de la calidad de vida ($p < 0,015$).

Conclusiones: Los síndromes geriátricos son muy prevalentes en la población analizada y se asocian a una mala percepción de la calidad de vida. El rol de la enfermera en su detección e implementación de actividades preventivas/terapéuticas puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

PC-085. FACTORES QUE DETERMINAN EL DESTINO AL ALTA DEL PACIENTE GERIÁTRICO. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE LLEIDA

J.R. García Gutiérrez, M. Serrano Godoy, N. Barberà Rubió, E. Blasco Martín, E. Lozano Rodríguez, B. Pérez Montano y E. Fernández Álvarez
Hospital Santa María. Lleida.

Objetivos: Analizar los factores que influyen en la ubicación al alta en un centro (residencia o sociosanitario) o en domicilio.

Métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles de los pacientes ingresados en la unidad de geriatría en 2014. Análisis comparativo de los pacientes derivados al alta a sociosanitario/residencia (casos) o al domicilio (controles). Se analizaron variables clínicas, sociales, cognitivas y funcionales.

Resultados: Muestra de 504 pacientes procedentes de domicilio. Edad media 85,81. Un 69,2% vuelve a domicilio y un 30,8% ingresa en

centro. No existen diferencias en el índice de reingresos, visitas a urgencias en el último año o clasificación de CRG.. Tampoco se encontraron diferencias en valoración de dependencia previa, grado de dependencia y tipo de cuidador principal (cónyuge (26,1% domicilio y 17,9% institución) e hijos (57,6% domicilio y 57,7% institución)). Existe valoración de dependencia en un 55% del total, domicilio un 29% G2 y un 6,9% G3, institución un 30% G2 y un 11,4% G3, la prestación económica por cuidador es la prestación asociada en un 29% sin diferencias. Se encontraron diferencias significativas respecto a la probabilidad de ingreso en residencia cuando el diagnóstico principal es delirium o ictus, antecedentes de demencia, GDS 6, Emina alto, dependencia total en el Índice de Barthel (un 14% de los que vuelven a domicilio frente al 48,8% de los institucionalizados), haber recibido fisioterapia en el ingreso y precisar ayuda en la movilización, higiene y alimentación (domicilio 39,5% e institución 73,2%).

Conclusiones: Los factores que inciden en la modificación del destino al alta del paciente geriátrico están relacionados con el aumento de la dependencia del paciente para las ABVD y con la complejidad de su manejo para la cobertura de sus necesidades: higiene, WC, alimentación y transferencias. La presencia de alteraciones cognitivas que afectan a la conducta también es un factor determinante. El diagnóstico que ha motivado el ingreso es determinante cuando provoca una pérdida brusca de capacidad y autonomía del paciente, de forma que el entorno del paciente no tiene capacidad de adaptación y respuesta a las exigencias de atención que ocasiona ni la posibilidad de realizar rehabilitación domiciliaria.

PC-086. MORIR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA

E. Ciervide Górriz, E. Arteaga Urrutia, F. Gómez Gil, M. Galé Unanua, L. Ollo Landiribar y S. Luis Molina
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: Los cuidados paliativos en pacientes de edad avanzada son una situación clínica frecuente. El incremento de la supervivencia junto con el aumento de la calidad tecnológica de los cuidados hace que esta situación sea más común cada día. Se considera "buena muerte" aquella que ocurre libre de sufrimiento evitable para el paciente y su familia respetando los deseos del paciente y donde la atención realizada sea razonablemente consistente con los valores y la cultura de la sociedad donde ésta transcurre.

Objetivos: 1. Identificar los cuidados recibidos por parte del paciente terminal (últimas 48h de vida) en la unidad de hospitalización geriátrica. 2. Identificar los factores que modifican la selección de determinadas aproximaciones terapéutico-diagnósticas. 3. Reflexionar sobre la importancia de proporcionar unos cuidados paliativos adecuados a la situación del paciente.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo y retrospectivo observacional. Obtención mediante revisión de la historia clínica de las variables sociodemográficas, patologías, comorbilidad, fármacos, maniobras diagnósticas y terapéuticas que se realizan durante las últimas 48 horas de vida en una Unidad de Geriátría de Agudos. Identificar los factores que pueden condicionar dichas maniobras. El periodo de observación es desde octubre de 2014 a marzo de 2015.

Resultados: Durante el periodo estudiado se han analizado a 48 pacientes que han fallecido en la Unidad de Geriátría y hemos determinado todos los procesos diagnósticos y terapéuticos realizados. El manejo conservador y el control de la sintomatología constituyen la prioridad. El apoyo emocional a las familias es otro de los pilares en el manejo de estos pacientes. En la mayor parte de los pacientes estudiados existió un adecuado control sintomático.

Conclusiones: Cada vez hay más conciencia y conocimientos acerca de los cuidados paliativos. Sin embargo, la rutina y la sistematización de las actividades de enfermería hacen que nos dejemos de plantear si lo que estamos haciendo es realmente necesario a la hora de contribuir a una buena muerte. Una correcta selección de las pruebas

diagnósticas y procedimientos terapéuticos adaptados a las circunstancias de cada paciente nos permite obtener una buena calidad de cuidados al final de la vida.

PC-087. COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS: ANTROPOMETRÍA Y ANÁLISIS DE BIOIMPEDANCIA

B. de Mateo Silleras¹, M.A. Camina Martín¹, R. López Mongil², L. Domínguez Rodríguez³, S. Barrera Ortega³ y M.P. Redondo del Río¹
¹Universidad de Valladolid. Valladolid. ²Centro Asistencial Doctor Villacián. Valladolid. ³Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia.

Objetivos: Analizar la composición corporal estimada mediante análisis de bioimpedancia (BIA) en función de la catalogación nutricional obtenida a partir de los indicadores antropométricos de adiposidad más utilizados en el ámbito asistencial (índice de masa corporal -IMC- y circunferencia de la cintura -CCI-).

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en 128 pacientes psicogerítricos (87 hombres y 41 mujeres) con edades comprendidas entre los 60 y 96 años. La composición corporal se analizó mediante BIA (50 kHz, configuración tetrapolar de electrodos). Se calcularon los índices de masa grasa (IMG) y de masa libre de grasa (IMLG) y sus Z-Scores (Z-IMG y Z-IMLG) con la ecuación de Kyle. Las medidas antropométricas se realizaron siguiendo el protocolo SEGG/SENPE. Se utilizaron los criterios de la International Diabetes Federation para definir obesidad abdominal. Las comparaciones por pares se analizaron mediante los tests t-Student o U-Mann Whitney, y los análisis de correlación mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Nivel de significación: $p < 0,05$.

Resultados: Los hombres con valores de CCI cardiosaludables presentaban normopeso, valores normales de adiposidad y depleción de la MLG (Z-IMLG: $< 1,5$ DE); en cambio, las mujeres con valores de CCI cardiosaludables tenían riesgo de malnutrición (IMC: 20 kg/m^2) y depleción de la MG (Z-IMG: $-0,7$ DE) y de la MLG (Z-IMLG: $-1,8$ DE). Los sujetos de ambos sexos con obesidad abdominal tenían sobrepeso y exceso de grasa corporal total (Z-IMG en hombres y mujeres: $1,3$ y $0,5$ DE, respectivamente), y una pérdida de MLG (Z-IMLG: $-0,6$ DE).

Conclusiones: Los valores obtenidos de masa grasa son acordes con la catalogación nutricional a partir del IMC y de la circunferencia de la cintura en nuestra muestra. Sin embargo, nuestros sujetos presentaban una disminución considerable de la masa libre de grasa, que únicamente se puede detectar mediante el análisis de la composición corporal.

PC-088. MORTALIDAD HOSPITALARIA EN VARONES ANCIANOS CON HIPOGONADISMO

F. Prado Esteban¹, P. Iglesias Lozano², M.C. Macías Montero¹, M.T. Guerrero Díaz¹, A. Muñoz Pascual¹, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara¹ y P. Tajada¹
¹Hospital General de Segovia. Segovia. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: El hipogonadismo es frecuente en ancianos y se ha asociado a un riesgo elevado de mortalidad. Nuestro objetivo ha sido evaluar la prevalencia de hipogonadismo central y primario en varones ancianos hospitalizados por enfermedad aguda. También analizamos la relación entre la disfunción gonadal y la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudiamos 150 varones ancianos (edad ≥ 65 años), ingresados durante 2010 y 2011 en la unidad de Geriátría del hospital General de Segovia. En todos los pacientes se cuantificaron las concentraciones séricas de testosterona total (T) así como las de las gonadotropinas (hormona folículo-estimulante, FSH y hormona luteinizante, LH) en el momento del ingreso. Se definió el hipogonadismo como la presencia de concentraciones séricas de T $< 200 \text{ ng/dl}$.

Resultados: Se detectó la presencia de hipogonadismo en 80 pacientes (53,3%). Las concentraciones séricas de gonadotropinas se encontraron elevadas en el 43,7%, normales en el 41,3% y bajas en el 15% de los pacientes hipogonádicos. La infección respiratoria y la insuficiencia cardiaca fueron el motivo de ingreso en los pacientes hipogonádicos, mientras que la enfermedad cerebrovascular aguda lo fue en los pacientes eugonadales. De los 13 pacientes que fallecieron durante la hospitalización, 12 eran hipogonádicos. Los pacientes que murieron mostraron concentraciones séricas de T significativamente más bajas que los que sobrevivieron. El análisis de regresión logística, tras ajustar para edad e índice de masa corporal, mostró a la T como un factor predictivo de mortalidad hospitalaria [OR 0,993 (0,987-0,999), $p = 0,002$].

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que aproximadamente la mitad de los varones ancianos ingresados por enfermedad aguda presentan hipogonadismo, principalmente del tipo no-hipergonadotropo. La hipofunción gonadal se asocia a mortalidad hospitalaria. Un valor bajo de T puede ser un predictor de mortalidad en ancianos varones durante la hospitalización por enfermedad aguda.

PC-089. CURSO NATURAL A CORTO PLAZO DEL HIPOGONADISMO EN VARONES ANCIANOS DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA

F. Prado Esteban¹, P. Iglesias Lozano², M.C. Macías Montero¹, M.T. Guerrero Díaz¹, A. Muñoz Pascual¹, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara¹ y C. García-Arévalo¹
¹Hospital General de Segovia. Segovia. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Evaluar el curso natural a corto plazo del hipogonadismo diagnosticado durante la hospitalización por enfermedad aguda, en pacientes varones ancianos, después del alta.

Métodos: Se estudió un grupo de 43 varones con hipogonadismo, con edad media $86,7 \pm 5,7$ años. Las concentraciones séricas de testosterona (T) y las gonadotropinas (hormona folículo estimulante, FSH y la hormona luteinizante, LH) se midieron en cada paciente tanto en la admisión y un mes después del alta.

Resultados: La media de suero de T en la entrada fue $115,4 \pm 48,0 \text{ ng/dl}$. El hipogonadismo era hiper, hipo, y normogonadotrópico en 20 (46,5%), 20 (46,5%) y 3 (7,0%) pacientes, respectivamente. Un mes después del alta las concentraciones séricas de T aumentaron significativamente ($230,9 \pm 135,6 \text{ ng/dl}$, $p < 0,001$). En este punto, más de la mitad de los pacientes ($n = 27$, 62,8%) mostraron concentraciones normales de suero T. Ambas gonadotropinas, FSH ($p < 0,001$) y LH ($p = 0,04$) también aumentaron un mes después del alta. Aproximadamente, la mitad de los pacientes (13, 48,1%) que normalizaron las concentraciones séricas de T también mostró concentraciones de gonadotropinas séricas normales. Los pacientes que normalizaron sus concentraciones séricas de T al mes del alta mostraron valores basales de T ($134,7 \pm 33,9 \text{ ng/dl}$) significativamente más altos que en los que persistió el hipogonadismo ($n = 16$, 32,7%; $82,8 \pm 51,6 \text{ ng/dl}$, $p < 0,001$). Por último, la T sérica fue el único predictor independiente para lograr el estado eugonadal (OR 1,030; IC95%, 1,010-1,050; $p < 0,001$).

Conclusiones: Cerca de 63% de los pacientes ancianos hospitalizados por enfermedad aguda con hipogonadismo descubierto durante la hospitalización normalizan espontáneamente sus concentraciones séricas de T un mes después del alta. Las concentraciones de gonadotropinas sérica también aumentaron después del alta. Los niveles séricos de T al ingreso fueron un predictor independiente para la normalización de las concentraciones séricas de T.

PC-090. DEMENCIA, TRASTORNO CONDUCTUAL Y MALNUTRICIÓN

C. Rodríguez Riera, S. Yarlequé, E. Barranco Rubia y S. Ariño
 Hospital de Granollers. Granollers.

Objetivos: Conocer la situación nutricional de una muestra de pacientes con demencia evaluados en un dispositivo de valoración

cognitiva ambulatoria. Describir los síntomas neuropsiquiátricos relacionados con la presencia de malnutrición.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se incluyen 50 pacientes remitidos a la Unidad de Trastorno Cognitivo del Hospital General de Granollers para estudio de deterioro cognitivo diagnosticados de demencia entre abril y octubre de 2013. Se recogieron variables demográficas, diagnóstico etiológico de demencia y estadiaje, comorbilidad (Índice de Charlson), funcionalidad (Índice de Barthel y Lawton), síntomas neuropsiquiátricos (NPI-Q) y riesgo nutricional mediante el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF).

Resultados: Se incluyen 50 pacientes con una edad media de 82,5 años (75-92), 74% mujeres. Un 86% convive en la comunidad teniendo como cuidador principal (CP): hijos 50%, 34% pareja, 12% profesional. Índice de comorbilidad de Charlson medio 0,64. La gran mayoría eran autónomos para las ABVD con Í. Barthel medio de 84,13 (DE 23,42). Lawton medio 3,10 (DE 2,79). El diagnóstico etiológico fue de enfermedad de Alzheimer (EA) 24%, demencia vascular (DV) 34%; demencia mixta (DM) 38%, otras 4%. La mayoría estaban en fase leve (54%). El estado nutricional fue normal en un 60%; riesgo de malnutrición en un 16% y de malnutrición en un 4%. No se obtuvo MNA-SF en un 20% de pacientes. Los pacientes con riesgo de malnutrición tenían un 56% de trastornos de conducta. Los más frecuentes fueron depresión (44,44%), ansiedad (44,45%) y alteraciones del sueño (55,55%). Los síntomas conductuales en pacientes sin riesgo de malnutrición fueron 62,06% depresión, ansiedad 51,72%.

Conclusiones: El riesgo de malnutrición es frecuente entre los pacientes con demencia remitidos a valoración por lo que es necesario incorporar el cribaje nutricional en la valoración global. Los trastornos de conducta más frecuentes en los pacientes con malnutrición y en riesgo son de carácter afectivo (depresión-ansiedad y trastornos del sueño).

PC-091. CARACTERÍSTICAS DEL FINAL DE VIDA EN PACIENTES EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

M.E. Arévalo Sime, J. Durán Sanclemente y M. Dávila Beltrán
Clínica Sant Antoni. Barcelona.

Objetivos: Identificar, describir y analizar las características del final de vida de los pacientes fallecidos en una Unidad de Larga Estancia.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo que consiste en la revisión de los datos registrados en el sistema informático, curso clínico (60 pacientes), de los últimos 10 días de vida de pacientes de Larga Estancia fallecidos en un periodo de 7 meses (noviembre 2013 a mayo 2014). Las variables registradas y posteriormente analizadas fueron: edad, sexo, enfermedad de base, medicación recibida, procedimientos invasivos (sondas vesicales, sondas naso gástricas, nutrición enteral, vía subcutánea, vía endovenosa). Dolor, astenia, anorexia, xerostomía, episodios de agitación, patología respiratorias, e insomnio.

Resultados: Los principales resultados fueron: El (51,66%) sexo femenino con edades de 81 a 100 años, sexo masculino entre las edades de 61 a 100 años (18,33%). Pacientes varones con enfermedades oncológicas (54,54%) y mujeres (45,45%). No oncológicas (38,77% varones) y (61,22% mujeres). La sintomatología descrita en pacientes oncológicos: astenia (100%), disnea (81,81%) y anorexia (72,72%). Sintomatología en pacientes no oncológicos: disnea (73,46%), agitación (55,1%) y anorexia (51,02%). Tratamiento con vía subcutánea para hidratación o tratamiento (72,72% paciente oncológico) y (71,42% paciente no oncológico). Administración de hidratación y tratamiento endovenoso (63,63% paciente oncológico) y un (61,22% paciente no oncológico). Otros métodos considerados invasivos: sondaje vesical (36,36% paciente oncológico) y (32,64% paciente no oncológico) La medicación administrada: opioides por vía oral o transdérmico (27,27%) y el (100%) cloruro mórfico por vía subcutánea en paciente oncológico. En el paciente

no oncológico la administración de opioide por vía subcutánea fue de 71,42%. La administración de rescates por agitación: 81,81% en paciente oncológico y 51,02% paciente no oncológico.

Conclusiones: Las características de final de vida de los pacientes con enfermedades no oncológicas son similares a las de los enfermos oncológicos, destacando como principales síntomas en los últimos 10 días de vida la astenia, disnea, agitación y anorexia, que confirman la necesidad de una atención integral paliativa al final de vida.

PC-092. PACIENTES ANCIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ¿CUÁL ES SU HISTORIA CLÍNICA?

I. Ferrando Lacarte, C. Deza Pérez, M. González Eizaguirre, C. Cánovas Pareja, J.I. Corchero Martín y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes mayores de 80 años que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos. Conocer el motivo de ingreso, los procedimientos utilizados y su evolución.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 80 años hospitalizados en una UCI desde enero 2013 hasta diciembre de 2014. Se registraron: edad, sexo, procedencia, Apache II, antecedentes médicos, motivo de ingreso, tratamiento al ingreso y al alta, infección nosocomial, uso de antibióticos, delirium, técnicas realizadas, estancia media y destino al alta.

Resultados: Ingresaron 96 pacientes mayores de 80 años (5 por encima de 90 años), con predominio masculino 53,1% y edad media 83 años. Procedencia: Urgencias 83,3%, hospitalización médica: 10,4%. Motivo de ingreso: síndrome coronario agudo: 50%, bloqueo AV: 11,5%, sepsis y ACxFA: 5,2%, I. cardiaca y parada cardiorespiratoria: 4,2%. Antecedentes: HTA 84,4%, cardiopatía isquémica 28,1%, fibrilación auricular 19,8%, insuficiencia respiratoria crónica, EPOC e insuficiencia cardiaca: 17,7%, diabetes 22,9%, insuficiencia renal 12,5%, demencia 8,3%. Media de fármacos al ingreso/alta: 6,8/7,5. Delirium 15,6%. Técnicas realizadas: 60,4% vía central, 40,6% cateterismo cardiaco, 19,8% intubación orotraqueal, 33,3% marcapasos, 22,2% coronariografía. Tratamiento al ingreso/alta: anticoagulantes 19,7/27,6%, antiagregantes 32,9/59,2%, analgésicos 18,4/25%, neurolépticos 3,9/5,3%, antidepresivos 22,4/23,7%, hipnóticos 26,3/25%, aerosoles 19,7/18,4%. Infección nosocomial 9,4%. Uso de antibióticos durante ingreso 22,1%. APACHE II: 11 (5-38). Estancia media UCI: 5 días. Destino al alta: 50% M Interna, 9% Geriátría. Fallecen 20 pacientes (20,8%).

Conclusiones: Elevada prevalencia de pacientes octogenarios que precisan ingreso en UCI con patología coronaria aguda y candidatos a revascularización. Por ello, se detecta un incremento en el tratamiento al alta del grupo antiagregante y/o anticoagulante. Utilización de recursos asistenciales adecuados a su patología con independencia de su edad cronológica. Baja prevalencia de complicaciones hospitalarias como infección nosocomial o delirium. Creemos que la baja prevalencia de delirium podría justificarse en parte, porque solo un pequeño número de los pacientes que ingresan presentan deterioro cognitivo. Hemos detectado la inexistencia de la valoración del grado de funcionalidad del anciano al ingreso y al alta, algo que creemos sería de importante valor.

PC-093. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

M. Dávila Beltrán, J. Durán Sanclemente y M.E. Arévalo Sime
Clínica San Antoni. Barcelona.

Objetivos: Identificar a los pacientes de larga estancia (LLEE) que precisen intervención a nivel de cuidados paliativos, y detectar los síntomas más predominantes en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de 144 pacientes de LLEE, de las cuales se tomó una muestra aleatoria de 76 pacientes de la Unidad de Larga Estancia, posteriormente se realizó una valoración de ingreso por parte de todo el equipo y se hace un seguimiento que queda registrado a nivel informático (escalas de valoración, curso clínico, tratamiento farmacológico, antecedentes patológicos e ingresos hospitalarios previos). Se aplica el Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales NECPAL. Las variables que se obtienen son: edad, sexo, grado de dependencia (escalas de Barthel) e identificación de síntomas como dolor, astenia, disnea, anorexia, estreñimiento, depresión, ansiedad, xerostomía, malestar, agitación, a través de la escala de ESAS.

Resultados: Durante el periodo estudiado, del total de la muestra el 62% eran mujeres, al aplicar la escala de NECPAL un 59% fue positivo (45 pacientes), La media de edad fue 85,5 años. Un 64% presenta dependencia grave. Las patologías predominantes son demencia (44%), seguido de enfermedades neurológicas crónicas como Parkinson, accidentes cerebrovasculares, ELA, cáncer entre otros. los síntomas más prevalentes fueron: agitación, anorexia, astenia, depresión, malestar y dolor. Un 62% ha precisado más de dos ingresos hospitalarios por año.

Conclusiones: Es necesario implementar valoraciones que permitan identificar las necesidades paliativas en la población geriátrica con alto grado de dependencia, pluripatología y fragilidad para poder intervenir sobre los síntomas, mejorar la atención paliativa y mejorar su calidad de vida.

PC-094. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PRE-POST INTERVENCIÓN SOBRE DIABESIDAD EN MAYORES DIABÉTICOS DE CÁDIZ: ESTUDIO MADICA®

P. Bellanco Esteban¹, M.J. Machuca Albertos¹, M. Pérez Eslava², E. Flores Cebada¹ y J. Benítez Rivero¹

¹CS La Laguna. SAS. Cádiz. ²CS Loreto. SAS. Cádiz.

Introducción: La diabetes en personas mayores es un binomio de alta preponderancia en los últimos años y de los que hay poca información. Por otra parte, ya comunicamos que a los mayores diabéticos solo se les pesa en el 31,22% en Atención Primaria, con un IMC medio de 30,13%.

Objetivos: Conocer la respuesta a una intervención específica sobre profesionales médicos-enfermeros para conocer el IMC y su relación con la diabetes en mayores diabéticos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo MADICAII® y de cohorte cuasi experimental MADICAII® en Cádiz. La población de estudio son > 65 años diabéticos, n = 570, IC95% y error $\alpha = 0,05$. La intervención sobre profesionales se realizó mediante 12 sesiones clínicas formativas en el C.S. La Laguna, y el brazo de control en C.S. Loreto, donde no se hizo intervención, pero si se atendió según protocolo del Plan Integral de Diabetes de Andalucía a los pacientes. Se revisaron las historias clínicas analizando variables socio-demográficas, analíticas, farmacológicas, valoración geriátrica, entre otras de peso, talla, IMC. Se utiliza programa informático Epidat 3.1.

Resultados: MADICAII® el peso 76,84 \pm 136,65, la talla 158,7 \pm 10,02, el IMC = 30,13 \pm 14,21%, habiendo sido determinado en el 31,22% de los pacientes. En MADICAII®/CS La Laguna: peso: 76,4 \pm 13,91 (p = 0,0000); talla: 160,4 \pm 9,24 (p = 0,0000) IMC: 29,79 \pm 4,85 (p = 0,7031), habiéndose determinado en el 52,34%. CS La Laguna/CS Loreto: peso: 80 \pm 15,08 (p = 0,0000); talla: 158 \pm 10,29 (p = 0,0000) IMC: 31,69 \pm 4,89 (p = 0,0000), habiéndose determinado en el 26,91%. Glicada media: 6,7% y postintervención 6,8% y 6,9%, y determinadas en el 84,33 en el grupo intervención y 77,93 en el grupo control (p = 0,000).

Conclusiones: Difícil de entender cómo establecer pautas farmacológicas sin conocer el peso del paciente, tras la intervención casi se

duplican las IMC, en el centro de intervención, y disminuyendo en el grupo control, con significación estadística. Más difícil aún, determinar objetivos de control de Hb1Ac, sino conocemos la presencia o no de obesidad, para según las guías de práctica clínica utilizar los recursos terapéuticos a nuestro alcance. La tendencia a centrarnos en el tratamiento farmacológico hace desviar la atención sobre la integralidad del paciente y los objetivos en conjunto a tener en cuenta, más aún si es un mayor diabético.

PC-095. EL PACIENTE FRÁGIL EN URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA

A. Pujol Garía, L. Vallrivera, J. Alonso, P. Bescos, S. Madriles y M. Moreno

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: El paciente crónico y frágil que acude al servicio de urgencias de un hospital por caída, se le suele tratar como un paciente adulto normal. Este tipo de paciente tiene unas características especiales y por eso se le debería tratar de manera especializada.

Objetivos: Conocer las características de las caídas de los pacientes \geq 70 años que acuden al servicio de urgencias de nuestro hospital por caída y cuya consecuencia no es una intervención quirúrgica.

Métodos: Es un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes que acudieron a urgencias de traumatología por caída entre Abril y Junio de 2013, para conocer las características de esta población.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes, la media de edad era de 80,5 años, el 80,4% eran mujeres. El 13,1% presentaba deterioro cognitivo. La media de fármacos era de 6,7, el 40,6% tomaba algún tipo de analgésico. El 98% se fracturó. En el 7,8% constaba registro de caída previa y a los tres meses en un 8,5% se registró una nueva caída. El 91,5% volvió a su domicilio y el 4,6% fallecieron en los tres meses posteriores a la caída.

Conclusiones: La población que acude a nuestro servicio de urgencias por caída son mujeres de edad elevada. La consecuencia de la caída es una fractura y son dados de alta al domicilio. Los factores de riesgo coinciden con el de la bibliografía consultada y las recaídas son un factor de riesgo importante que no se recoge en urgencias. En el servicio de urgencias quedan infra registradas las recaídas como los factores de riesgo de estas. Por este motivo después de ver todas las características de la población que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital y no se tiene en cuenta sus necesidades y características queremos poner en marcha una intervención enfermera en la cual esta realice una valoración geriátrica integral y realice una transición adecuada desde urgencias a la atención primaria y al nivel asistencial adecuado.

PC-096. ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DE DOS RESIDENCIAS A LOS DIFERENTES RECURSOS ASISTENCIALES EN UN ÁREA DE INFLUENCIA. PERFILES PCC Y MACA

R.M. Torres Allepuz¹, E. Padrisa Muntal², I. Cantizano Baldo¹, N. Grané Franch², M. Blasco Rovira¹ y C. Protin²

¹Hospital de la Santa Creu. Vic. ²Consorci Hospitalari de Vic. Vic.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes trasladados desde dos residencias geriátricas a los diferentes recursos existentes en un área de influencia. Conocer el índice de traslados, como indicador funcional, en el modelo asistencial de las residencias basado en la presencia de dos geriatras que dependen de un servicio de Geriátría. Conocer la prevalencia de pacientes crónico complejo (PCC) y enfermedad crónica avanzada (MACA) en los pacientes trasladados.

Métodos: Estudio descriptivo de los traslados de pacientes de dos residencias geriátricas durante el año 2014. Estas residencias tienen de referencia un Hospital General y dos Hospitales de atención intermedia.

Resultados: De los 349 pacientes atendidos durante el 2014 se realizaron un total de 122 traslados (79 usuarios). Características de los pacientes: edad media 84 años \pm 6,99, Índice Barthel 45,82 \pm 26,10, 46,84% PCC y 40,51% MACA. El motivo principal de traslado fueron los problemas cardiorespiratorios (disnea) en un 30,33%, un 28,69% caídas con sospecha de fractura ósea, un 10,66% cuadros febriles, 6,56% complicaciones abdominales y un 4,92% cuadros confusionales con necesidad de pruebas complementarias. El 70,37% de los traslados acabaron en ingreso. En el 45,45% de los casos el ingreso fue en el hospital de agudos de referencia (en un 27,50% con un ingreso posterior en el hospital de atención intermedia y en un 15% Hospitalización a domicilio). El 39,77% ingresó en un hospital de atención intermedia (10% de forma directa y 40% previa valoración por urgencias). El 14,77% de pacientes ingresaron en régimen de hospitalización domiciliaria. Del total de pacientes trasladados con perfil PCC que requirieron un ingreso el 71,79% lo hicieron el hospital general mientras que en el paciente perfil MACA el 59,26% fue en el hospital de atención intermedia. El 11,48% de los pacientes trasladados fue exitos.

Conclusiones: El 22,63% de los residentes han precisado de un traslado hospitalario. El índice de traslados/pacientes es de 1,5. En nuestra área existe la posibilidad de realizar un ingreso directo en un centro de atención intermedia. Los pacientes trasladados con perfil MACA muestran una tendencia a utilizar este recurso.

PC-097. ¿CONOCEMOS EL EQUILIBRIO Y EL MIEDO A CAERSE DE NUESTROS MAYORES?

P. Montero Alía¹, J.L. Albarrán Sánchez², C. Benedicto³, D. Serra Serra¹, R. Alcaraz⁴, G. Martínez de la Iglesia⁵ y L. Muñoz⁶
¹EAP La Riera Mataró-1. Mataró. ²EAP El Masnou. El Masnou. ³EAP Rocafonda. Mataró. ⁴EAP Premià de Mar. Premià de Mar. ⁵Hospital de Mataró. Mataró. ⁶USR IDIAP Jordi Gol. Mataró.

Introducción: El 75% de las caídas se producen en personas mayores de 65 años. El hecho de haber sufrido una caída es un riesgo en sí mismo para que se produzcan nuevas.

Objetivos: Conocer el equilibrio y el miedo a caerse de los mayores de 70 años de cara a plantear futuras intervenciones comunitarias.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se han analizado 951 pacientes de más de 70 años con capacidad de deambulación autónoma (con o sin ayuda técnica) de cinco centros de salud. Criterios de exclusión: Pfeiffer \geq 5, domiciliarios, paliativos y pacientes que hubiesen realizado rehabilitación de la marcha en el último año. El reclutamiento se realiza mediante llamadas telefónicas de listados de pacientes seleccionados por edad, voluntarios y ofrecimiento en la consulta.

Resultados: Sexo 59,4% mujeres, edad media 76 años, IMC medio 28,3, ayuda técnica para deambular 12,6%, capacidad funcional (test Lawton y Brodi) hombres media 4,7y mujeres 7,6, miedo a caerse (FES-I abreviado) media 9,2 (valoración de 7 a 28 puntos donde puntuaciones bajas indican menos miedo a caerse), equilibrio calculado por la consola Wii de Nintendo 61,5% (de 0 a 100 puntos donde puntuaciones altas indican mejor equilibrio), valoración de equilibrio y la marcha mediante el test de Tinetti (equilibrio 14,6 sobre 16, marcha 11,2 sobre 12, total 25,8 sobre 28), valoración de equilibrio mediante el test unipodal (sí que es capaz 70,5%). Porcentaje de caídas presentadas en los doce meses previos a la inclusión: 32,8%.

Conclusiones: La población estudiada a pesar de tener unos niveles aceptables en el equilibrio y en la marcha presenta un porcentaje de caídas importante en los 12 meses previos. Dado que en atención primaria se visita casi la totalidad de la población geriátrica creemos que es prioritario fomentar actividades preventivas y de mejora para disminuir el número de caídas y sus consecuencias tanto a nivel físico, psíquico como económico.

PC-098. PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO RESIDENCIAL

A. Ferro Uriguen¹, B. Miro¹, I. Beobide¹, M. Genua Goena¹, N. Aldezábal², U. Lekuona³ y J. Huegun²

¹Centro Médico Ricardo Bermingham. Fundación Matía. Donostia-San Sebastián. ²Otezuri. Zumaia. ³Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivos: Análisis de la implantación de un sistema automatizado de dispensación (SAD) de medicamentos en un centro residencial de grandes dependientes, donde un 72% de residentes presentan deterioro cognitivo.

Métodos: Se analiza la dispensación de medicamentos durante los primeros seis meses tras la implantación de la nueva tecnología en septiembre de 2014. 1) Dispensación de medicamentos emblistables por paciente y toma a través del SAD Xana 4001U2 (Tosho®) instalado en el Servicio de Farmacia. Son objeto de automatización, formas farmacéuticas (FF) orales en presentación de cápsula o comprimido, siendo calibrados y almacenados fuera de su envase original en tolvas dispuestas en el SAD. Los medicamentos fraccionados y de baja rotación no disponen de tolva, y son emblistados a su vez por un sistema de bandejas semiautomatizado incorporado en el SAD 2) Dispensación de medicamentos manual de medicamentos no emblistables.

Resultados: La producción del emblistado de medicamentos de forma automatizada supone un total de 1.805 bolsitas personalizadas semanalmente para 84 residentes, con una media de 21 bolsitas/semana/residente, distribuyendo principalmente las tomas en desayuno, comida y cena. El 70% de los medicamentos prescritos al residente son emblistados de forma automatizada por el SAD. Un 48% de los residentes, precisa algún medicamento no calibrado en tolva que es dosificado por el sistema de bandejas semiautomático e incorporado al SAD, siendo en un 78% de los casos medicamentos fraccionados. En cuanto a los medicamentos no emblistables la distribución de medicamentos según FF es; 72% FF orales (sobres, ampollas bebibles, comprimidos no emblistables), 14% parches transdérmicos, 10% lágrimas artificiales, 4% medicamentos vía parenteral.

Conclusiones: 1) La automatización de sistemas en el Servicio de Farmacia, ha supuesto la preparación individualizada de dosis por paciente y toma lista para su administración de las dos terceras partes de los medicamentos prescritos al paciente, trabajo que previamente se venía haciendo por parte del personal de enfermería en el centro residencial. 2) Observamos una carencia importante en las presentaciones de medicamentos comercializados en el mercado que adecúen la dosis a las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los pacientes geriátricos, de ahí el alto fraccionamiento de medicamentos de las presentaciones existentes.

PC-099. TIPO DE INCIDENCIAS DE MEDICACIÓN CON MAYOR IMPACTO EN PACIENTES DE UN CENTRO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

B. Miró Isasi¹, A. Ferro¹, I. Beobide¹, M.I. Genua¹, N. Aldezábal² e I. Albizu²

¹Centro Médico Ricardo Bermingham. Fundación Matía. Donostia-San Sebastián. ²Otezuri. Zumaia.

Objetivos: Identificar los puntos críticos del proceso de uso de medicamentos, desde la prescripción hasta la administración, que mayor impacto tienen en el paciente en un centro residencial sociosanitario con el fin de priorizar las acciones de mejora derivadas.

Métodos: 1) Sensibilización en cultura no punitiva entre los trabajadores del centro para la potenciación de la comunicación y registro de incidencias de medicación detectadas. 2) Puesta a disposición del centro de un sistema de información que permita hacer seguimiento de las mismas. 3) Registro, análisis y seguimiento mensual en el cen-

tro de las incidencias detectadas. 4) Clasificación y análisis cuatrimestral de las mismas con el fármaco de referencia.

Resultados: El centro residencial sociosanitario tiene 109 plazas, con una ocupación media de 96,2. El trabajo se ha desarrollado a lo largo del año 2014 habiéndose registrado y analizado 188 incidencias relacionadas con la medicación. Todas ellas han sido comunicadas por parte del equipo de enfermería, principalmente por auxiliares. A lo largo del año se han utilizado 236.762 dosis de medicamento. Tras clasificar los errores de acuerdo a los criterios establecidos por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, el resultado ha sido la detección de incidencias relacionadas con: dosis incorrecta (3), error de preparación (14), falta de cumplimiento (68), hora equivocada (13), medicamento erróneo (2), omisión de dosis (70), paciente equivocado (18). Se ha visto que 6 no afectan a paciente porque han sido detectadas y solventadas antes de administrar el medicamento, 156 afectan sin daño para el paciente, 11 requieren seguimiento por parte del equipo sanitario y 12 además de seguimiento requieren intervención sanitaria. Analizados estos 23 casos, 18 eran consecuencia de haber administrado la medicación a paciente equivocado. El resto, uno era error de preparación y 4 lo eran por haber administrado la medicación de la cena en la comida.

Conclusiones: Es necesario buscar la manera de identificar al residente antes de administrar la medicación. Aspecto dificultado por carecer hasta el momento el residente de identificación encima y verse dificultada esta estrategia por el modelo de atención actualmente en vigor.

PC-100. INFECCIONES DE ORINA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTRO SOCIOSANITARIOS (CSS) INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) PARA TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE)

A. Aguilera Zubizarreta¹, G. Sgaramella¹, D. García Sánchez¹, C. Carrera¹, L.A. García Secadas², P. Sanroma Mendizábal¹ y C. Fernández Viadero³

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Centro de Salud Nansa. Puentenansa. ³Centro de Rehabilitación Psiquiátrico de Parayas. Maliaño. Santander.

Introducción: La institucionalización es un factor de riesgo de infección de orina, con alta prevalencia de gérmenes multiresistentes, no susceptibles de tratamiento por vía oral, por lo que requieren ingreso hospitalario. Dado que la HaD ha demostrado ser una alternativa segura en este tipo de pacientes y es coste efectivo, parece buena alternativa al ingreso convencional en estos casos.

Métodos: Análisis retrospectivo de 40 pacientes ingresados para TADE en HaD procedentes de CSS durante el periodo de un año (abril 2013-2014). Se registraron datos demográficos, comorbilidad, localización de la infección, microorganismos aislados, antibiótico utilizado. La seguridad se evaluó mediante las suspensiones por efectos adversos del tratamiento. La eficacia mediante la tasa de curación/mejoría, los fallecimientos y los reingresos.

Resultados: La edad media fue de 85,9 años; la estancia media 17,6 días, el índice de Charlson 3,7; 60% fueron mujeres. La infección más frecuente fue la ITU complicada 77,5%; seguida de prostatitis 8%; y pielonefritis 2,5%. El 37,5% de los ingresados procedía de Urgencias; 60% ingreso directamente desde la residencia. El germen aislado con más frecuencia fue E. coli (20%); Pseudomonas 15%; Proteus 12,5%; Enterococo 12,5%, otras BGN 17% los antibióticos más utilizados fueron ertapenem (45%), ceftriaxona (10%) y daptomicina (10%). La tasa de curación; 82,5%; reingresos a los 30 días 17,5%, los exitus 10%; el resto permaneció en la residencia. Presentaron mayor estancia media; las prostatitis (35,7 días); los que ingresaron directamente desde CSS, en los que se aisló Enterococo y Pseudomonas. Los reingresos a los 30 días fueron más frecuentes en pacientes que habían recibido cefalosporinas.

Conclusiones: La HaD es una buena alternativa al ingreso hospitalario, pudiendo evitar las complicaciones que el ingreso conlleva en los ancianos, La estancia media, reingresos y los exitus son superiores a la media de los que viven en domicilio pero son pacientes muy mayores con alta comorbilidad y con gérmenes multiresistentes. Es importante establecer protocolos de derivación directa para evitar que estos pacientes pasen por urgencias en la medida de lo posible. La colaboración del personal del CSS es fundamental para el éxito de este tipo de ingreso.

PC-101. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO MULTICOMPONENTE (RESISTENCIA Y EQUILIBRIO) PARA MEJORAR LA FUNCIONALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES CON FALTA DE EQUILIBRIO Y REDUCIR CAÍDAS

I. Antón, E. Andueza, J. Yanguas, N. Galdona, S. Raposo y X. Embil Matia Fundazioa. San Sebastián.

Objetivos: Evaluar si la intervención de un programa de ejercicio físico multicomponente (resistencia y equilibrio) mejora la funcionalidad en las extremidades inferiores, mejorando el equilibrio y por tanto reduciendo el número de caídas.

Métodos: Criterio de inclusión: personas mayores con falta de equilibrio y/o caídas previas. El criterio de exclusión era estar diagnosticado de demencia. El programa consiste en 25 sesiones de 1 hora de duración dos veces por semana. Cada sesión está repartida en ejercicios de resistencia (máquina de press inferior) donde se mide el RM (resistencia máxima), y ejercicios de equilibrio (tapiz de equilibrio y ejercicios de equilibrio). Los grupos son de 6 personas y está dirigido por un fisioterapeuta. Se ha realizado una valoración preintervención y postintervención de valores funcionales y cognitivos. Los funcionales son el SPPB (short physical performance battery), tapiz de equilibrio y RM (resistencia máxima) medida en Kg. Los cognitivos son el MEC, TMTa, TMTb y dos pruebas de dualtasking.

Resultados: Muestra de 7 pacientes, media de edad de 83 años, Barthel 94, Lawton 5. A nivel funcional: RM pre (preintervención) 33 kg; RM post (postintervención) 49 kg; SPPB pre 6,2/12; SPPB post 8,2/12; Tapiz pre 280/300; Tapiz post 296/300. A nivel cognitivo: MEC pre 29; MEC post 30; TMTa pre 120 segundos; TMT post 102 segundos. Para analizar las diferencias pre-post tratamiento se ha utilizado la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Se han observado diferencias estadísticamente significativas pre-post tratamiento en el SPPB (sig. 2-tailed <0,046) y en la ejecución de la prueba del tapiz (sig. 2-tailed <0,042), que apuntan a mejoras de un 18% en las puntuaciones del SPPB y del 3% en la puntuación de la prueba del tapiz de equilibrio. Así mismo, se ha observado una mejoría del RM pre-post de un 32%.

Conclusiones: A pesar de que la muestra es pequeña, el programa de ejercicio multicomponente ha demostrado una mejora funcional en el SPPB, en el tapiz de equilibrio y en el RM. Dichas conclusiones apuntan a que estas personas mejoran en el equilibrio, en la marcha y por tanto se puedan reducir el número de caídas.

PC-102. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS A CAÍDAS EN ANCIANOS EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES DE GUADALAJARA

A. Ruiz Pinto, D. Prada Cotado e I. Bartolomé Martín Hospital Universitario. Guadalajara.

Introducción: Las caídas en las personas mayores representan uno de los principales problemas dentro de la patología geriátrica, constituyendo uno de los principales problemas epidemiológicos, generador de una cascada de consecuencias sanitarias, sociales y económicas.

Objetivos: Establecer los posibles factores asociados a las caídas en la residencia. Mejorar las medidas de atención y de prevención de las caídas en la residencia.

Métodos: Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en mayores de 65 años que han sufrido al menos una caída en el período de agosto de 2012 a julio de 2013 en una residencia de mayores de Guadalajara.

Resultados: Se registraron 233 caídas, se produjeron en 53 personas, con una media de 4,3 caídas por residente. Las caídas se produjeron en un 70% en mujeres y un 30% en hombres, predominantemente en aquellos usuarios de andador (50%) y causadas por resbalones (38%). La mayoría de las caídas se producen en residentes de entre 80-89 años (66%) mayormente en residentes con deterioro cognitivo moderado (34%) y mientras se encontraban solos (60%). La mayoría de las caídas (72%) no tienen lesiones, sólo un 6% del total de las caídas, ha requerido de derivación hospitalaria. Horas y lugares donde se producen las caídas: principalmente en la habitación (49%), durante la tarde (32%), de 15-21 horas, la mayoría de ellas (38%) se producen en ambientes comunes como salones o pasillo.

Conclusiones: La mayoría de caídas se produjeron en mujeres, de entre 80-90 años, que se encontraban solas, con deterioro cognitivo moderado, usuarias de andador, en la habitación, entre las 15-21 horas, generalmente sin lesiones y sin derivación hospitalaria. El personal sanitario debe conocer las características de las caídas en las instituciones donde trabajan para establecer medidas de prevención y reforzar los programas de entrenamiento de la marcha en aquellos grupos con mayor riesgo. Se podría establecer un protocolo de revisión periódica del riesgo de caídas multidisciplinar haciendo hincapié en aquellos residentes con deterioro cognitivo y uso de andador. Sería conveniente reforzar las áreas con poca iluminación, además de la revisión periódica de la distribución de muebles dentro de las habitaciones.

PC-103. ANÁLISIS COMPARATIVO DE SÍNTOMAS EMOCIONALES EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA EN FUNCIÓN DE LA EDAD: MAYORES VS JÓVENES

M. González, M. Martín, A.M. Rodríguez y E. Gómez
Hospital Santa Clotilde. Santander.

Objetivos: Analizar las diferencias en los síntomas emocionales en la situación de enfermedad avanzada entre pacientes mayores y jóvenes.

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de la información de la entrevista inicial de los pacientes atendidos en 2013 y 2014 por el Equipo de Atención Psicosocial. El análisis estadístico se realizó con el programa G-STAT.

Resultados: La muestra fue de 664 pacientes dividida en tres grupos según la edad. En los menores de 50 (n = 65), el 44,62% eran hombres, con una edad media de $41,02 \pm 9,24$ (16-50), y el 50,77% casados. La puntuación media del estado de ánimo fue de $5,47 \pm 2,44$ (0-10), la ansiedad media fue de $5,17 \pm 3,20$ (0-10) y la media de malestar fue $5,93 \pm 3,20$ (0-10). En el grupo que están entre 50 y 75 años (n = 394), el 56,09% eran hombres, con una edad media de $63,72 \pm 6,20$ (51-74), y el 63,20% casados. Las puntuaciones medias en ansiedad y malestar fueron $4,46 \pm 3,29$ (0-10), y $4,94 \pm 3,32$ (0-10), respectivamente. La puntuación media del estado de ánimo fue $5,73 \pm 2,51$ (0-10). En los mayores de 75 (n = 205), el 55,12% eran hombres, con una edad media de $82,65 \pm 5,80$ (75-102), y el 48,29% casados. Con una ansiedad media de $4,00 \pm 3,09$ (0-10), un malestar medio de $4,52 \pm 3,13$ (0-10) y una puntuación media del estado de ánimo de $5,16 \pm 2,16$ (0-10). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en ansiedad (p = 0,0430) y malestar emocional (p = 0,0104). No así en estado de ánimo (p = 0,0527).

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que hay diferencias significativas en las variables de ansiedad y malestar emocional entre grupos de edad.

PC-104. PRESCRIPCIONES INADECUADAS MÁS FRECUENTES EN UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA

M.E. Baeza Monedero¹, E. de Jaime Gil², P. Fernández Montalbán¹, S. Fernández Villaseca¹, A.J. Cruz-Jentoft¹ y R. Miralles Basseda²
¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Describir las características de las prescripciones inapropiadas (PI) antes y después de una intervención en un hospital de día geriátrico (HDG), siguiendo la nueva versión del 2014 de los criterios STOPP-START.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes dados de alta de un HDG de forma consecutiva a lo largo del año 2013. Se analizó la indicación de cada fármaco prescrito en el momento del ingreso y del alta, siguiendo la nueva edición de los criterios STOPP-START del 2014.

Resultados: De 139 pacientes analizados, 97 (69,78%) cumplían algún criterio STOPP en el momento del ingreso. Los criterios STOPP más frecuentes fueron: uso de IBP a dosis plenas durante más de 8 semanas (49,6%), uso de fármacos que aumentan el riesgo de caídas (24,8%), uso de benzodiacepinas de forma mantenida durante más de 4 semanas (24,1%) y toma de AINE a largo plazo para el tratamiento sintomático de la artrosis (5,6%). Al ingreso 40 pacientes cumplían algún criterio START (28,77%); los criterios START más prevalentes al ingreso fueron: falta de antirresortivos o anabolizantes óseos en pacientes con osteoporosis conocida (8,5%), falta suplementos de calcio y vitamina D (5,6%) y falta de uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa para la enfermedad de Alzheimer leve-moderada o la demencia por cuerpos de Lewy (4,2%). Respecto al momento del alta, el criterio STOPP más frecuente continuó siendo el uso de IBP de forma crónica sin clara indicación (42,5%), siendo el START más frecuente la no utilización de antirresortivos o anabolizantes óseos en pacientes con osteoporosis (4,2%).

Conclusiones: El criterio STOPP más prevalente en pacientes de HDG fue el uso de IBP crónicamente durante más de 8 semanas que se mantiene, en la mayoría de los casos en el momento del alta, sin clara indicación.

PC-105. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L.P. Arriarán Germán-Palacios, M.G. Carrizo, C. Arnal Carda, M.C. Pérez Bocanegra, J. Barbe Gil-Ortega y A. San José Laporte
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características, destino al alta y evolución a los 3 meses de una muestra de pacientes ingresados en la Unidad de ortogeriatría (UOG) del Hospital Vall d'Hebron de marzo a mayo de 2014.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes ≥ 75 años ingresados en el área de traumatología del Hospital Vall d'Hebron por fractura de tercio proximal de fémur. A todos los pacientes se le realizó una valoración geriátrica integral y se evaluó el destino al alta y la evolución a los 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, el 76,7% fueron mujeres con una edad media de 84,3 años. El índice de Barthel (IB) medio previo al ingreso fue de 71,8 y al alta 28,7, el índice de Charlson (IC) medio fue 1,56, el test de Pfeiffer medio fue de 3,35 errores. En cuanto al estado nutricional evaluado mediante MNA-SF, el 50% presentó riesgo de malnutrición y el 47% malnutrición. Al alta el 67,4% requirió traslado a Centro Sociosanitario (CSS), el 20,9% a residencia, el 9,3% a domicilio, el 2,3% fallecieron durante el ingreso. A los 3 meses de la intervención el 61,9% se encontraba en domicilio, el 4,8% había reingresado y el 7,1% había fallecido. El 47,1% deambulaba sin limitaciones, el 29,4% deambulaba con dificultad y el 23,5% no deambulaba.

Conclusiones: Los pacientes que requirieron ingreso en la UOG fueron la mayoría mujeres de edad avanzada con dependencia leve para

las ABVD y baja comorbilidad. Cabe destacar que casi la totalidad tenía alteraciones nutricionales lo cual debería implicar en este tipo de paciente una intervención nutricional precoz. Aunque muchos de los pacientes requirieron convalecencia, a los 3 meses más de la mitad había regresado a domicilio, esto podría ratificar la utilidad de una rehabilitación intensiva precoz.

PC-106. PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO DEL CUADRO CONFUSIONAL EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M. García Salmones Frago, J. Martini Abarca y J. Mora Fernández Hospital Clínico. Madrid.

Objetivos: Estudiar la viabilidad de implantar un protocolo para la detección del cuadro confusional, así como resaltar la importancia de su detección precoz en grupos de riesgo y con complicaciones postquirúrgicas y la efectividad de la implantación de medidas higiénico-dietéticas para prevenir el cuadro, relegando a último plano las medidas farmacológicas y de contención mecánica.

Métodos: Estudio observacional donde evaluamos la presencia de confusión en los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera ingresados en unidad de Ortogeriatria entre agosto 2014 y enero 2015. Para clasificarlos utilizamos diferentes fuentes como el cuestionario CAM y la referencia de enfermería e informadores (familiares). Analizamos la toma de fármacos previos relacionados con el cuadro, así como causas médicas y otras circunstancias previas y durante el ingreso que se relacionan con la entidad. Enfermería, los pacientes y sus familiares recibieron instrucciones de medidas higiénico-dietéticas para evitar el cuadro. Estudio estadístico por comparación de medias. SPSS 15.0.

Resultados: N = 106 pacientes, 81,1% mujeres, con una edad media (DE) de 85,15 años (5,68). El 38,7% de los pacientes ingresados presentó delirium, de los cuales la mayoría tenía algún grado de deterioro cognitivo (70,8%) y privación sensorial (61,0%). Predominó el confusional hiperactivo (68,3%). En el 63,4% la confusión fue en el momento prequirúrgico y predominaba el deterioro cognitivo previo (37,22%) y el propio ingreso (62,78%) como causas atribuibles. En los que presentaron confusión en el momento posquirúrgico (36,6%) existían como causas somáticas modificables del cuadro predominantes la anemización brusca (11,6%) y el mal control del dolor (61,0%) pero sí estaban en habitación doble (87,8%).

Conclusiones: Es importante diseñar una estrategia de diagnóstico precoz de delirium en fractura de cadera ya que en la mayor parte de los pacientes este se produce en los primeros días, sobre todo en aquellos predispuestos por sus características clínicas, como los que presentan cierto grado de deterioro cognitivo. Un grupo importante presentó causas médicas como la anemización y el mal control del dolor que diagnosticados precozmente también podrían evitar la aparición de delirium.

PC-107. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA ANEMIA AL INGRESO EN PACIENTES MUY MAYORES CON FRACTURA DE CADERA

P. Fernández Montalbán, S. Fernández Villaseca, M.L. Álvarez Nebreda, M.E. Baeza Monedero, B. Montero Errasquín, M.N. Vaquero Pinto y A.J. Cruz Jentoft Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Describir la epidemiología y evolución de la anemia en pacientes de 80 o más años ingresados por fractura de cadera en una Unidad de Ortogeriatria.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 80 años ingresados en la Unidad de Ortogeriatria de un

hospital terciario, con diagnóstico de fractura de cadera durante 7 meses. Se definió la anemia según criterios OMS (hemoglobina: mujeres ≤ 12 mg/dl y hombres ≤ 13 mg/dl). Se recogieron variables sociodemográficas, situación basal, comorbilidad, valores analíticos y mortalidad.

Resultados: 218 pacientes incluidos. 73,9% mujeres, edad media 87,2 \pm 4,7 años, 20% institucionalizados. 51,8% Barthel ≥ 85 , 69,8% FAC ≥ 4 y 38,5% con demencia. 43,7% en tratamiento antiagregante y 17% con anticoagulante previo. 36,2% presentaron anemia a su ingreso hospitalario, 84,3% de perfil normocítico y 11,4% macrocítico. La mayoría eran hipercromas (45,6%) o hipocromas (31,6%). En relación al perfil ferrocínético, 68% presentaban hiposideremia y, de ellos, 35% tenían IST $< 20\%$; 47% de los pacientes con anemia tenían ferritina normal, siendo baja en el 24% y un 57% presentaba déficit de transferrina. En el 5% se diagnosticó hipotiroidismo y el 43% tenían enfermedad renal crónica (TFG < 60 ml/min). El 14% tenían déficit de B12 y 9% de ácido fólico. Más del 90% de los pacientes anémicos al ingreso, requirieron transfusión perquirúrgica. El 57% necesitaron 2 o más concentrados de hemáties postquirúrgicos, tras un descenso de hemoglobina de 1,77 \pm 0,14 g/dL. No hubo diferencias en el curso clínico según el perfil de anemia. El 83,5% presentaba anemia al alta y un 8,8% falleció durante el ingreso.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes muy mayores con fractura de cadera presentan anemia en el momento del ingreso hospitalario, generalmente de perfil normocítico e hipercrómico. Más de la mitad presentan hiposideremia y, de ellos, más de un tercio ferropenia franca. La mitad de los pacientes ingresados requirieron una transfusión perquirúrgica, mayoritariamente tras la intervención. Al alta, casi la totalidad de los pacientes con anemia continuaban presentándola y la mortalidad en este grupo fue reseñable.

PC-108. LA ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA EN EL GRADO EN MEDICINA NO SE ADAPTA A LAS RECOMENDACIONES EUROPEAS

J. Mateos-Nozal¹, S. Fernández-Villaseca¹, L. García-Cabrera¹, B. Montero-Errasquín¹, M. Lázaro del Nogal², A.J. Cruz-Jentoft¹ y J.M. Ribera Casado³

¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

³Universidad Complutense. Madrid.

Objetivos: Evaluar la incorporación de las competencias en Medicina Geriátrica del plan de estudios europeo, propuesto por la sección de Geriatria de la UEMS, en la legislación española y en las asignaturas de Geriatria de las distintas facultades de Medicina españolas. Valorar si la inclusión de dichas competencias se ve influida por la participación de geriatras en los planes docentes universitarios.

Métodos: Comparación del plan de estudios europeo en Medicina Geriátrica, el BOE (ECI/332/2008) y las guías docentes de las asignaturas de Geriatria existentes en los grados de Medicina españolas.

Resultados: El plan de estudios europeo propone la docencia de 38 competencias organizadas en 10 secciones y el BOE presenta 37 competencias generales y un listado de competencias específicas. Todos los 28 planes docentes de asignaturas de Geriatria mencionan los contenidos teóricos a impartir, pero sólo el 67,9% incluye, además, competencias añadidas. En el 78,6% de las facultades participan geriatras en la docencia. El BOE sólo incluye el 32% (17-100% según la sección) de las competencias europeas, mientras que las guías docentes incluyen el 50% (19-74 según la facultad). El porcentaje tiende a ser superior cuando participan geriatras en la docencia (51% vs 42%, p 0,2). La inclusión de competencias por secciones en el BOE y en los planes docentes de las facultades fue muy variable: enfermedades de los mayores (50% vs 89%), valoración geriátrica (50% vs 77%), niveles asistenciales (100% vs 71%), principios de envejecimiento (40% vs 66%), comorbilidades y factores sociales (17% vs 53%), asistencia

sociosanitaria (33% vs 47%), trabajo multidisciplinar (50% vs 41%), farmacoterapia (20% vs 35%), problemas éticos (33% vs 26%) y respeto al paciente mayor (17% vs 6%).

Conclusiones: Un número importante de recomendaciones europeas para la formación en el pregrado de Geriátría no están recogidas en los documentos oficiales ni los planes de estudio del pregrado en España, a pesar de la alta participación de geriatras en su docencia. Cabe destacar la baja inclusión de aspectos como el respeto al paciente mayor, bioética y farmacoterapia. Es necesario mejorar los aspectos cualitativos de la docencia de Geriátría en las facultades de medicina españolas.

PC-109. ANÁLISIS DE LAS VISITAS DE POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS A UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Andrés Lacalle, A. Aguilera Zubizarreta, G. Saro Gutiérrez, L. Iglesias Oliva, J.L. González-Fernández y C. Fernández-Viadero
Hospital Universitario Valdecilla. Santander.

Objetivos: En el desarrollo de los programas de atención a la cronicidad uno de los indicadores habituales es la utilización de los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria, puesto que los pacientes crónicos de cualquier edad acuden con frecuencia a esos servicios. El objetivo de este trabajo es averiguar con qué frecuencia utilizan los servicios de urgencia hospitalaria los mayores de 70 años del área sanitaria de Santander durante un año (2014), la gravedad del episodio y el destino tras la valoración.

Métodos: Análisis retrospectivo del registro de un servicio de urgencias hospitalario, de todas las visitas de ancianos mayores de 70 años durante 2014.

Resultados: 27.615 ancianos, con una edad media de $81,0 \pm 6,8$ años, originan 35.399 visitas a urgencias, de las cuales 9.259 finalizan como ingresos hospitalarios (26,2%) y 22.798 (64,4%) se van de alta a su domicilio. Fallecen 342 ancianos (1,2%) y 312 visitas (0,9%) se van sin ser evaluadas o con alta voluntaria. El 44% acude una sola vez durante el año, el 28,2% dos veces, el 12,9% tres veces y el resto cuatro o más veces. Se codifica la gravedad del caso en 29.839 episodios (84,3%), de los cuales 665 (2,2%) son graves y urgentes, y 2.753 (9,2%) son urgentes, y 2.677 (8,9%) son no urgentes, el resto 23.744 (79,6%) son leves o urgentes demorables.

Conclusiones: El número de visitas de ancianos a los servicios de urgencia es elevado. La cuarta parte de los episodios generan ingreso hospitalario y tres cuartas partes se pueden considerar urgentes demorables o leves. El 56% de estos ancianos acude dos o más veces durante el año y fallece el 1,2%. Dentro del desarrollo de un Plan de Cronicidad es importante valorar la utilización de los servicios de urgencias por el grupo de población anciana con patologías crónicas.

PC-110. PREVALENCIA DE LESIONES ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH) EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

M.J. Morales Pasamar y X. Alberdi González
Residencia Albiz. Sestao.

Objetivos: Determinar la prevalencia de Lesiones asociadas a la humedad (LESCAH) en ancianos institucionalizados.

Métodos: Es un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en Residencia Albiz-Santiago Llanos, con capacidad para 134 residentes. En el momento del estudio se encuentra con una ocupación de 97,7%. La recogida de datos se lleva a cabo por el equipo de enfermería, quien tras un diagnóstico diferencial según la etiología, características y localización, registra en Resiplus, programa informático que recoge los datos clínicos del usuario.

Resultados: La prevalencia actual de las LESCAH es de 18,32%. La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) es de 14,5%, localizadas en áreas perianal y genital. Entre ellas el 21,05% son producidas por

humedad más fricción y el 5,26% combinan humedad y presión. La dermatitis intertriginosa o por transpiración es de 3,05%, siendo en su totalidad mujeres. La dermatitis periestomal es de 1,52%. Otras dermatitis como perilesionales, asociadas al exudado o por salivación y/o mucosidad no son prevalentes en nuestro centro.

Conclusiones: Dentro de estas lesiones Torra i Bou et al describen diferentes entidades patológicas que se englobarían bajo el paraguas de las LESCAH, teniendo cada una de ellas, características, localizaciones y abordajes específicos. En este momento en nuestro centro, se concluye con un 18,32% de LESCAH, no contrastables con evidencias dada la escasa investigación relacionada. Dentro de estas, las más prevalentes son las DAI, que teniendo en cuenta el nuevo paradigma de las lesiones asociadas con la dependencia de Fernández et al, se concluye con un porcentaje de ellas en la que no sólo se considera como etiología la humedad sino que también la fricción o presión, determinando lesiones combinadas, que deberían excluirse de las DAI y abordarse con una prevención y tratamiento individualizado y específico. También se concluye que la dermatitis intertriginosa es más prevalente en el sexo femenino dada su anatomía.

PC-111. ACEPTACIÓN DE ALERTAS ELECTRÓNICAS E INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS ASOCIADAS A LA PRESCRIPCIÓN

M. Vélez-Díaz-Pallarés, I. Lozano-Montoya, T. Gramage-Caro, B. Montero-Errasquín, C. Sánchez-Castellano y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Los programas de prescripción electrónica asistida (PEA) permiten la inclusión de alertas electrónicas automáticas (AE) asociadas a la prescripción de un determinado fármaco. Además, permiten realizar intervenciones farmacéuticas (IF) de manera individualizada en cada paciente en el momento de la validación del tratamiento. El objetivo es analizar la aceptación de las AE e IF en pacientes mayores.

Métodos: Estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel dotado de PEA en el 100% de las camas. Dos investigadores recogieron las AE e IF realizadas en el periodo mayo-junio 2014 en pacientes ≥ 80 años ingresados en cualquier servicio del hospital. Variables analizadas: tipo de AE/IF, grado de aceptación y justificación, y servicio de ingreso.

Resultados: Se identificaron un total de 673 AE y 488 IF, principalmente en los servicios de Medicina interna (356), Traumatología (124) y Cirugía General (120). En cuanto a las AE, destacó un grado de aceptación global del 60%. Las de mayor aceptación fueron: seguimiento de la terapia secuencial (194 vs 136) y la suspensión/reducción de dosis en medicamentos contraindicados según los criterios STOPP-START (184 vs 135). Las justificaciones para rechazar la terapia secuencial fueron principalmente la situación inestable del paciente (59) y la falta de tolerancia oral (44), mientras que para los STOPP-START fue la necesidad de administración ocasional de fármacos inadecuados (66). En cuanto a las IF, la aceptación fue del 32% (154 de 488). La de mayor aceptación fue la solicitud de información para concretar aspectos incompletos o imprecisos de la prescripción (61 aceptadas vs 51 rechazadas) y la de menor aceptación la propuesta de sustitución de un medicamento por su equivalente incluido en la Guía del hospital (49 vs 242), por preferir los médicos que los pacientes aportasen su medicación habitual.

Conclusiones: El grado de aceptación de las alertas electrónicas automáticas es mayor que el de las intervenciones farmacéuticas (60% vs 32%). Destaca el bajo grado de aceptación de las IF que proponen el intercambio terapéutico por especialidades incluidas en la Guía del hospital (17%), por la preferencia de los médicos de no modificar durante el ingreso la medicación habitual domiciliaria.

PC-112. EVOLUCIÓN DE LAS RESISTENCIAS A ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU) EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA DEL HOSPITAL INSULAR DE LANZAROTE DE 2009 A 2014

C. Peinado Gallego¹, R. Paz Maya¹, J. Alonso Ramírez¹, D. Martínez¹, S. Alfonso Gómez¹ y M.D. Pérez Guillén²

¹Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife. ²Universidad de La Laguna. La Laguna.

Introducción: Es fundamental conocer los microorganismos que más frecuentemente se encuentran implicados en las infecciones del tracto urinario y especialmente los más resistentes para poder optimizar la elección del tratamiento antibiótico.

Objetivos: Analizar y comparar la frecuencia y la tasa de resistencia a los antibióticos de los patógenos detectados en ITU en pacientes institucionalizados en el Hospital Insular de Lanzarote durante el año 2009 y el 2014.

Métodos: Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante recogida de datos en historia clínica de 95 pacientes mayores institucionalizados que han presentado ITU durante el año 2009 y el año 2014. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, procedencia del paciente, patógenos, resistencia a antibióticos. El análisis estadístico se realiza mediante el programa EXCEL Y G-STAT 2.0.

Resultados: De los 95 institucionalizados, se realizaron un total de 66 urocultivos con antibiograma en 2009 y 34 en 2014. Siendo los patógenos más frecuentes en 2009: *E. coli* (39%), *Proteus ssp* (24%), *Acinetobacter ssp* (15%), *S. aureus* (14%), *Morganella ssp* (5%), *Acinetobacter ssp* y *Klebsiella ssp* (1,5%); y en 2014: *E. coli* (47%), *Proteus ssp* (23%), *Klebsiella ssp* y *Serratia ssp* (9%), *Streptococcus D* (6%) y *Pseudomonas ssp* (3%). Tasa de resistencias totales a antibióticos: En 2009 el 62% a amoxicilina y ampicilina, el 30% a trimetoprim-sulfametoxazol y amoxicilina-clavulánico y el 22% a ciprofloxacino, norfloxacino, cefixima y cefonicid; en 2014 el 72% a amoxicilina y ampicilina, el 36% a ciprofloxacino y norfloxacino, el 30% a trimetoprim y cefonicid.

Conclusiones: En los últimos 5 años las ITU por *E. coli* en nuestra institución han aumentado (8%). Hay un cambio de patógenos, desapareciendo *S. aureus* y *Morganella ssp* y apareciendo *Streptococo D* y *Klebsiella ssp*. Las resistencias totales a ciprofloxacino y norfloxacino han aumentado aproximadamente un 15%. *E. coli* ha aumentado notablemente su resistencia a ciprofloxacino y norfloxacino (35%), quizás por su mayor uso, debido a su comodidad posológica. Es necesaria la actualización de la sensibilidad antibiótica de los principales patógenos causantes de ITU en cada institución para optimizar el tratamiento antibiótico.

PC-113. ESTRATEGIA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

R. Javaloy Balsalobre¹, A.J. Gómez Navarro², P.J. Gomariz Vicente¹, P. Torralba Martínez¹, J.D. Avilés Hernández¹, M. Medina Quirós¹ y F.J. Castellote Varona¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Clínica San Felipe. El Palmar.

Introducción: El delirium como situación cerebral aguda y habitualmente transitoria y fluctuante, se desarrolla en un corto periodo de tiempo, y se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y alteración de las capacidades cognitivas, con dificultad para conseguir, mantener o modificar la atención. Abordamos en pacientes ortogerátricos el delirium asociado a agitación psicomotriz por dolor no controlado en fractura de cadera con tracción de partes blandas y vendaje compresivo postquirúrgico en cirugía de prótesis de rodilla (PTR) (artroplastia de rodilla).

Objetivos: Establecemos como objetivo principal identificar precozmente el dolor no controlado y revisar el vendaje compresivo pos-

quirúrgico o férula de Braun, y la tracción de partes blandas en fractura de cadera.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde enero hasta diciembre de 2014 realizado en el Servicio de Traumatología/Unidad de Ortogeriátría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia que han sufrido Delirium encontrando como causa principal y desencadenante del mismo el dolor derivado por vendaje con excesiva compresión y colocación de férula de Braun con inadecuada elevación del miembro inferior.

Resultados: 25 pacientes, 16 hombres (64%) y 9 mujeres (36%). Sufren fractura de cadera 17 (68%) H: 70,58 M: 29,41%. Cirugía PTR 8 32% H: 75% M: 25%. Edad media 80,4 años. Estancia media 10,9 días. Barthel previo en fractura de cadera 60 puntos, en PTR 90 puntos. Adecuado apoyo familiar o institucional el 85%. Precisaron transfusión 32%. Sonda vesical mantenida después de 48 horas 40%. Levantados a las 48h tras cirugía 84%, Hierro IV 42%. Suplementos proteicos 83%.

Conclusiones: Los hombres pese a que ingresan en menor porcentaje por fractura de cadera o por artroplastia programadas, sufren más delirium que las mujeres, consideramos que los signos premonitorios del delirium enmarcados en el concepto de delirium subsindrómico deben ser conocidos por el equipo de enfermería especializado en Ortogeriátría. Proponemos unas recomendaciones preventivas de enfermería para pacientes ortogerátricos con fractura de cadera y vendaje compresivo posquirúrgico en sus primeras 24 horas.

PC-114. DISEÑO DE UN ANDADOR INTELIGENTE, PROYECTO RAPP

N. Galdona¹, M. Iturburu¹, E. Aldaz¹, C. Alderete², I. Rezola¹ y A. Orbegozo²

¹Matia Instituto. San Sebastián. ²Matia Fundazioa. San Sebastián.

Objetivos: Conocer las necesidades y preferencias de personas mayores operadas de cadera y sus cuidadores con respecto a un andador inteligente que les apoye en su rehabilitación. Definir las funcionalidades del sistema. Definir la forma de interacción del andador con los usuarios.

Métodos: Para recoger los requerimientos de usuario se utilizaron: a) grupos de discusión con profesionales (fisioterapeutas, médicos y enfermeras), personas mayores y sus familiares b) entrevistas con personas mayores y recogida de datos mediante cuestionario diseñado al efecto.

Resultados: De la información obtenida se extrajeron 8 requerimientos de usuario con respecto al sistema: Adaptado a cada persona mayor. Configuración aplicaciones para diferentes usuarios. Estable y robusto. Fácil de maniobrar. Ejercicios personalizados. Con asiento. Fácil interacción persona mayor-andador. Análisis de la marcha y monitorización de la actividad. En base a los requerimientos obtenidos y de acuerdo con los profesionales de la salud se definieron las principales funcionalidades del sistema: Identificación de la persona mayor. Calibración de la postura correcta y su detección. Definición de un plan de ejercicios estáticos y dinámicos. Monitorización de la actividad y análisis de la marcha. Detección de problemas. Información para persona mayor y profesional. Para poder llevar a cabo estas acciones con el andador se definieron diferentes interfaces y medios de interacción para la persona mayor y el cuidador: un botón que indica el inicio y finalización de una actividad; unos LEDs de color verde y rojo para indicar si la postura de la persona mayor es o no correcta; un control remoto para el profesional y familiar; y una Tablet para que la persona mayor reciba feedback de su utilización del andador y el profesional reciba un informe diario sobre cada persona y su actividad.

Conclusiones: Mediante un diseño centrado en el usuario se han recogido las necesidades y preferencias de las personas mayores y sus cuidadores y se han diseñado las funcionalidades e interfaces para el andador inteligente que les den respuesta, de forma que real-

mente suponga un apoyo en el proceso de rehabilitación y vuelta a una vida independiente de personas mayores operadas de cadera facilitando así su inclusión social.

PC-115. ¿LOS PROGRAMAS DE MANEJO CONJUNTO EN GERIATRÍA CAMBIAN LA ACTITUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO?

L. Vognar¹, J. Mateos-Nozal², J. Defillo¹, G. Turini¹, S. Fernández-Villaseca², R. Shield¹ y R. Besdine¹

¹Universidad de Brown. Providence. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: El objetivo es evaluar el impacto de una unidad de manejo conjunto y un programa educativo específico, consistente en sesiones clínicas bimensuales, sobre las actitudes hacia las personas mayores, de uno de los cuatro programas desarrollados en una universidad americana de referencia.

Métodos: Estudio transversal basado en la evaluación de las actitudes hacia la población mayor empleando la *UCLA Geriatric Attitude Scale* (GAS). Se compararon dos grupos: el grupo de intervención fue el de los traumatólogos de la Unidad de Ortogeriatría y el grupo control lo constituían los urólogos del mismo hospital. Los datos se recogieron mediante encuestas electrónicas y el análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 20.

Resultados: Tanto la Unidad de Ortogeriatría (grupo intervención) como el Servicio de Urología (grupo control) incluyen 8 adjuntos, con distinto número de residentes, 30 y 16 respectivamente. La tasa de respuesta fue menor para el grupo intervención (52,6%: 6 adjuntos y 14 residentes) que para el grupo control (73,1%: 8 adjuntos y 10 residentes). La formación previa en Geriatría, fue mayor en el primer grupo con respecto al segundo (84,2% vs 31,6%, $p < 0,001$), de igual manera que haber trabajado con un geriatra recientemente (94,7% vs 36,8%, $p < 0,001$). Las actitudes hacia la Geriatría fueron favorables y similares en ambos grupos de especialistas (GAS 3,6 vs 3,81, $p < 0,12$), con mejores actitudes entre los adjuntos de Traumatología (GAS 3,93 vs 3,89). La formación previa en Geriatría no se relacionó con mejores actitudes frente a los mayores (GAS 3,7 vs 3,72), mientras que se observó una asociación positiva entre haber cooperado con geriatras y mejor actitud (GAS 3,74 vs 3,65, $p < 0,57$).

Conclusiones: Este estudio muestra actitudes positivas hacia la Geriatría en ambos grupos de cirujanos y una asociación entre el trabajo conjunto con geriatras y mejores actitudes hacia las personas mayores. Es necesario trabajar en el desarrollo de dichas unidades como lugares formativos.

PC-116. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

N. Miguelena Torrado¹ y N. Suárez Pérez de Eulate²

¹Matia Fundazioa. Donostia. ²Argixao. Zumarraga.

Introducción: Las caídas y sus graves consecuencias son frecuentes en población anciana. La mitad de las personas ancianas que se caen lo hacen de forma repetida. Un 5-10% de los pacientes que han sufrido Fra. de cadera se vuelven a re fracturar a lo largo de su vida.

Objetivos: 1. Conocer el grado de efectividad de un programa de prevención de caídas implantado en Unidad de Ortogeriatría. 2. Conocer el grado de adherencia a las recomendaciones del programa. 3. Conocer las consecuencias de las nuevas caídas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los ingresados en Unidad de Ortogeriatría durante el año 2014 que retornaron a su domicilio y que participaron en un programa de prevención de caídas de abordaje multifactorial. Mediante una encuesta telefónica realizada 3 meses del alta se observan las siguientes variables: nuevas caídas y consecuencias, seguimiento de recomendaciones, seguimiento por profesionales sanitarios, situación de marcha y necesidad ayudas técnicas.

Resultados: Se han realizado 68 entrevistas (hasta febrero 2015). Muestra: edad media 85,25 años, el 92,65% son mujeres. El Í. Barthel medio al alta es de 72 puntos y el MEC medio de 26,8 puntos. Entrevista: el 100% de los encuestados ha seguido las recomendaciones. El 25% se han caído al menos una vez durante los 3 meses y una conllevó como consecuencia una nueva fractura de cadera. El uso de ayudas técnicas en similar para el grupo que se ha caído y para el que no, 88,2% y 90,2% respectivamente. El seguimiento de la fractura de cadera en el 88,2% lo realiza el traumatólogo y el 11,8% desde AP. La prevención de factores de riesgo de nuevas caídas no se ha realizado desde AP.

Conclusiones: 1. La llamada telefónica no es el mejor método, por sobreestimar el nivel de adhesión a las recomendaciones. 2. A pesar de participar en el programa una cuarta parte de los pacientes han presentado nuevas caídas. 3. El seguimiento de la fractura y su recuperación ha sido bueno por parte de los profesionales sanitarios, no así el de prevención de nuevas caídas. Enfermería no se nombra en todo el proceso.

PC-117. UNA NUEVA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE TENERIFE

R.M. Quílez Pina, C. Arango Salazar, C. Herrera Bozzo y A. Dávila Jerez

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Evaluar el tipo de paciente y actividad durante los primeros nueve meses desde la creación de la Unidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidad, Í. Barthel, Pfeiffer. Se analizaron los datos con SPSS.

Resultados: Han ingresado 420 pacientes. El 97% provenían de urgencias, el 2% vinieron de forma programada para colocación de PEG y el 1% trasladados desde otro servicio. La estancia media es de 10 días. Exitus intrahospitalario 14,5%. Se realiza un corte de pacientes ingresados a partir 1 agosto y dados de alta hasta el 30 de septiembre. 93 pacientes. Edad media 85,9 años. 21% varones. 32% viven en residencia. Charlson modificado por edad 8. Pfeiffer < 3 en el 20%. Antecedentes: HTA 75%, DM 39%, ACV 29%, ACxFA 21%, Fracturas 18%, EPOC 18%. Disfagia: 41%. Espesante previo 12% y al alta 35%. PEG 7% y SNG 2% al alta. Broncoaspiraron durante el ingreso 12%. Barthel < 20 previo 62% y al alta 76%. Barthel > 60 previo 24% y al alta 11,5%. Deambulación con ayuda 12%, bastón 12%, andador 10%. Diagnósticos más frecuentes: Infección respiratoria 50%, ITU 48%, Insuficiencia cardíaca 29%, Anemia 25%, Insuficiencia renal aguda 24%, Insuficiencia renal crónica 23%, Estreñimiento 18%, Delirium 10%, ACV 5%.

Conclusiones: El paciente que ingresa en nuestro servicio es un anciano-anciano pluripatológico que con frecuencia presenta demencia y disfagia. Habitualmente vive en domicilio y es "captado" por nuestro servicio desde urgencias. Se objetiva un declive funcional en nuestros pacientes por lo que debemos intentar mejorar y creemos que la colaboración de un fisioterapeuta sería interesante para nuestra Unidad.

PC-118. EL ANTES Y EL DESPUÉS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

M. González Eizaguirre, y. Constante Pérez, I. Ferrando Lacarte, C. Deza Pérez, C. Cánovas Pareja y E. García Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente atendido por primera vez en Consultas externas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se obtiene información del paciente que acudirá el próximo mes, revisando el informe de solicitud y la historia clínica electrónica y si ha sido valorado por el mismo

motivo por otros especialistas. Se evalúa en las solicitudes de consulta en los 3 últimos meses, el porcentaje de los que no han acudido a la cita. Variables: demográficas, motivo de consulta, procedencia, especialistas en los últimos 6 meses y tiempo de espera para la consulta.

Resultados: Los 50 primeros citados en consultas para el próximo mes, son mujeres 66% con una edad media 81,6 años. Tiempo de espera 3 meses. El motivo de valoración es deterioro cognitivo 46%, alteraciones conducta 30% valoración geriátrica 38%, deterioro funcional 16%, depresión 14%, síndrome inmovilidad 8%, síndrome constitucional, dolor 4%. Diagnóstico ya conocido por su médico de Atención Primaria (MAP) 56%, tratamiento previo 50%, habían consultado en menos de 2 ocasiones en últimos 6 meses con otros especialistas por el mismo motivo 18%, más de 2 veces 6%; un 24% será valorado en un futuro. Consulta simultánea: Neurología 18%, Psiquiatría 10%. Los 134 pacientes atendidos en los últimos 3 meses, son mujeres 70%, edad media de 84,7 años. Se confirma el deterioro cognitivo con alteraciones de conducta como el principal motivo 77%. Un 28,35% no acudieron a la cita: 3 la anularon, 5 fallecieron y 30 no acudieron (sin causa conocida). De los 96 pacientes atendidos, un 40% fueron dados de alta tras su valoración siendo remitidos para control por su MAP.

Conclusiones: El deterioro cognitivo y los trastornos de conducta son los motivos más frecuentes de valoración. Existe un elevada prevalencia de pacientes citados para primera visita y que no acuden. El que la consulta sea en pacientes vistos con frecuencia por distintos especialistas de forma simultánea, pone de manifiesto que existe una oportunidad de mejora en la comunicación con Atención Primaria y Atención Especializada, y rentabilizar el consumo de recursos. Tras una primera valoración, muchos seguirán en control por su Médico de Atención Primaria.

PC-119. LA ATENCIÓN TELEFÓNICA VINCULADA A UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA COMO MODELO DE ASISTENCIA EFICAZ: UNA EXPERIENCIA PILOTO

A. González Ramírez, M.A. García Iglesias y C. Pablos Hernández
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Objetivos: El paciente atendido en nuestras consultas tiene con frecuencia un perfil clínico de gran complejidad, importante comorbilidad proclive a la descompensación o sintomatología altamente disruptiva. No todas las situaciones de desestabilización son subsidiarias de ingreso hospitalario o atención urgente. Como experiencia piloto, a los pacientes atendidos en nuestra consulta y al entorno cercano se les ofreció la posibilidad de realizar consultas telefónicas en caso de incidencias antes de recurrir a otros recursos.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, prospectivo, durante los 21 primeros meses de actividad de una Consulta Externa de Geriátría. Análisis estadístico SPSS 15.0.

Resultados: 93 consultas telefónicas de 55 pacientes. Mujeres 72,7%. Edad media 85,63 ± 6,97 años. Katz A-B: 25%; C-E: 36,4%; F-G: 38,6%. HTA 74,5%; DL 38,3%. Demencia 54,9%. Caídas 48,9%. Polifarmacia 93,4% (20% ≥ 10 fármacos). Domicilio (43,8%); con familiares (29,2%); Residencias (25%). Duración media: 10,11 ± 3,61 minutos. Quién consulta: 81,7% familiares; 9,7% MAP; 4,3% residencias. Motivos de consulta: SPCD (29%), dolor (11,8%), mala tolerancia a fármacos (11,8%), control de tratamiento previamente iniciado en la consulta (16,1%), valoración de complementarias (14%). Acciones realizadas: educación sanitaria (43%); nuevo tratamiento (41,9%); retirada de tratamiento (19,4%); gestión de revisión extraordinaria (15,1%); solicitud de nuevas complementarias (10,8%). Derivación a Urgencias (2,2%). Derivación a MAP (7,7%). 70,90% sólo llamaron una vez. Sin diferencias respecto a situación funcional o motivo de consulta y número de llamadas realizadas, pero sí respecto del lugar de residencia (llaman menos de Residencias).

Conclusiones: 1) En nuestra muestra, los principales motivos de consulta telefónica son los trastornos conductuales asociados a demencia, los ajustes farmacológicos o la solicitud de información respecto a pruebas complementarias realizadas, seguimientos del control del dolor, reacciones adversas a medicamentos e infecciones, entre otros. 2) Este es un recurso utilizado principalmente por familiares de pacientes en su mayoría no institucionalizados, con un nivel de dependencia de moderado a grave y con altas tasas de polifarmacia, demencia y trastornos afectivos. 3) Las intervenciones más frecuentes siguen siendo la educación sanitaria y los ajustes farmacológicos, solucionándose sin derivar a otros recursos o generar revisiones extraordinarias 3 de cada 4 consultas, lo cual demuestra la utilidad de esta modalidad de asistencia.

PC-120. POLIMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA Y NO INSTITUCIONALIZADA DE CANTABRIA

A. Rodríguez-Valcarce¹, E. Cuarema Lasheras², M. González-Ruiz², G. Mejía Abril³, S. Gandarillas Gándara³ y C. Fernández-Viadero⁴
¹Dirección Médica. Hospital Santa Clotilde. Santander. ²Farmacología Clínica de Atención Primaria. SCS. Santander. ³Farmacología Clínica. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. ⁴Hospital Universitario Valdecilla. Santander.

Objetivos: El envejecimiento se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y un mayor consumo fármacos y esta polimedización a un mayor número de efectos secundarios. Sin embargo pocos estudios evalúan la institucionalización como factor de riesgo de medicamentos potencialmente inadecuados (MPI) en el anciano. El objetivo es Investigar las diferencias de uso de medicamentos entre ancianos institucionalizados y en el medio comunitario y averiguar el riesgo relacionado con los MPI en esa población.

Métodos: Validación de una base de datos poblacional con información de facturación de recetas. Selección de las poblaciones diana: pacientes ≥ 65 años del medio comunitario y pacientes institucionalizados en residencias socio-sanitarias de Cantabria.

Resultados: Se analizan las prescripciones realizadas en el primer trimestre de 2014 = 2.610.227 recetas. En ese periodo se contabilizan 115.150 pacientes mayores de 65 años, de los cuales están institucionalizados 4.659. Entre los no institucionalizados tomaban 10 o más fármacos 12.854 ancianos y más de 15 1.351 ancianos. En los institucionalizados estas cifras son de 578 y 68 ancianos respectivamente, sin diferencias entre los grupos. Si aparecen diferencias en el consumo de 3 o más psicofármacos que supone el 3,7% (4.111 ancianos) en el medio comunitario y el 9,6% (449 ancianos) en el medio residencial.

Conclusiones: Sin diferencias en prevalencia de polimedización a nivel global. Sí se identifica la residencia como factor de MPI en el uso de psicofármacos que triplica los consumidos por los ancianos del medio comunitario. Es necesario realizar más estudios en torno a MPI en residencias, así como fármacos adecuados y ocasionalmente no prescritos en esta población.

PC-121. UTILIZACIÓN DE RECURSOS HOSPITALARIOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA DE CANTABRIA

C. Fernández-Viadero¹, M.A. Astuy Argos², R. Navarro Ortega³, M. Jiménez Sanz¹, R. Verduga Vélez⁴ y D. Crespo Santiago⁵
¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Instituto Cántabro de Servicios Sociales. Santander. ³Subdirección de Ordenación y Asistencia Sanitaria. Santander. ⁴Psicología y Educación para la Salud. UNED Cantabria. Santander. ⁵Anatomía y Biología Celular. Unidad de Biogerontología. Santander.

Objetivos: Uno de los sectores poblacionales sobre los que debe incidir una estrategia de atención a la cronicidad es el de las personas mayores y con discapacidad institucionalizadas. El objetivo del presente

estudio es averiguar el grado de utilización de servicios sanitarios, visitas a urgencias y hospitalizaciones, en los hospitales de referencia, por parte de la población institucionalizada de Cantabria durante el año 2014.

Métodos: Análisis retrospectivo de los registros de derivación desde los centros residenciales a los hospitales de referencia durante los 12 meses del año 2014. Cuantificar las derivaciones a Urgencias, los ingresos generados, el número de estancias causadas por este sector de la población, y su distribución a lo largo de todo el año.

Resultados: En el año 2014 se cuantificaron 4.126 personas institucionalizadas en Cantabria. Estaban distribuidas entre tres centros públicos (472) y el resto, 3.654, en 62 residencias concertadas. Estos pacientes institucionalizados originaron 3.652 visitas a los servicios de Urgencia hospitalarios que generan 1.074 ingresos y 8.318 estancias. El mes de máxima afluencia fue el de enero con 439 visitas a urgencias, 127 ingresos y 899 estancias. El de menor relevancia fue julio, con 226 urgencias hospitalarias y 65 ingresos, aunque la suma de estancias menos numerosa ocurrió en el mes de abril con 482.

Conclusiones: El número de visitas a urgencias de los pacientes institucionalizados en los centros residenciales de Cantabria es elevado un 88% y se producen ingresos equivalentes a un cuarto de la población estudiada. La distribución a lo largo del año es variable y siendo el mes de enero el que presenta la mayor utilización de recursos hospitalarios. Las numerosas estancias suponen prácticamente que 23 camas de hospitales de agudos estén permanentemente ocupadas por estos pacientes institucionalizados. Un desarrollo adecuado de un Plan de Cronicidad centrado en el paciente, con un buen desarrollo de la hospitalización domiciliaria en el medio residencial, podría suponer una disminución de los ingresos de estos pacientes en los hospitales de agudos.

PC-122. PAPEL DEL NUTRICIONISTA EN UNA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA

M.D. Nieto de Haro¹, I. Romero¹, G.M. Casado¹ y C. de Linares²

¹Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Málaga.

²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Las unidades psicogeriatricas son las estructuras adecuadas para ofrecer a los ancianos con dependencia física y/o psíquica unos cuidados a medida, con la indicación del tratamiento nutricional más favorable a la situación individual de cada paciente. Es por ello que el nutricionista clínico juega un papel esencial formando parte del equipo multidisciplinar terapéutico.

Objetivos: Evaluar la actividad llevada a cabo durante el periodo comprendido entre marzo hasta julio del 2014 por una nutricionista encargada de valorar a 63 residentes ancianos institucionalizados en la unidad psicogeriatrica del Hospital Hermanas Hospitalaria de Málaga.

Métodos: Estudio descriptivo y observacional analizando las historias clínicas y realizando exploraciones individuales.

Resultados: Durante dicho periodo dentro del área de consultoría se ha realizado 63 valoraciones obviándose 9 informes por falta de datos analíticos, resultando 54 valoraciones completas y obteniéndose los siguientes resultados: pacientes con buena nutrición el 25,9%, pacientes con desnutrición leve el 55,6%, pacientes con desnutrición moderada-severa el 13% y pacientes obesos el 5,5%. Se ha realizado valoración del estado de deglución mediante evaluación de historia clínica y detección de signos y síntomas utilizando el cuestionario de Eating Assessment Tool extrayéndose los siguientes resultados: pacientes con disfagia el 40,3% y pacientes sin disfagia el 59,7%. En el área de asesoría dietética se ha analizado la oferta alimentaria del menú basal a partir de la pirámide de alimentación en el anciano con el fin de ajustar la frecuencia de consumo diario y semanal de cada grupo de alimentos. En el área de formación conti-

nuada se ha realizado un taller sobre diabetes y alimentación en el paciente diabético destinado a al personal sanitario del centro.

Conclusiones: El papel del dietista clínico es esencial en todo lo que hace referencia al estado nutricional y alimenticio del paciente, en especial en aquellos ingresados en unidades psicogeriatricas donde el trabajo en equipo es fundamental.

PC-123. DEMENCIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE: PREVALENCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS

S. Solsona Fernández, N. Quílez Salas, M.C. Aula Valero, A. Félez Bono, M. Forcano García y R. Vial Escolano
Hospital San José. Teruel.

Objetivos: Conocer los síndromes geriátricos más frecuentes en pacientes con demencia y deterioro cognitivo leve de una consulta externa de geriatría.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes con demencia (grupo 1, G1) y deterioro cognitivo leve (grupo 2, G2) atendidos en primera visita en Consultas de Geriatría del Hospital San José de Teruel durante el año 2013. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, situación funcional medida mediante Índice de Barthel (IB), situación cognitiva (MEC), tipo de demencia y presencia de síndromes geriátricos (SG). Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: En G1 (n = 124) el 61,1% eran mujeres, con una edad media de 84,31 años, IB basal 85/100 y en primera visita 80, MEC 16/35. El perfil de demencia era: vascular (28,2%), mixta (18,5%), Alzheimer (9,7%). Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron: polimedicación (63,7%), alteración de la marcha (37,9%), incontinencia urinaria (51,6%) y privación sensorial (47,6%); siendo la media de 5 SG. En G2 (n = 99) el 62,6% eran mujeres, con edad media de 81,48 años, IB basal 95/100 y en primera visita 90, MEC de 25/35. Los síndromes geriátricos más frecuentes: polimedicación (63,6%), privación sensorial (40,4%), depresión (37,4%), alteración de la marcha y estreñimiento, siendo la media de 4 SG. Comparando síndromes geriátricos en ambos grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) en incontinencia urinaria y fecal, síndrome confusional, síndrome de inmovilidad y depresión.

Conclusiones: Los pacientes con demencia que acuden en primera visita a la consulta externa de Geriatría de Teruel asocian con más frecuencia como síndromes geriátricos incontinencia (fecal/urinaria), síndrome confusional e inmovilidad, a diferencia de los pacientes con deterioro cognitivo leve, que asocian con más frecuencia depresión.

PC-124. PERCEPCIÓN DE SUFRIMIENTO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PROCESO DE MUERTE DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y SU EQUIPO ASISTENCIAL

M. Prat Martínez¹, S. Bleda García¹, R. Alonso², P. Fernández², A. Doz² y R.M. Beltrán²

¹Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. Sant Cugat del Vallès.

²Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: Objetivo general: conocer las características generales de la atención al final de la vida (AFV) de los pacientes fallecidos en el Centro Sociosanitario (CSS) Albada de la Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Objetivos específicos: describir los síntomas que más se relacionan con el sufrimiento la semana previa a la muerte. Describir el grado de comunicación de los profesionales con el paciente y el cuidador. Describir el grado de satisfacción del cuidador, del profesional médico y enfermero con el proceso asistencial.

Métodos: Estudio observacional-descriptivo. Ámbito: Centro Sociosanitario Albada. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). Se incluyeron los pacientes fallecidos de manera consecutiva durante dos meses en las unidades de estudio. La muestra final fue

de 103 pacientes fallecidos. Se estudiaron variables relacionadas con la percepción del grado de sufrimiento del paciente, el grado de satisfacción del proceso de muerte, la calidad de la comunicación de cuidadores, médicos y enfermeras, además de variables sociodemográficas y clínicas presentes durante la semana previa al fallecimiento.

Resultados: Los síntomas que más se relacionan con el sufrimiento según el cuidador son debilidad y dolor (37%), inquietud (33,3%) y disnea (27,8%); según el médico disnea (29,6%), confusión (25,9%), inquietud (21%) y dolor (19,8%) y según la enfermera inquietud (35,7%), disnea (25%), dolor (23,8%) y confusión (21,4%). Los únicos síntomas registrados en la historia clínica son dolor y confusión (22,6%), disnea (17,2%), trastornos miccionales (8,6%) y fiebre (4,3%). El 72,2% de los cuidadores están muy satisfechos con el proceso, frente al 54,8% de las enfermeras y el 58,8% de los médicos.

Conclusiones: La presencia de sufrimiento es inherente al proceso de muerte y afecta de manera notable, no sólo a los enfermos sino también a los familiares y a los profesionales. Los cuidadores son capaces de percibir más síntomas que generan sufrimiento que las enfermeras y los médicos, pero es el colectivo enfermero el que considera que el grado de sufrimiento del paciente es mayor. Los registros clínicos son insuficientes. Es necesario que enfermería asuma una mayor responsabilidad en el cuidado de los pacientes crónicos al final de la vida para garantizar una muerte digna.

PC-125. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN INTERMEDIA EN CATALUÑA

I. Bullich Marín, P. Sánchez Ferrín, C. Cabanes Durán, C. Ferrando Belart, E. Vallés Forcada y H. Biescas Prat
Departamento de Salud. Cataluña.

Objetivos: Describir la evolución de contratación y utilización que han experimentado las líneas asistenciales de atención intermedia en la comunidad de Cataluña.

Métodos: Descripción del número de recursos de internamiento de atención intermedia (convalecencia, cuidados paliativos, media estancia polivalente y subagudos) des de 1994 hasta 2014 y perfil de las personas que lo utilizan según sexo y grupo de edad des de 2004 hasta 2013.

Resultados: Desde 1994 los recursos de convalecencia han aumentado un 350% y los de cuidados paliativos un 178%, llegando a 2.147 y 388 camas respectivamente. En el año 2000 se inició la contratación de camas de media estancia polivalente (actividad mixta de convalecencia y cuidados paliativos en territorios con poca densidad poblacional) con una evolución creciente hasta las 668 camas actuales. El año 2013 se inició la actividad de subagudos, llegando a las 280 camas en 2014. A finales de 2014 el número total de camas de atención intermedia era de 3.483 camas. Desde 2004 se dispone de datos del conjunto mínimo de base de datos sociosanitario (CMBD-SS) de los recursos de atención intermedia. La actividad de convalecencia y de cuidados paliativos ha crecido desde 2004, pasando de 11.975 a 28.355 episodios y de 3.868 a 9.196 episodios, respectivamente. Los hombres suponen aproximadamente un 60% de la actividad paliativa y el 40% en convalecencia, manteniéndose estables estos porcentajes en el tiempo. El porcentaje de episodios de las personas de 75 años y más ha crecido desde 2004, causando en el 2013 el 78,96% de los episodios de convalecencia, el 60,35% de cuidados paliativos y el 84% de subagudos. Este aumento se relaciona directamente con el aumento de episodios causados por mayores de 85 años.

Conclusiones: Las diferentes líneas de atención intermedia en Cataluña tienen una tendencia creciente, tanto en número de recursos como en la actividad asistencial. Ha aumentado el uso de esta tipología de recursos por parte de los grupos de edad más mayores. Los hombres causan más episodios en cuidados paliativos, mientras que en convalecencia y subagudos las mujeres son las que suponen un mayor porcentaje.

PC-126. PREVENCIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL EN UNIDADES DE AGUDOS A TRAVÉS DE LA DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE PROBLEMAS OCULTOS: ESTRATEGIAS DEL SERVICIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

M.J. Sanz-Arangué Ávila, J. Pérez del Molino Martín, Z. Yusta Escudero, B. Pérez Pena, N. Pérez Abascal y R. Hernando Fernández

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Liencres.

Objetivos: Patologías ocultas causan frecuentemente malos resultados clínicos y funcionales en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda, proponiéndose estrategias de detección sistemática, en especial sobre síndromes geriátricos. Presentamos la metodología y resultados de nuestra Unidad de Agudos del Adulto Mayor (UAM).

Métodos: En 2014 nuestro Servicio de Geriátría (SG) disponía de 22 camas de hospitalización (28 actualmente). Sobre 1.160 altas, 80,5% (71% de estancias) correspondieron a la UAM. Cada paciente es evaluado mediante protocolo que incluye la situación funcional (índice de Barthel, IB), mental (cribaje de deterioro cognitivo, insomnio, alteraciones del ánimo y conducta) y de la marcha basal y al ingreso, y el despistaje de caídas (6 meses), pérdida de peso, disfagia, déficit sensorial, incontinencia (escala Sandvick), y estreñimiento. Además, se analiza sistemáticamente el listado de medicamentos y su impacto en la situación clínica. Se presentan los resultados de una muestra de 448 pacientes consecutivamente ingresados.

Resultados: Edad media 85,58 años (23% > 90 años), 23% institucionalizados, IB previo medio 50,67, media en escala de comorbilidad de Charlson corregida por edad 9,38, y un consumo medio de 7,69 medicamentos. Los principales motivos de ingreso son insuficiencia cardíaca (14%), neumonía/broncoaspiración (9%), deterioro funcional inespecífico (6,4%), deshidratación (6%) e ictus (5,6%). Se realizan una media de 6,84 nuevos diagnósticos, destacando: disfagia (59%), caídas (43,5%), impactación fecal (39%), demencia (38%), delirium (28%), depresión (24%), y desnutrición (6%). En el 27% la iatrogenia motiva el ingreso. Pese a su complejidad 3/4 experimenta al alta ganancia funcional (media IB 27,6 puntos) y/o en la marcha, 10% mejora su situación basal, y solo el 18,5% experimenta deterioro funcional y 2% cognitivo. Fallece el 11,5%. En el 100% de casos sin enfermedad discapacitante aguda se preserva la continencia. Tras una estancia media de 6 días solo el 5,5% son institucionalizados de novo en residencias.

Conclusiones: Objetivamos una elevada incidencia de nuevos diagnósticos de síndromes geriátricos como disfagia, caídas, demencia, delirium, y depresión, así como iatrogenia, lo que pudiera indicar una sensibilidad alta de nuestro sistema de despistaje. Queda por evaluar esta relación así como su responsabilidad en los buenos resultados funcionales y de gestión de la UAM.

PC-127. ALGORITMO DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: UNA ESTRATEGIA PARA LA DESPRESCRIPCIÓN

M. Guerro de Prado¹, L. Alonso Rodríguez², M.J. Carranza Priante², R. López Mongil², M.J. Gimeno Matobella³ e I. Gamazo Chillón³

¹Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid. ³Residencia Cardenal Marcelo. Valladolid.

Objetivos: Valorar los resultados de la aplicación de un algoritmo para la revisión sistemática de la medicación en un centro sociosanitario.

Métodos: Elaboración de un algoritmo de revisión de la medicación adaptado del cuestionario Hamdy. Dicho algoritmo se compone de las siguientes cuestiones: 1) Indicación presente, 2) Evidencia del fármaco (búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane[®], Uptodate[®], en guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence, del Scottish Intercollegiate Network y de las sociedades científicas implicadas así como los criterios Stop-Start

y Beers 2012), 3) Dosis adecuada según función renal y/o peso, 4) Horario adecuado, 5) Interacción con otros fármacos y/o patología previa, 6) Necesidad de monitorización periódica, 7) Posibilidad de simplificación, 8) Indicación presente y no tratada y 9) Cumplimiento de los protocolos del centro. El algoritmo se aplica durante 6 meses en cada plan de atención integral al residente que se realiza semanalmente en el centro. Para valorar su potencial de efectividad se evalúa tras su aplicación el número de intervenciones farmacológicas realizadas y el número de líneas suspendidas.

Resultados: Se ha aplicado el algoritmo a 70 residentes (52% del total) con una mediana de 8 fármacos por tratamiento y una mediana de edad de 82 años. Se han realizado un total de 154 intervenciones lo que supone una media de 2,2 intervenciones farmacológicas por paciente revisado. Un 32% de las intervenciones han tenido como resultado la suspensión de una línea de tratamiento y un 13% una reducción en la dosis prescrita.

Conclusiones: La aplicación del algoritmo ha resultado ser una estrategia útil para la desprescripción que ha permitido reducir una media de 0,7 líneas por paciente revisado.

PC-128. ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE GERIATRÍA (SG) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV) DE VALDECILLA (HUMV)

M. Medina Gutiérrez, M.Y. García Solar, G. Gutiérrez Ganza, C. Peña Revuelta, S. Maza Herrero y J. Pérez del Molino Martín
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: El delirium es uno de los Gigantes de la Geriátría. Podemos dividir los factores de riesgo para su desarrollo durante la hospitalización en: factores de vulnerabilidad basal (deterioro cognitivo, déficit visual/auditivo...) y factores precipitantes (intervenciones diagnósticas/terapéuticas, iatrogenia farmacológica, malnutrición, deshidratación, restricción del espacio vital...). Su conocimiento y detección precoz permiten establecer planes de acción individualizados para su prevención. En esta comunicación presentamos la estrategia de prevención de delirium del Equipo de enfermería del SG del HUMV.

Métodos: Cada paciente ingresado en el SG es valorado sistemáticamente por la terapeuta ocupacional y el equipo de enfermería: 14 necesidades básicas. Capacidad de autocuidado (Índice de Barthel). Registro de adaptaciones técnicas (audífono, gafas, andadores...). Valoración de continencia y movilidad. En la reunión diaria de equipo (médicos, enfermeras, terapeuta ocupacional, trabajadora social) se unifica la información, se consensuan objetivos y se establece el plan de actuación para cubrir las necesidades de cada paciente y prevenir en lo posible el delirium.

Resultados: Plan de actuación: 1. Plan de movilidad: ayudas técnicas, mínimo de paseos diarios (estimulando que el paciente salga de la habitación). Retirada de cateterizaciones innecesarias, limitar al mínimo las restricciones físicas. 2. Plan de continencia: mantenimiento de continencia previa, retirada de absorbentes innecesarios, adaptación de los mismos en caso de uso, recuperación de la continencia mediante micciones programadas. 3. Adecuación dietética: buscando preferencias alimentarias del paciente, adaptando texturas, evitando dietas restrictivas: por política de la Unidad no existe la dieta sin sal. Registro de ingestas y de suplementos. 4. Plan de hidratación: se especifican número de vasos de líquido/turno cuando es necesario. 5. Percepción sensorial asegurando la correcta utilización de dispositivos (audífonos, gafas...). 6. Orientación: relojes en pasillos y sala de terapia ocupacional, comunicación eficaz favoreciendo la reorientación del paciente. 7. Iluminación, sonidos y descanso nocturno: persianas levantadas, luces encendidas durante el día, por la noche evitar ruidos innecesarios (tono de voz bajo, apagado de luces y TV...), administración de fármacos antes de acostar.

Conclusiones: Los equipos de enfermería deben conocer los factores predisponentes y precipitantes del delirium, y liderar su detección y prevención con planes de acción estructurados.

PC-129. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS DEL ADULTO MAYOR INGRESADO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA (SG) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV): ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN A FAMILIARES, CUIDADORES Y PERSONAL QUE ASISTE AL PACIENTE

S. Maza Herrero, T. Cano Bances, R.M. de la Puerta Heras, M.A. Mancebo Santamaría, L. García Rodríguez, M.J. Sanz-Aranguez Ávila, J. Pérez del Molino Martín y B. Pérez Pena
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: El abordaje hospitalario del paciente anciano-frágil clínicamente complejo requiere de un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, trabajadora social) con conocimientos amplios en Geriátría. El abordaje precoz de los síndromes geriátricos por parte del equipo de enfermería mediante cuidados específicos promueve la función, previene el deterioro funcional, y disminuyen complicaciones tales como el delirium, la broncoaspiración, el inmovilismo, la desnutrición, las úlceras por presión e incluso la muerte. Para que los cuidados sean eficaces deben ser conocidos por todo el equipo y cuidadores que asisten al paciente. Por ello, el Equipo de Enfermería del SG del HUMV ha elaborado una estrategia de comunicación más allá de la ejemplarización y transmisión verbal de cuidados, que se presenta en esta comunicación.

Métodos: El SG del HUMV dispone de un equipo propio de enfermería desde hace 1 año, lo cual facilita la implementación de una sistemática de trabajo que permite detectar, prevenir y abordar los síndromes geriátricos, así como garantizar la continuidad de cuidados. Cada paciente ingresado en el SG es valorado sistemáticamente por la terapeuta ocupacional y el equipo de enfermería identificando: 14 necesidades básicas, capacidad de autocuidado, continencia y movilidad, así como un cribado de disfagia. Se realiza una reunión diaria de equipo (médicos, enfermeras, terapeuta ocupacional, trabajadora social), se unifica la información, se consensuan objetivos y se establece el plan de actuación individual que es volcado en el panel informativo que se encuentra en la cabecera de cada cama, con el objetivo de asegurar la comunicación a todos los cuidadores (familias y personal sanitario) de las claves de los cuidados. Se realiza formación de familias "a pie de cama" y asesoramiento sobre la adaptación de los cuidados en domicilio.

Resultados: Se presenta el póster "Pilares de cuidados de enfermería en el adulto mayor", acompañados de imágenes del panel informativo que se encuentra en la cabecera de cada cama.

Conclusiones: Para asegurar la continuidad de cuidados los Equipos de Enfermería de los SG deben establecer estrategias formales de formación a familiares y cuidadores, así como a todo el personal sanitario que trabaje en la Unidad.

PC-130. INCIDENCIA DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

M.M. Román García, R.M. Rodríguez Maestre y M.L. Pinilla Crespo
GerVida. RM GERYVIDA.

Introducción: El síndrome confusional agudo (SCA) o delirio, es una patología mental transitoria y disruptiva que afecta principalmente a personas mayores. Se considera factor de riesgo para deterioro cognitivo/demencia, predictor de mortalidad y síndrome geriátrico frecuente en residencias; donde la prevalencia es variable.

Objetivos: Registrar, todos los SCA en 2014 y analizarlos. Generar línea de investigación y crear base de datos para seguimiento, abordaje y prevención. Conseguir una mayor sensibilización y conocimientos ante este síndrome geriátrico.

Métodos: Registramos todos los SCA en 2014 (enero a diciembre), en una Residencia de Mayores privada concertada con 165 residentes, utilizando para ello la entrevista clínica y neuropsicológica y el cuestionario CAM. Todos los residentes tenían una VGI basal y eran conocidos su MEC y Barthel. Se analizaron factores precipitantes (FP), predisponentes, fármacos y antecedentes de SCA. Los datos se organizaron en tablas de frecuencia para el análisis de variables.

Resultados: Se registraron 20 SCA (12%) en 2014. Varones 8, mujeres 12; edad media 87. Fallecieron en el año 5 (25%); 11 cumplieron todos los criterios CAM, 5 los 3 primeros y 4 los dos primeros y el último. 16 fueron hiperactivos o mixtos (80%) y 4 hipoactivos (20%). Situación basal: Barthel <20 7, > 60 7 y 6, 35. MEC 0:2, <23, 11 y > 24, 6; la mayoría tenían IF grave o total (65%) y deterioro cognitivo (55%), o demencia 2 (10%). Como FP se identificaron: ITU (6), uremia (2), infección respiratoria (2), impactación fecal (1), caída y FX (1). ICC (2), cambio de domicilio (1), cambio de medicación (1) hospitalización (2) deterioro multiorgánico (2). En 12 (60%) había antecedentes de otros SCA.

Conclusiones: En esta muestra la prevalencia puntual en 2014, de SCA fue del 12%, la mayoría hiperactivos o mixtos. El FP más frecuente fue ITU. 1/4 parte falleció en el año. Un caso se pudo relacionar con cambio de medicación. Se encontró clara relación con el antecedente de SCA, incapacidad funcional grave o total y deterioro cognitivo o demencia.

PC-131. FACTORES ASOCIADOS A MAYOR INCIDENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EXACERBADAS QUE REQUIEREN INGRESO EN LA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE UN HOSPITAL INTERMEDIO

M.G. Carrizo¹, N. Gual², T. Roig², A. Calle², F. Man², L. Espinosa² y M. Inzitari²

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

Introducción: El delirium es una complicación con alta incidencia durante el ingreso en las unidades de subagudos (US) que aumenta la morbimortalidad, la estancia hospitalaria, la institucionalización y el gasto sanitario. El ingreso en estas unidades representa una alternativa a la hospitalización convencional aguda para los adultos mayores con enfermedades crónicas reagudizadas, por lo que resulta de vital importancia identificar precozmente los factores predisponentes y precipitantes que se asocian al desarrollo del mismo para llevar a cabo medidas de prevención dirigidas y eficaces.

Objetivos: Analizar los factores asociados al desarrollo de delirium en pacientes geriátricos con exacerbación de enfermedades crónicas que requirieron ingreso en una US.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó los pacientes ingresados por reagudización de enfermedades crónicas en la US del Hospital Pere Virgili de enero a abril de 2014. A todos los pacientes se les realizó una valoración geriátrica integral que incluía el CAM y se registró el destino al alta y los días de ingreso.

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes, 63.4% mujeres, con edad media \pm DE = 85.3 \pm 7,8 años e Índice de Barthel (IB) previo medio de 60,4 \pm 33,8. El 53,5% presentó infección respiratoria al ingreso, el 38,6% antecedente de demencia, y el 23,3% malnutrición. El 76,7% regresó a domicilio tras 9,9 \pm 4,1 días. La incidencia de delirium fue del 37,6%. Se asociaron con mayor riesgo de delirium de forma significativa ingreso por infección urinaria ($p < 0,001$), edad avanzada ($p = 0,04$), peor IB previo ($p < 0,001$), demencia previa ($p < 0,001$), presencia de UPP ($p < 0,001$) y malnutrición ($p = 0,003$). En el análisis multivariado, el antecedente de demencia y la infección urinaria como motivo de ingreso persistieron estadísticamente significativas. A pesar de que los pacientes con delirium presentaron más mortalidad, ésta no fue significativamente superior al grupo control. No se encontraron diferencias en cuanto a retorno a domicilio habitual.

Conclusiones: En nuestro estudio, un tercio de los pacientes ingresados en la US presentó delirium. Se observó que en pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas que requieren ingreso en US, el antecedente de demencia y el desarrollo de infección urinaria son factores desencadenantes muy potentes para presentar el mismo.

PC-132. FACTORES DETERMINANTES DE MALA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA: SEGUIMIENTO A DOS AÑOS

P.L. Carrillo García, M.E. Portilla Franco, L.D.R. Evangelista Cabrera y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir los factores asociados a la mala recuperación funcional en pacientes ancianos con fractura de cadera tras un seguimiento de dos años.

Métodos: Pacientes intervenidos por fractura de cadera, dados de alta entre agosto 2011 y mayo 2012. Seguidos mediante contacto telefónico a los 2 años. Se recogieron parámetros demográficos, funcionales (índice de Barthel previo a la fractura y Barthel actual) y comorbilidad mediante Í. Charlson ajustado por edad (ICh). Se excluyeron los fallecimientos durante el seguimiento. Se contrastó la diferencia de funcionalidad: Barthel actual vs Barthel basal. Análisis estadístico chi cuadrado ($p < 0,05$). SPSS 15.0.

Resultados: N = 278, mujeres 80,2%, edad media 84,8 (DE 7,0). Tipo de fractura: pertrocanterea 54,0%. Un 30,2% tenían un ICh > 5, Barthel > 80 un 50,7%, deterioro cognitivo 40,3%, el 23,3% tenían anemia al ingreso, y el 51,1% tuvo un retraso de la cirugía > 3 días. Al cabo de 2 años sobreviven 194 pacientes. Mediana de Barthel basal: 85 puntos. A los 2 años se pierde en promedio 15 puntos (RI: 5-25). Los factores asociados con mayor pérdida porcentual de Barthel son edad > 90 años (75% vs 47%; $p < 0,001$), Barthel basal < 80 (64,2% vs 41,6%; $p < 0,002$) y deterioro cognitivo (60,9% vs 45,6%; $p = 0,042$). Se obtuvo tendencia estadística con índice de Charlson modificado > 5 (59,6% vs 47,9%; $p < 0,099$) y estancia pre quirúrgica > 3 días (56,6% vs 45,3%; $p = 0,076$).

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con fractura de cadera, los principales factores de mala recuperación funcional tras un seguimiento de dos años son edad > 90 años, tener mala situación funcional basal y deterioro cognitivo. La comorbilidad y retraso en la cirugía parecen influir también en un peor resultado.

PC-133. PRÓTESIS DE RODILLA. ¿LA EDAD IMPORTA?

L. Morlans Gracia¹, M. Sancho Rodrigo², P. Vicente de Armiño², J. Galindo Ortiz de Landazuri¹, R. Rodríguez Herrero¹ y E. Ubis Díez¹
¹Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca. ²Hospital General San Jorge. Huesca.

Objetivos: 1. Identificar las complicaciones perioperatorias de los pacientes programados para colocación de prótesis de rodilla. 2. Describir los resultados funcionales. 3. Comparar con grupos edad e intentar establecer si existen factores influyentes en su evolución.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología durante un año para colocación de artroplastia de rodilla. Análisis estadístico con el programa SPSS 11.0. Datos recogidos: antecedentes funcionales y médicos. Complicaciones postoperatorias. Aparición de anemia. Días en rehabilitación y estancia media en el Servicio de Traumatología. Resultado funcional.

Resultados: 80 pacientes (50 mujeres) de 72,09 \pm 8,32 años y índice de Barthel previo 95,56 puntos. Usaban muletas 8, bastón 15 (más en los menores de 70 años) y andador 4. Cincuenta pacientes tenían más de 4 antecedentes personales; el más frecuente fue HTA y dislipemia (58 y 43), tomaban AINES 26 (más en los más jóvenes). Todos fueron

valorados con ASA II y III (60 y 20 respectivamente). Sólo en 8 hubo anestesia general. Anemia prequirúrgica en 22 (Hb $140 \pm 14,8$ g/dl) y anemia postquirúrgica en 64 (Hb $112 \pm 16,48$ g/dl), criterios de transfusión 2 (mayores de 80 años). Se usó ácido tranexámico en 42, recuperador en 18, hierro IV* en 49 y EPO* en 18 (*más en el grupo de 70-80). EM $10,01 \pm 2,19$ días, días en RHB $4,09 \pm 1,59$. Mal control del dolor en 24 pacientes (más en el grupo de 70-80), sufrieron delirium 6 pacientes (todos octogenarios ES). Complicaciones más frecuentes: fiebre 12, RAO 12, estreñimiento 12. Signos inflamatorios de HQ en 12 pacientes sin confirmarse infección. El sobrepeso (24) y la obesidad (44) no influyeron en la aparición de complicaciones. La media del Índice de Barthel al alta fue $75,32 \pm 16,72$ puntos. Consiguiendo significativamente más independencia los menores de 80 años.

Conclusiones: 1. Elevada incidencia de complicaciones y repercusión funcional a corto plazo en los pacientes sometidos a artroplastia de miembro inferior. 2. Riesgo de delirium en pacientes octogenarios. 3. Los septuagenarios refieren dolor con mayor frecuencia y reciben menos transfusiones. 4. Necesidad de un protocolo de prevención de anemia prequirúrgica en pacientes añosos.

PC-134. DESCRIPCIÓN DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA INTERDISCIPLINAR: GERIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA

A.L. Martínez González¹, O.I. Fernández Rodríguez², R. Rodríguez Díez¹, I. Iglesias Garritz¹, S. Bendaña Cimadevilla¹ y M.A. Rodríguez García¹

¹Complejo Asistencial de León. León. ²Residencia Arroyo de Valdearcos. Fresno de la Vega.

Objetivos: Evaluación de adecuación de tratamiento, número de ingresos hospitalarios y mortalidad en una unidad de insuficiencia cardíaca en un hospital universitario de referencia.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con muestreo sistemático de todos los pacientes atendidos en la Unidad durante su primer año de funcionamiento. Tratamiento de los datos: paquete estadístico SPSS 20. Todos los pacientes fueron estudiados ecocardiográficamente, y seguidos en visitas ambulatorias según necesidad, con acceso directo telefónico a una enfermera.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes nuevos, con un total de 384 visitas sucesivas. La edad media fue de 72 años, con un índice de comorbilidad de Charlson medio de 4,5. La etiología fue la cardiopatía hipertensiva en un 44% de los casos, isquémica en 22%, isquémica revascularizada en el 7%, dilatada en el 19% y otras causas en el 8%. El grado funcional (NYHA) se situó en el 57% como grado III, 29% como II, 12% IV y 2% I. La disfunción ventricular izquierda sistólica se demostró en el 83% de los casos. Un 59% de pudo ser tratado con betabloqueantes y bloqueantes del eje angiotensina-aldosterona simultáneamente. 16% y 21% alcanzaron respectivamente la dosis plena de ambos fármacos. 52% de pacientes no ingresaron nunca durante el año, 26% ingresaron una vez y 10% dos veces. Un 72% de los que precisaron ingreso lo hicieron en Medicina Interna. El número de fallecidos totales fue 10.

Conclusiones: 1. Predomina la disfunción sistólica ventricular izquierda, probablemente por el alto grado de selección para acceder a las unidades de insuficiencia cardíaca (en contra de la mayor prevalencia de la I. cardíaca con función preservada en la población geriátrica). 2. Aunque el porcentaje de pacientes tratados con betabloqueantes es superior a lo habitual en la literatura, alcanzar la dosis plena sigue siendo difícil y precisa un seguimiento estrecho. 3. En esta cohorte se alcanzaron los objetivos habitualmente aceptados en reducción de número de ingresos, mejoría de calidad de vida y de satisfacción. El número de muertes no alcanzó las cifras esperadas en estas patologías, pero se precisa mayor tiempo de seguimiento y planteamiento de otro tipo de estudios para extraer conclusiones.

PC-135. ESTREÑIMIENTO: UN GRAN SÍNDROME GERIÁTRICO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

M. Vigara García¹, R. Sosa Suárez¹, C. Cerdán Santacruz², J. Cerdán Miguel³, A. Viloria Jiménez¹, C. Fernández Alonso¹ y P. Gil Gregorio¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital General de Villalba. Madrid. ³Clínica Santa Elena. Madrid.

Objetivos: Conocer las características clínicas del estreñimiento pertinaz como motivo de ingreso en la Unidad de Corta Estancia (UCE) de un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en la UCE con estreñimiento severo tipo fecaloma o suboclusión durante el periodo Enero-Diciembre 2014. Variables recogidas: Situación funcional, factores de riesgo de estreñimiento, fármacos, cirugía previa, terapias específicas y tratamiento al alta para esta patología. Se recogen los reingresos por el mismo motivo durante el periodo de seguimiento. El tratamiento estadístico se hizo con SPSS 17.0 utilizando los descriptivos habituales y análisis mediante χ^2 .

Resultados: N = 95, mujeres 64,2%. Edad media: $84,2 \pm 8,1$. El 38,9% eran dependientes para las actividades de la vida diaria. Patologías asociadas: Enfermedad de Parkinson (64,2%), hipotiroidismo (6,3%), distimia (30,5%), demencia 28,4%. Fueron sometidos a cirugía abdominal 42,1% y a cirugía anorrectal el 7,5%. Se encuentran en tratamiento crónico con laxantes el 30,8% y con opioides el 17,9%. Reingresan el 23,2%, de los cuales el 22,7% no recibieron terapia específica al alta hospitalaria.

Conclusiones: 1) Los principales factores de riesgo para el desarrollo de estreñimiento pertinaz y grave fueron la discapacidad, la cirugía abdominal y los fármacos. 2) La enfermedad de Parkinson es la principal entidad clínico-patológica asociada. 3) Destaca un elevado porcentaje de reingresos que fueron dados de alta sin medidas activas o sin modificaciones en el tratamiento.

PC-136. SEGUIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA AL AÑO DEL ALTA: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD Y LOS FACTORES ASOCIADOS

C. Guirola García-Prendes, L. Pellitero Blanco, O. Saavedra Obermann, A. González Sanz, G. Guzmán Gutiérrez, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Determinar los factores asociados a mortalidad al año de alta en pacientes ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatria.

Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. Incluimos a todos los pacientes mayores de 75 años ingresados a la Unidad de Agudos de Geriatria los primeros 40 días del año 2014. Analizamos variables sociodemográficas (edad, sexo, domicilio), clínico asistenciales (número de diagnósticos, Í. Charlson, estancia media, analítica, número de fármacos), situación funcional (Í. Barthel) y situación cognitiva.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 340 pacientes con una edad media de $86,4 \pm 10,30$ años, el 56,2% mujeres, y una estancia media $8,72 \pm 4,41$ días. Desde el punto de vista clínico asistencial, los pacientes presentaron $6,94 \pm 3,48$ diagnósticos, un Índice de Charlson de $7,19 \pm 1,95$ y tomaban $7,4 \pm 3,31$ fármacos. Se encontró una tasa de mortalidad del 36,8% al año del alta. De las variables incluidas en el estudio se mostraron asociación estadística con mortalidad la edad (los fallecidos $89,03 \pm 5,36$ vs $84,99 \pm 12,06$ en supervivientes, $p < 0,001$), el Í. Barthel (los fallecidos $44,35 \pm 36,89$ vs $76,57 \pm 28,61$ en supervivientes, $p < 0,001$), Í. Charlson (los fallecidos $7,72 \pm 1,95$ vs $6,89 \pm 1,86$ en supervivientes, $p < 0,001$), urea (los fallecidos $90,69 \pm 50,31$ vs $63,25 \pm 38,59$ en supervivientes, $p < 0,001$). También se encontró una mayor mortalidad al año del alta en los pacientes con

insuficiencia renal del 50,61% vs 32,5% que no la presentaban, con Parkinson una mortalidad del 66,6% vs 35,67% que no lo presentaban, y demencia del 56,86% vs 33,21% que no presentaban.

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, las variables como comorbilidad, situación funcional y edad presentan asociación estadística con el riesgo de muerte al año de seguimiento.

PC-137. PERFIL DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

T.I. Wu Lai, J.D.P. Martini Abarca, I. Carmona Álvarez, D. Padrón Guillén, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Determinar las características demográficas, clínicas, farmacológicas, ecocardiográficas y de mortalidad al año de los pacientes ancianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio transversal que incluye a pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (según los criterios clínicos de Framingham). Periodo de estudio (enero 2012-diciembre 2013) n: 306 pacientes. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad, situación funcional, síndromes geriátricos, medicación prescrita, factores desencadenantes y función ventricular mediante ecocardiograma transtorácico, así como la mortalidad a 1 año. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: Edad media: 89,71 ± 5,2. Género femenino 71,6%. Comorbilidad (Í. Charlson) 7,2 ± 1,5. Factores de riesgo: hipertensión arterial (88,2%), anemia (58,5%), fibrilación auricular (44,1%), dislipemia (37,9%), insuficiencia renal crónica (37,9%) y diabetes mellitus tipo 2 (28,1%). Grandes síndromes geriátricos: incontinencia urinaria (61,5%), deterioro cognitivo (48,7%), inmovilidad (29,9%) y el estreñimiento (27,1%). Valoración funcional Í. Barthel < 60 (indicador dependencia severa): 52,3%. Fármacos al ingreso: diuréticos (62,5%), IECAs (33%), betabloqueantes (24,2%). Antiagregación (44,2%), anticoagulación (25,5%). Los factores desencadenantes fueron: infecciones (64,7%), taquiarritmias (19%), anemia (13,4%) y sobrecarga de volumen (10,8%). Fracción de eyección conservada en el 83,9% de los pacientes. La mortalidad total al año fue de 52,9%, de los cuales el 38,4% falleció durante el ingreso.

Conclusiones: 1. La fracción de eyección se encuentra preservada en la mayoría de los pacientes mayores ingresados por insuficiencia cardíaca. 2. Los principales síndromes geriátricos asociados fueron la incontinencia urinaria y el deterioro cognitivo. 3. La principal causa desencadenante fueron las infecciones. 4. Los diuréticos y antiagregantes son los medicamentos más prescritos. 5. La mayoría de los pacientes fallecieron con insuficiencia cardíaca.

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

PC-138. MORTALIDAD A 1 AÑO EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

A.C. Pérez Rodríguez, J.D.P. Martini Abarca, L. Guardado Fuentes, L. Gómez Armas, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes geriátricos fallecidos durante el año posterior a la hospitalización por insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio transversal que incluye a pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (según los criterios clínicos de Framingham) de la unidad de Geriátrica durante el periodo enero 2012-diciembre 2013. Se excluyó de la muestra total de 306 pacientes, aquellos que fallecieron durante el ingreso obteniéndose una muestra

final de 244 pacientes. Se recogieron las siguientes variables: Edad, género, situación funcional, síndromes geriátricos, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad, medicación prescrita, función ventricular mediante ecocardiograma transtorácico y la mortalidad a 1 año. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: Se obtuvieron 2 grupos, aquellos fallecidos en el período de un año (n: 100) y los no fallecidos (n: 144). Las características demográficas y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fueron similares en ambos grupos. Se objetivó en el grupo de fallecidos mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca previa (67%), dependencia severa (63%), incontinencia urinaria (60%), anemia (52%), insuficiencia renal crónica (38%), inmovilidad (37%), deterioro cognitivo severo (19,6%) e institucionalización (13%). Aunque se observó una menor prevalencia de cardiopatía isquémica (17%) y EPOC (17%). Entre los fallecidos los medicamentos más utilizados fueron los diuréticos (69%) y la digoxina (24%). Siendo los menos utilizados los IECAs (26%) y los betabloqueantes (21%).

Conclusiones: Se objetivó en el grupo de fallecidos una alta prevalencia de entidades relacionadas con una mayor mortalidad a corto-medio plazo. Siendo esto compatible con la literatura descrita hasta el momento.

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

PC-139. PROGRAMA PREALT. ÁREA BÁSICA LLEIDA RURAL NORD LLEIDA

R. Rodríguez Flores¹, B. Manuel Martí², L. Al-Jouja Llorente³, M. Astals Bota², M. Polo Sentañes², C. Estela Abad² y G. Rofes ysac⁴
¹Consultorio Torrefarrera. Torrefarrera. ²Consultorio Alpícat. Alpícat. ³Consultorio Corbins. Corbins. ⁴Consultorio La Portella. La Portella.

Introducción: El programa PREALT establece la continuidad asistencial entre los pacientes hospitalizados en los hospitales generales (2), centros sociosanitarios y Hospital de Día de Lleida, y la atención primaria (AP) del Área Básica (ABS) Lleida Rural Nord y que precisan de un seguimiento durante las primeras 48 horas. Nuestra Área básica atiende 11 poblaciones rurales con 24.287 habitantes (Idescat 2011). Alto grado dispersión geográfica. Hospitales de referencia en Lleida capital. Distancia más lejana desde Lleida 23 Km. Más cercana 8 km.

Objetivos: Estandarizar y mejorar los niveles asistenciales entre la atención hospitalaria y la AP durante las prealtas.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado los años 2013 y 2014. Población a estudio: pacientes hospitalizados mayores de 15 años dados de alta durante las primeras 48 horas. Obtención de datos: sistema informático e-CAP, SAP. Tecnologías de información y comunicación. Visitas domiciliarias. Recogida de datos: documentos de alta hospitalaria. Registros de datos. Personal de Enfermería hospitalaria y de AP. Variables a estudio: número de prealtas.

Resultados: En el año 2013, el contacto dentro de las primeras 48 horas se realizó en un 38,96% de las prealtas. Un 38,67% de todas las prealtas del hospital, un 50% de todas las prealtas de centros socio sanitarios y un 0% de hospital de día, porque no hubo ninguna. En el año 2014, el contacto dentro de las primeras 48 horas se realizó en un 72,81% de las prealtas. Un 72,64% de todas las prealtas del hospital, un 71,43% de todas las prealtas de centros socio sanitarios y un 100% de hospital de día. Del año 2013 al 2014 se ha duplicado el número de prealtas cerradas dentro de las primeras 48 horas.

Conclusiones: La continuidad asistencial ha mejorado considerablemente del año 2013 al 2014. Se ha hecho un seguimiento más cuidadoso de las prealtas. Se han mejorado los canales de comunicación entre enfermería hospitalaria y la enfermería de atención primaria. Durante éste año y con tal de seguir mejorando y agilizando las visitas de las prealtas, el personal administrativo programará una visita en la agenda del personal de enfermería responsable del usuario/a.

PC-140. IMPACTO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD A 1 AÑO EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

A.C. Pérez Rodríguez, T.I. Wu Lai, J.D.P. Marttini Abarca, S. Torras Cortada, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Identificar factores que pudieran estar relacionados con la mortalidad a 1 año en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio transversal que incluye a pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (según los criterios clínicos de Framingham) de la unidad de Geriátría durante el periodo enero 2012-diciembre 2013. Se excluyó de la muestra total de 306 pacientes, aquellos que fallecieron durante el ingreso obteniéndose una muestra final de 244 pacientes. Se recogieron las siguientes variables: características demográficas, clínicas, analíticas, el tratamiento farmacológico y la mortalidad a 1 año. Se analizaron las variables cualitativas por la prueba de chi-cuadrado y mediante el test exacto de Fisher, y las cuantitativas mediante la prueba de t de Student y U de Mann-Whitney según el patrón de distribución de las variables en la muestra. Realizándose una regresión logística simple para el análisis univariante y una multivariante para la identificación de factores que pudieran estar asociados a la mortalidad a 1 año. Para el análisis se utilizó el programa SPSS v15.0.

Resultados: Inicialmente se identificaron los siguientes factores asociados a una mayor mortalidad a 1 año: anemia, inmovilidad, dependencia grave (Í. Barthel < 60), deterioro cognitivo grave, el síndrome confusional agudo, la institucionalización y la utilización de diuréticos tiazídicos. En el análisis multivariante se confirmó la asociación a mortalidad a 1 año de los siguientes factores: Hipertensión pulmonar (OR: 2,065; IC: 1,055-4,04), deterioro cognitivo grave (OR: 3,896; IC: 1,464-10,369), dependencia grave (OR: 2,199; IC: 1,207-4,005); toma de diuréticos tiazídicos (OR: 3,196; IC: 1,276-8,004); síndrome confusional durante el ingreso (OR: 2,2; IC: 1,077-4,494).

Conclusiones: 1. La presencia de demencia y dependencia severa se asocia a un mayor riesgo de muerte a 1 año. 2. Los diuréticos tiazídicos es el grupo farmacológico con mayor riesgo. 3. El síndrome confusional agudo durante el ingreso aumenta un 120% la mortalidad a 1 año. Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

PC-141. FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

M.E. Portilla Franco, L.D.R. Evangelista Cabrera, P.L. Carrillo García y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Determinar los factores asociados a reingreso hospitalario durante el primer año tras una fractura de cadera en pacientes ancianos.

Métodos: Pacientes intervenidos por fractura de cadera en el periodo de agosto 2011 y mayo 2012. Se obtuvieron parámetros demográficos, índice de Barthel, Í. Charlson ajustado por edad (ICH), deterioro cognitivo y anemia al alta. Se analiza la relación entre variables basales y reingresos hospitalarios de causa médica o causa quirúrgica distinta de proceso ortopédico, fallo técnico de la cirugía o infección, ocurridos a los 30, 90 días y 1 año del alta. Análisis estadístico chi cuadrado ($p < 0,05$). SPSS 15.0.

Resultados: N = 278 pacientes, 80,2% mujeres, edad media 84,8 años (DE = 7,0). El 50,7% tenían un Í. Barthel > 80, ICh > 5 30,2%, deterioro cognitivo 40,3%, Hb < 10 al alta 51,1%. La tasa de reingresos fue 3,6%, 9,0% y 21,9% a los 30, 90 días y al año respectivamente. Las causas de reingreso al año fueron de causa médica 65,6%, quirúrgica general 19,7%, fallo técnico 13,1% y un sólo caso de infección. Se encontró

asociación significativa con reingreso precoz a los 30 y 60 días con el Í. Barthel basal < 80 (5,8% vs 1,4%; $p = 0,048$) y con el deterioro cognitivo (15,2% vs 4,8%; $p = 0,003$). Al año de la fractura, se encontró una asociación significativa con el I.Ch > 5 (32,1% vs 17,5%; $p = 0,007$). Se observa una tendencia estadística aunque no significativa a mayor reingreso precoz con Hb < 10 al alta (26,4% vs 19,2%, $p = 0,134$).

Conclusiones: 1) El reingreso precoz por todas las causas a los 30 y 90 días tras fractura de cadera, se asocia con peor situación funcional basal y con deterioro cognitivo. 2) La mayor proporción de reingresos al año se produce en pacientes con mayor comorbilidad. 3) La anemia al alta podría resultar un factor importante en los reingresos de corto plazo.

PC-142. INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES NONAGENARIOS

I. Carmona Álvarez, L. Guardado Fuentes, A.C. Pérez Rodríguez, R. Sosa Suárez, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Identificar las diferencias en comorbilidad, tratamiento farmacológico y la mortalidad a corto y mediano plazo entre la población nonagenaria y los menores de 90 años ingresados con insuficiencia cardíaca en una Unidad de Agudos.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, en el que se incluye a pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (de acuerdo con los criterios clínicos de Framingham) desde la Unidad de Agudos. La muestra total ($n = 306$) se dividió en 2 grupos: en el primero se incluyó a aquellos menores de 90 años (177) y en el segundo a aquellos con una edad ≥ 90 años (129). Se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, comorbilidad, clase funcional de la NYHA, tratamiento previo y al alta, factores desencadenantes, fracción de eyección medida por ecocardiografía transtorácica y mortalidad. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS v15.0.

Resultados: En este estudio se observó en el grupo de los nonagenarios, una mayor dependencia (60,5% presenta Í. Barthel < 60; $p = 0,045$) y menor prevalencia de dislipemia (27,9%; $p = 0,002$), EPOC (11,6%; $p = 0,014$) y depresión (10,9%; $p = 0,005$). Objetivándose una menor utilización de diuréticos ahorradores de K al ingreso (9,3%; $p = 0,041$) y una menor prescripción de betabloqueantes al alta en este grupo etario (22,5%; $p = 0,049$). Se confirma en este estudio una mayor mortalidad en el grupo de nonagenarios (Mortalidad al año: 48,5%, $p = 0,044$).

Conclusiones: 1. Los pacientes nonagenarios presentan menor comorbilidad aunque con un mayor grado de dependencia. 2. La mortalidad es mayor en el grupo de nonagenarios. 3. Los betabloqueantes tienen una menor prescripción al alta en pacientes nonagenarios. Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

PC-143. MORTALIDAD GLOBAL EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

T.I. Wu Lai, A.C. Pérez Rodríguez, J.D.P. Marttini Abarca, S. Torras Cortada, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Comparar las características demográficas, clínicas, analíticas y mortalidad a corto-medio plazo en los pacientes geriátricos ingresados por insuficiencia cardíaca en una Unidad de Agudos.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, en el que se incluye a pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (de acuerdo con los criterios clínicos de Framingham) desde la Unidad de Agudos. La muestra total ($n = 306$) se dividió entre los pacientes que sobrevivieron al año y los que fallecieron dentro de este período. Se recogieron las siguientes variables demográficas, comorbilidad, tratamiento previo y al alta, factores desencadenantes y fracción de eyección medida por ecocardiografía transtorácica. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS v15.0.

Resultados: En este estudio se observó dentro del grupo de fallecidos una mayor prevalencia de dependencia grave (61,73% presentaba \bar{F} . Barthel < 60 ; $p = 0,001$), incontinencia (67,91%; $p = 0,007$), inmovilidad (38,27%; $p = 0,001$), institucionalización (13,58%; $p = 0,018$) y deterioro cognitivo grave (19,14%; $p < 0,001$). Se observó un mayor uso de diuréticos tiazídicos (14,2%; $p = 0,023$) y antiagregantes (47,53% vs 40,28%; $p = 0,025$) al ingreso en los fallecidos. Dentro de las causas desencadenantes, la anemia y la sobrecarga de volumen fueron las más prevalentes en el grupo de no fallecidos. Se observó una mayor frecuencia de complicaciones durante el ingreso en los pacientes fallecidos (82,72%; $p = 0,014$); entre los cuales se encontraban el síndrome confusional agudo (22,84%; $p = 0,029$) y las complicaciones infecciosas (47,53%; $p = 0,032$). Entre los fallecidos se objetivó menor frecuencia de cambios en el tratamiento al alta, siendo estas diferencias significativas. Se observaron diferencias significativas en las medias de los siguientes parámetros analíticos: PCR, urea, creatinina, FG-MDRD4, RDW y ácido úrico.

Conclusiones: 1. Los fallecidos presentaban una peor situación funcional y cognitiva al ingreso. 2. Se observó en este grupo una mayor proporción de pacientes tratados con tiazidas y antiagregantes. 3. La presencia de complicaciones durante el ingreso, sobre todo las infecciosas fueron las más prevalentes.

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

PC-144. ESTRATEGIA DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS A TRAVÉS DE UNA HOJA ESPECÍFICA DE VALORACIÓN EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA (UO) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV)

J. Pérez del Molino Martín, M.J. Sanz-Aranguez Ávila, B. Pérez Pena, Z. Yusta Escudero, S. Maza, A. Herrero y D. López Fernández
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Los síndromes geriátricos son causa frecuente de malos resultados clínicos y funcionales durante la convalecencia de sujetos con fractura de cadera (FC), de ahí la necesidad de elaborar estrategias dirigidas a su detección y abordaje precoz. Presentamos la metodología elaborada por el Servicio de Geriátría del HUMV de detección sistemática de síndromes geriátricos y los resultados obtenidos en la UO.

Métodos: Durante el año 2014 nuestro SG disponía de 22 camas de hospitalización (28 actualmente). En ese tiempo hubo 1.160 altas, correspondiendo un 14% a la UO. Cada paciente es evaluado mediante un protocolo que incluye la valoración de la situación basal y al ingreso a nivel social, funcional (índice de Barthel- IB), mental (cribaje de deterioro cognitivo, insomnio, alteraciones del ánimo y la conducta) y despistaje de trastornos de la marcha y caídas (últimos 6 meses), pérdida de peso, disfagia orofaríngea, déficit sensorial, estreñimiento, incontinencia (escala de Sandvick para cuantificarla) y dolor. Se presentan los resultados de una muestra de 216 pacientes ingresados consecutivamente con FC.

Resultados: Edad media 85,05 años, 80% mujeres, e IB previo medio 75 (46% > 80). Sufrían una media de 10 patologías crónicas con una escala de comorbilidad de Charlson corregida por la edad de media 7,43. Se realizan una media de 5,77 nuevos diagnósticos por paciente, destacando: desnutrición (68%), demencia (40%), delirium (23%), disfagia/broncoaspiración (19%/10%), impactación fecal (18,5%), y depresión (14,5%). El 29% se caía con frecuencia previamente pese al diagnóstico traumatológico de caída accidental, en un 60% la iatrogenia contribuyó a la caída actual. Pese a su complejidad, los pacientes experimentan tras de 10 días de estancia media una ganancia funcional media de 43,61 en el IB (1/3 mejora más del 80% de su potencial), solo el 6,4% son institucionalizados de novo en residencias y ninguno derivado a centros de media o larga estancia.

Conclusiones: La alta prevalencia de síndromes geriátricos pudiera relacionarse con una elevada sensibilidad de nuestro sistema de despistaje. Dada la importancia concedida a esta metodología por nuestro equipo debería examinarse su responsabilidad en los buenos resultados funcionales y de gestión de la UO.

PC-145. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS Y EL DIAGNÓSTICO AL ALTA DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

A. Birghilescu, J.D.P. Martini Abarca, L. Carpio García, P. Cabezas Alfonso, L.M. Gómez Armas y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir la concordancia diagnóstica entre un Servicio de Urgencias y una Unidad de Agudos de Geriátría y analizar los factores relacionados con la discordancia diagnóstica.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes ingresados en una Unidad de Agudos de Geriátría durante el año 2013. Criterios de exclusión: ingresos programados, traslados de otros centros. Se recogieron datos socio-demográficos, datos sobre la valoración funcional (Barthel, FAC), antecedentes médicos, estancia media en Urgencias, pruebas complementarias realizadas y los diagnósticos al ingreso y al alta. Se consideraron tres niveles de concordancia diagnóstica: diagnóstico concordante (0), diagnóstico síndromicamente concordante (1), diagnóstico no concordante (2). Se compararon los primeros 2 grupos (0+1) con el tercero (2). Las variables analizadas fueron sexo, edad, situación funcional, mental y social, comorbilidades, estancia media en Urgencias. Análisis estadístico: realizado mediante el programa SPSS15.0. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: N: 966, 66,3% mujeres, edad media 87,6, 37,7% dependencia leve, 23,6% marcha independiente, 59,4% con deterioro cognitivo, 87,2% viven en domicilio, 85,5% viven acompañados, número medio de fármacos 7,65, 44,9% comorbilidad alta según el índice de Charlson. En Urgencias: estancia media 11,6 horas, 67,1% acudieron de forma espontánea, 42% en el turno de mañana, 41,3% en el turno de tarde. Se realizaron en media 5,9 pruebas complementarias por paciente. Los diagnósticos principales más frecuentes al ingreso fueron infección respiratoria (14,5%), neumonía (13,3%), infección de tracto urinario (ITU) (11,2%). Al alta de planta, los diagnósticos principales más frecuentes fueron neumonía (20,4%), ITU (12,3%), infección respiratoria (11,1%). Exitus 12,2%. Se detectaron 99 (10,2%) diagnósticos no concordantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al índice de Charlson: en el grupo de diagnósticos no concordantes, 49% de los pacientes tenían comorbilidad alta, con respecto al grupo de diagnósticos concordantes donde 44,4% tenían comorbilidad alta ($p 0,04$). No hubo diferencias significativas en cuanto a las otras variables analizadas.

Conclusiones: Las características de los pacientes geriátricos como la pluripatología, la polifarmacia o la presencia de deterioro cognitivo así como la presentación atípica de las enfermedades en este grupo de pacientes aumentan la dificultad diagnóstica. En nuestro estudio la alta comorbilidad predispone a tener un diagnóstico discordante.

PC-146. REGISTRO ANUAL DE INFECCIONES EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES (RM)

M.M. Román García, M.L. Pinilla Crespo y N. Fernández Fernández
RM GERYVIA. Cáceres.

Introducción: Las infecciones son frecuentes en RM. Se citan como más prevalentes respiratorias y urinarias, siendo consideradas factor de riesgo para morbimortalidad en este ámbito y constituyendo considerable carga asistencial cuantitativa y cualitativa con repercusión multidimensional e interdisciplinar. Brotes epidémicos en RM pue-

den variar prevalencia esperada de infecciones y generar nuevas necesidades asistenciales.

Objetivos: Registrar, toda infección acontecida en 2014 en una RM y analizarlas. Generar línea de investigación, crear bases de datos para seguimiento, abordaje y prevención. Sensibilizar a los profesionales ante este problema.

Métodos: Se recogieron en una base de datos todas las infecciones acontecidas en 2014 en una RM, privada concertada (165 residentes, la mayoría dependientes). Además, a partir de agosto 2014, que se detectó un brote epidémico para conjuntivitis adenovírica, se generó otra base de datos para estas infecciones que fueron analizadas. Los datos se organizaron en tablas de frecuencia para su análisis posterior.

Resultados: Se registraron 362 infecciones en 2014 (219,3%), evitando las oftalmológicas desde agosto 2014. Se observó una prevalencia de 30% al mes (2,1 Infecciones por residente y año). Mayoría en febrero, minoría en agosto. La más frecuente fue respiratoria (62,7%) seguida de urinaria (25%), dermatológica (7,4%), oftalmológicas, hasta agosto 2014 (6,3%) gastrointestinal (0,8%) y oral junto con ósea (0,5%). Fallecieron en el año el 26% de los residentes que habían presentado infección, evitando contabilizar para este dato, las oftalmológicas desde agosto a diciembre de 2014, que afectaron al 61% de los residentes en esos meses.

Conclusiones: Las infecciones en RM son muy frecuente, pudiendo llegar a alcanzar una prevalencia del 30% al mes y afectando a los residentes con frecuencia aproximada de 2,1 Infecciones por residente y año. La más frecuente fue la respiratoria. La 1/4 parte de residentes que presentaron infección fallecieron en el mismo año. Los brotes epidémicos de mayor o menor trascendencia pueden llegar a afectar al 61% de los residentes, como en caso de conjuntivitis adenovíricas. La contabilización de estos datos ayuda para elaborar criterios de actuación tanto en situaciones esperadas como sobrevenidas.

PC-147. RELACIÓN ENTRE MARCADORES INFLAMATORIOS Y DE DAÑO MIOCÁRDICO EN LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANCIANOS

L. Guardado Fuentes, T.I. Wu Lai, I. Carmona Alvares, L. Fernández Arana, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Estudiar la relación entre los marcados inflamatorios y de daño miocárdico al ingreso de paciente ancianos con insuficiencia cardiaca (IC) con el número de reingresos y mortalidad en un año.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y de seguimiento. Se recogen datos de pacientes ingresado por IC en la Unidad de Agudos de Geriátría del Hospital clínico San Carlos desde enero/2013 a diciembre/2014. Se excluyeron pacientes en situación terminal o que no firmaron el consentimiento informado. Se recogen las variables demográficas, funcionales (Í. Barthel), comorbilidad (Í. Charlson ajustado edad), desencadenantes de IC, valores analíticos (IL6, PCR, NT proBNP y troponina I al ingreso), ingresos tempranos (< 30 días desde el alta hospitalaria), tardíos (1-12 meses) y mortalidad en un año desde el alta hospitalaria. Los datos se analizaron mediante el SPSS versión 15.0.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 71 pacientes, con una edad media de 88,3 ± 6 años, 73,6% de mujeres, con un índice de Charlson medio de 8 ± 2 y el desencadenante más frecuente fue la infección (64,8%), seguida de alteraciones de frecuencia cardíaca (26,2%) y anemia (21,1%). Al ingreso, la mediana de IL6 fue de 10,34 (6,5-25,1), la mediana de NTproBNP fue 3.752 (1.403-6.961), la mediana de PCR fue 2,1 (1,1-4,6) y la mediana de la troponina I 0,1 (0,07-0,67). No se encontraron diferencias entre los rangos promedios de IL 6 y NTproBNP en los pacientes que reingresan de forma temprana y los que no lo hacen (p = 0,29 y p = 0,36). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a los ingresos tardíos (p = 0,86 y p = 0,94) y a la mortalidad en un año (p = 0,32 y p = 0,85). La PCR elevada se asocia

de forma significativa a menor proporción de reingresos al año de seguimiento (p = 0,01). No se encontraron diferencias entre los pacientes que presentaban troponina I elevada al ingreso y el número de reingresos y mortalidad en un año.

Conclusiones: Los pacientes que presentan PCR elevada al ingreso por IC tienen menos probabilidad de reingresar en 1 año. Esto podría estar en relación con la capacidad de respuesta inflamatoria de dichos pacientes. No se han encontrado diferencias con los otros parámetros analíticos en la evolución de la IC.

PC-148. EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE GERIATRÍA (SG) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV): METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOBRE CONTINENCIA, DISFAGIA Y MOVILIDAD

M. Medina, B. Pérez Pena, Z. Yusta Escudero, J. Pérez del Molino, T. Rojo, V. Frieria y S. Maza
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: El abordaje hospitalario del adulto mayor frágil con complejidad clínica requiere intervenciones específicas desde enfermería. Los síndromes geriátricos son responsables con frecuencia de malos resultados clínicos y funcionales, lo que hace necesario su cribado sistemático, valoración exhaustiva y una estrategia de intervención precoz. Presentamos la metodología de nuestro Equipo de Enfermería en lo referente a movilidad, continencia y disfagia.

Métodos: El equipo de enfermería del SG está integrado por 13 enfermeras, 15 auxiliares y una terapeuta ocupacional, para un total de 28 camas. Cada paciente es evaluado mediante protocolo que incluye: situación funcional (índice de Barthel/IB), mental (cribaje de deterioro cognitivo, insomnio, alteraciones del ánimo, conducta), marcha, despistaje de caídas, pérdida de peso, disfagia, déficit sensorial, incontinencia (escala Sandvick) y estreñimiento. Tras esta valoración se consensua diariamente en sesión de equipo un *plan de acción* que se sitúa en la cabecera de cada paciente para facilitar la comunicación también con la familia.

Resultados: Plan de movilidad que incluye: levantamiento precoz de todos los pacientes antes del desayuno; se especifica cómo realizar las transferencias (con ayuda, supervisión... evitando en lo posible la utilización de grúa); establecimiento de un número mínimo de trayectos diarios y tipo de ayuda técnica que el paciente necesita (incluyendo cómo se traslada al WC y dónde se realiza el aseo). Plan de continencia que incluye: preservación o recuperación de continencia mediante programas de micción programada o estimulada, supervisados a través de "hojas de incontinencia"; retirada o adaptación de absorbentes; y organización del uso del inodoro o sustituto. Abordaje de disfagia: detección mediante interrogatorio sistemático y test de disfagia; colocación de póster "Alerta Disfagia" en la cabecera de cada paciente, como recordatorio de las medidas compensadoras antidisfagia que también son explicadas a paciente/familia; para promoverlas y facilitar el control se pautan ingestas en sala de terapia ocupacional estimulando así su sociabilización y autonomía.

Conclusiones: Los equipos de Enfermería de los SG deben liderar el cuidado de los síndromes geriátricos, un pilar básico para tratar de minimizar el impacto funcional de la hospitalización y prevenir complicaciones como el inmovilismo, incontinencia, y broncoaspiración.

PC-149. SARCOPENIA EN EL ADULTO MAYOR

C.E. Morales Cojúlun¹, J.D. Avilés Hernández², M. Carrasco Poyatos¹, J.F. Rodríguez¹, P.J. Marcos Pardo¹, D. Reche Orenes² y D. Balas³
¹UCAM. Murcia. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³IGERMED. Niza.

Objetivos: Determinar la prevalencia de sarcopenia aplicando los criterios diagnósticos del EWGSOP del año 2010, en adultos mayores que asisten a centros sociales de mayores del área urbana de Murcia, España.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en el cual se evaluaron 51 mujeres mayores de 60 años en 2 centros sociales de mayores. Para realizar el diagnóstico se valoró la masa muscular por absorciometría radiológica de doble energía (DEXA) (XR-46, Norland Corp., Fort Atkinson, EEUU), la fuerza muscular por fuerza de prensión manual isométrica con dinamómetro (JAMAR Plus +) y el rendimiento físico por prueba cronometrada de "levántate y anda" (TGUG).

Resultados: La media de edad fue de 70 años; Estudiando las variables utilizadas para hacer diagnóstico de sarcopenia según los criterios de consenso del EWGSOP podemos decir que respecto a la masa muscular obtenida por DEXA se obtuvo una media de 7,82 kg/m² del índice de masa muscular esquelética y se encontró un 17,64% de mujeres mayores con rangos por debajo de lo normal adaptando dichos resultados a la población española con rangos de referencia de 6,68 kg/m²; respecto a la valoración de fuerza muscular por medio del dinamómetro la media obtenida fue de 23,78 kg y el 17,64% de mujeres mayores obtuvieron valoraciones por debajo de 20 kg; y referente a la valoración del rendimiento físico por medio del TGUG podemos decir que la media estuvo en 8,76 segundos y que todas las mujeres mayores presentaron un rendimiento físico normal. Ante lo antes mencionado podemos decir que se obtuvo una prevalencia del 17,64% de sarcopenia estadificando la misma en 13,72% de presarcopénicos y 3,92% de sarcopénicos.

Conclusiones: Este estudio sugiere que cuando se utilizan los criterios de diagnóstico del EWGSOP, la sarcopenia es frecuente entre las mujeres mayores. En la práctica clínica, se debe prestar atención a la disminución de la capacidad funcional además de centrarse en la pérdida masa muscular aislada.

PC-150. UN SISTEMA DE TELEMEDICINA EN ANCIANOS COMO MÉTODO DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA REAGUDIZACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

R. Petidier Torregrossa, C. Alonso Bouzón, M.A. Caballero, L. Rodríguez-Mañas y E. Villalba-Mora
Hospital Universitario de Getafe. Getafe.

Introducción: Se ha sugerido que el uso de sistemas de telemedicina (ST) en la monitorización de pacientes con insuficiencia cardíaca después de un ingreso, mejora su pronóstico. Sin embargo, no hay datos sobre su uso en poblaciones especiales como los ancianos.

Objetivos: Evaluar el uso de ST, basado en el uso de constantes vitales, síntomas convencionales de insuficiencia cardíaca y medidas funcionales, como un método de diagnóstico temprano de descompensación cardíaca en pacientes ancianos dados de alta de la Unidad de Agudos.

Métodos: Ensayo clínico no ciego. Los pacientes que estaban en el grupo intervención fueron entrenados para el uso de un móvil/PDA. Cada 48h recogían sus propios signos vitales así como medidas basadas en la ejecución (velocidad de la marcha y tiempo en realizar una levantada) y contestaban algunas preguntas sobre síntomas clásicos de la insuficiencia cardíaca.

Resultados: Un total de 90 pacientes participaron en el estudio. 72,2% eran mujeres, y la mediana de edad fue 86 años. El grupo intervención tuvo tras el seguimiento menos reagudizaciones medidas por un outcome compuesto por el número de visitas al servicio de Urgencias y el número de ingresos (OR 0,411, IC95% 0,171-0,993). Además los ingresos fueron más cortos: la diferencia de las medianas de la estancia de ambos grupos fue de 3,5 días (p 0,02). De los signos clínicos evaluados, la variabilidad en la velocidad de la marcha y la saturación basal de oxígeno fueron las únicas predictoras de reagudización (OR 1,34, IC95% 1,04-1,72 y 0,743, IC95% 0,566-0,976, respectivamente). De los síntomas recogidos en el cuestionario realizado solamente la pregunta "¿Se encuentra peor que el último día?" predijo de forma significativa la reagudización (OR 1,05, IC95% 1,01-1,09).

Conclusiones: En este trabajo hemos testado la factibilidad y eficacia de un sistema de telemedicina en la reducción de la tasa de ingresos y de la estancia media en pacientes ancianos con IC. De las variables recogidas, sólo la variabilidad de la velocidad de la marcha, la saturación de oxígeno y el encontrarse peor que el día anterior fueron predictores de empeoramiento clínico.

PC-151. CAPACIDAD DEL NPI Y ZARIT PARA PREDECIR LA CONVERSIÓN DE DETERIORO COGNITIVO LEVE A DEMENCIA

G. Pérez Mora¹, L. Carpio García², R. Yubero Pancorbo² y P. Gil Gregorio²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Investigar si la valoración de los síntomas psicoconductuales mediante la escala NPI y la sobrecarga del cuidador a través del Zarit, en pacientes con DCL, puede predecir la conversión a demencia o progresión más rápida de la enfermedad.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de 111 pacientes con DCL (según criterios de Petersen, 2005), en seguimiento por una Unidad de Memoria de Geriátría. Se recogieron de la primera visita variables socio-demográficas, valoración funcional (Barthel, Katz, Blessed, Lawton), MMSE. A todos los pacientes se les realizó una valoración neuropsicológica completa. Se hicieron 3 grupos según la progresión a demencia: convertidores tardíos (5 años después de la primera valoración), convertidores precoces (al año de la primera valoración) y no convertidores (pacientes con diagnóstico de DCL a los 5 años de evolución). Se evaluó la presencia de alteraciones de comportamiento y neuropsiquiátricos, usando el test Neuropsychiatric Inventory (NPI) y la sobrecarga del cuidador a través de la escala de Zarit. Se usó el SPSS15.0. Para la correlación de puntajes se utilizó el coeficiente de Spearman y para la evaluación del riesgo de conversión se usó la regresión logística. p < 0,05.

Resultados: N total: 111; mujeres: 69,9%; Edad mediana: 78,00 (RIC: 73-81); Katz A-B: 89,6%; Barthel: 95,0, Lawton: 7. MMSE: 26; Convertidores-tardíos: 25; Convertidores-precoces: 28; No-convertidores: 58; Se recogió el NPI de 95 pacientes. NPI: 8 (RI: 3-16); Los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes fueron: depresión e irritabilidad, seguidos de apatía y ansiedad. Durante la primera visita, se recogió el Zarit de 67 pacientes. Zarit mediana: 15 (RI: 6-27). Se objetivó una correlación positiva moderada entre la puntuación del NPI y el valor total del Zarit (coef: 0,509). No se encontró relación significativa entre el resultado global del NPI (p: 0,102), ni de los síntomas neuropsiquiátricos por separado, con el riesgo de conversión de DCL a demencia, sin embargo sí se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en el primer Zarit del paciente, entre convertidores y no convertidores (p: 0,042).

Conclusiones: Podemos decir que el Zarit, como escala de sobrecarga del cuidador, es un buen instrumento que puede ayudar a predecir la conversión a demencia en pacientes con DCL.

PC-152. ESTUDIO COMPARATIVO EN LA PRESCRIPCIÓN DE ABSORBENTES EN USUARIOS DE RESIDENCIAS ASISTIDAS DE GENTE MAYOR. ÁREA BÁSICA LLEIDA RURAL NORD. LLEIDA

R. Rodríguez Flores¹, B. Manuel Martí², C. Roca Burillo², L. Al-Jouja Llorente³, M. Astals Bota², L. Gros Navés⁴ y M. Polo Sentañes²

¹Consultorio Torrefarrera. Torrefarrera. ²Consultorio Alpicat. Alpicat.

³Consultorio Corbins. Corbins. ⁴Consultorio Benavent S. Benavent S.

Introducción: La gestión de la prescripción de los absorbentes en pacientes incontinentes en las residencias asistidas de gente mayor de nuestra Área Básica (ABS) Lleida Rural Nord, se incluye dentro del Plan de mejora de la prescripción, se viene realizando desde el año

2012, con una nueva manera de prescribirlos, sustituyendo los absorbentes tipo súper noche por absorbentes tipo noche. En nuestra ABS tenemos un total de 7 residencias que acogen a 283 residentes.

Objetivos: Mejorar la prescripción de forma adecuada de los absorbentes en los residentes con incontinencia de esfínteres.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal de los años 2013 y 2014. Población a estudio: 283 pacientes que residen habitualmente en las residencias asistidas. Obtención de datos: Sistema informático e-CAP. Servicio de Farmacia de Salud. Recogida de datos: Registro programa gestión de farmacia InfoClinic. Variables a estudio: tipo de absorbentes. Gastos. Número de envases (1 envase 80 unidades). Número de residencias asistidas: 7.

Resultados: Hemos conseguido que el número de los absorbentes tipo súper noche tal como nos lo propusimos, disminuya, pasando de 1.066 envases en el año 2013 a 792 envases en el año 2014, lo cual supone un 25,70% menos y en gastos se pasó de 52.845 € a 38.974,3 € lo que supone una disminución del 26,25%. Al pasar a ser la prescripción mayoritariamente de absorbentes noche, no aumentó el número de estos, se produjo un descenso en un 7,25%. En todos los tipos de absorbentes hubo reducción tanto en el número de envases como en los gastos. En el año 2013 el número total de absorbentes prescritos en las residencias asistidas fue de 3.188 envases contra 2.703 del año 2014, un 15% menos. Los gastos totales del año 2013 fueron de 130.837,88 € contra 109.179,82 € del año 2014, lo que supone un 16,5% de ahorro, 21.658,06 €. Disponemos de los datos desagregados para cada residencia.

Conclusiones: El cambio de la manera de prescribir los absorbentes, en éste caso en las residencias asistidas, favoreciendo el consumo de los absorbentes tipo noche, supuso una disminución del número de envases de los absorbentes de todos los tipos y de los gastos en total.

PC-153. ANÁLISIS DE LA HIPONATREMIA EN ANCIANOS DE LA COMUNIDAD

D. Ruiz, P. Burbano, P. Alfonsina, D. Donniacono y J. Mascaró
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia y las características clínicas de la hiponatremia en ancianos atendidos de forma ambulatoria.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en un Hospital de Día de Geriátría de un Hospital Universitario durante el último trimestre de 2014 que incluyó pacientes mayores de 65 años. Se definió hiponatremia con una concentración inferior a 135 mmol/L. Se evaluaron los factores etiológicos, la sintomatología, comorbilidad, función física y el tratamiento. Se compararon los pacientes con hiponatremia con aquellos que no la tenían.

Resultados: Se incluyeron 173 pacientes con edad media 83,4 años ([IC95%] 82,4-84,4), 65,5% mujeres, comorbilidad media de 6,7 e índice Barthel medio de 78,4. La prevalencia de hiponatremia fue de 13,8%. Los fármacos estuvieron implicados en 20 pacientes (83,3%): inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (58,3%), IECAs/ARAII (50%) y diuréticos (45,8%). En 10 (41,7%) había insuficiencia cardiaca y 7 tenían (29,2%) SIADH. La hiponatremia fue leve en el 62,5%, moderada en el 29,2% y grave en el 8,3%. No se determinaron la osmolaridad plasmática en el 47,8% de pacientes y la urinaria en el 56,5%. La retirada del fármaco en el 41,7% fue la decisión terapéutica más frecuente, seguida de la restricción hídrica en el 25% y se inició tolvaptán en 4 (16,7%). Los pacientes con hiponatremia respecto los que no la tenían un índice Barthel inferior (65,2 vs 80,6; $p = 0,011$) con una mayor dependencia grave o absoluta (27,3% vs 6,7%; $p = 0,028$), tendencia al cansancio (3,3% vs 12,5%; $p = 0,081$) y al deterioro cognitivo (49,3% vs 62,5%; $p = 0,275$).

Conclusiones: La hiponatremia no es infrecuente en los ancianos ambulatorios, sin embargo no suele estudiarse de forma adecuada en la mitad de ellos. Los fármacos son el factor etimológico más frecuente seguido del SIADH que parecería estar infradiagnosticado en

este grupo poblacional. La retirada de fármaco es la decisión terapéutica más frecuente. Finalmente, los ancianos con hiponatremia tienen peor estado funcional que aquellos que no la tienen, pero por el tipo de estudio no es posible establecer una relación de causalidad. A nuestro entender debería mejorar el diagnóstico de hiponatremia en ancianos porque realizar un tratamiento adecuado podría mejorar su estado funcional.

PC-154. ESTUDIO COMPARATIVO DEL RESULTADO DEL TEST ZARIT ADMINISTRADO PRE Y POST DIAGNÓSTICO "MCI". DESCRIPCIÓN MUESTRAL

G. Pérez Mora¹, L. Carpio², R. Yubero² y P. Gil²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: El objetivo de este estudio longitudinal retrospectivo es doble; por un lado realizamos una descripción de las variables socio-demográficas obtenidas en una muestra de 113 pacientes diagnosticados de "MCI" [Mild Cognitive Impairment] según criterios Petersen 2005, y por el otro lado, analizamos los resultados obtenidos tras la aplicación en dos ocasiones distintas del test Zarit en 35 de sus familiares (la primera en el momento del diagnóstico, y la última tras varios años de evolución). De este modo, podemos comparar el posible grado de sobrecarga del cuidador entre aquellos familiares de pacientes que han permanecido estables (es decir, mantienen el diagnóstico de MCI) y aquellos convertidores que han sido diagnosticados de Demencia (diferenciamos entre convertidores "precoces" = tardan ≤ 1 año; y convertidores "tardíos" = tardan más de 5 años en convertir a demencia). Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS 15.0.

Resultados: El resultado a nivel sociodemográfico es una muestra clínica formada por un total de 111 individuos diagnosticados de MCI; siendo el 30,1% varones y 69,9% mujeres; con una edad media de 77,4 años (mínimo 60 y máximo 96 años). El 60% de los pacientes fueron valorados durante un periodo de 7-10 años de seguimiento. En cuanto a las puntuaciones del test Zarit, de los 67 familiares que lo cumplimentaron, la puntuación media fue 17,36; obteniéndose un valor de 12,82 entre los no convertidores, y 20,63 puntos en los convertidores (precoces y tardíos). Entre los 29 test Zarit cumplimentados en la respectiva última entrevista realizada, la puntuación media fue 24,86: puntuando 18,24 en familiares de los no convertidores, y 34,25 puntos en familiares de convertidores precoces y tardíos (convertidores tardíos: 30,88, y convertidores precoces: 41).

Conclusiones: Las puntuaciones obtenidas en los test Zarit en aquellos familiares de individuos convertidores en la última entrevista realizada, puntúan casi 3 veces más alto (grado de sobrecarga del cuidador) que aquellos familiares entrevistados el momento del diagnóstico de los individuos que se mantendrán estables a lo largo de la evolución del MCI.

PC-155. PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS VALORADOS POR UN MÉDICO GERIATRA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M. Pi-Figueras Valls, H. Manjón Navarro, I. Pineda Pérez, E. Hernández Leal, M. Martínez Fernández y A.M. Digón Llop
Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ancianos evaluados por un médico Geriatra en el Servicio de Urgencias del Hospital del Mar.

Métodos: Análisis retrospectivo del perfil de los pacientes ancianos valorados por un geriatra en Urgencias del Hospital del Mar entre los meses de marzo de 2014 y febrero 2015. Se recogieron las variables siguientes: edad; sexo; valoración funcional mediante el índice de Barthel previo (BP) e índice de Lawton (IL); la situación cognitiva

medida con el test de Pfeiffer, la convivencia, el diagnóstico al ingreso y el destino al alta de urgencias.

Resultados: Se analizaron un total de 154 pacientes, 57,1% mujeres y 42,9% hombres, con una edad media $84,32 \pm 6,95$ años. Tenían un BP $49,90 \pm 33,13$, IL $1,52 \pm 2,27$. Presentaban demencia previa un 65,6%. La convivencia de los pacientes evaluados fue: con el cónyuge (29,87%), solo (21,42%), con hijos (20,78%), en residencia (11,04%), con trabajadora familiar (9,09%) otros familiares (4,55%), Centro sociosanitario (CSS) (1,95%), piso compartido (0,65%), indigente (0,65%). Los diagnósticos de ingreso fueron: infección respiratoria (26,62%), traumatismo-fractura (14,29%), infección de orina (12,99%), síndrome confusional agudo (11,69%), cardiopatía (10,39%), gastrointestinal (7,14%), neurológico (5,19%), deterioro psicofísico (3,90%), endocrino-metabólico (3,90%), síndrome febril (1,30%) y otros (2,59%). El destino al alta de urgencias fue: Unidad de Geriátría de Agudos (UGA) (83,12%), CSS (3,90%), domicilio (1,95%), domicilio con PADES (1,95%), unidad de Subagudos (1,95%), otros hospitales (1,95%), exitus (0,64%) y otros (0,64%).

Conclusiones: 1. Los ancianos valorados eran dependientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y con deterioro cognitivo previo. 2. El servicio receptor principal fue la UGA. 3. La infección respiratoria fue el diagnóstico de ingreso más frecuente.

PC-156. CARACTERÍSTICAS DE POBLACIÓN GERIÁTRICA HOSPITALIZADA CON INSUFICIENCIA CARDIACA

I. Carmona Álvarez, L. Guardado Fuentes, T. Wu Lai, L. Fernández Arana, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer las características de pacientes hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriátría (UGA) por insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y de seguimiento que incluye pacientes con diagnóstico al alta de IC entre enero 2013-diciembre 2014. Se excluyeron pacientes en situación terminal o que no firmaron el consentimiento informado. N = 153 pacientes. Se recogieron variables demográficas, funcionales (Í. Barthel), síndromes geriátricos, nivel social (OARS), conocimiento de salud/enfermedad, FRCV, comorbilidad (Í. Charlson ajustado a la edad), tratamiento farmacológico al ingreso, factores desencadenantes, función ventricular (ecocardiograma), determinaciones analíticas, electrocardiográficas, ingresos tempranos (< 30 días), tardíos (1-12 meses) y mortalidad en un año. El análisis estadístico se realizó con programa SPSS 15.0.

Resultados: Edad media: $88,8 \pm 6$. Mujeres (74,5%). Í. Barthel ≥ 60 (71,3%). Síndromes geriátricos: incontinencia urinaria (55%), demencia 36% (leve-moderada 96,5%), déficit sensorial (visual 34%, auditivo 26,6%), insomnio (29,5%), estreñimiento (29%), depresión (27,2%), caídas (16,4%), inmovilidad (12,5%), úlceras por presión (2%). Estudios primarios (60,2%), recursos sociales excelentes/buenos (OARS 1-2) 94%, conocimiento de enfermedad (50,4%) y salud (37%). Factores de riesgo: HTA(94%), DM (32,7%), dislipemia (51,6%), fibrilación auricular (55,6%) (Í. Charlson) $7,7 \pm 1,9$; IC previa (70%)-NYHA 2 (53,3%), cardiopatía isquémica (20,3%), enf. cerebrovascular (30,7%), anemia (35,3%), enf. renal crónica (28%), neoplasias (21,6%), EPOC (17%), hepatopatía (5,2%), valvulopatías (59,5%). Marcapasos (12%). Fármacos al ingreso ($8,2 \pm 3$): diuréticos (69,7%), IECAs (39,5%), ARA2 (19%), BB (35,5%), calcioantagonistas 27%, digoxina (16%), nitratos (12,5%), antiagregantes (40,7%), anticoagulación (33%), estatinas (36,2%). FE preservada (82,5%). Etiología: valvulopatía (48,3%), cardiopatía hipertensiva (39%), cardiopatía isquémica (26%), cor pulmonale (24,5%). Factores desencadenantes: infecciones 65,4%, anemia (29,4%), arritmias (28%), crisis hipertensiva (6,5%), sobrecarga de volumen (5,5%). Ingresos tempranos (< 30 días): ninguno (81,3%), 1-2: (19%). Ingresos tardíos por IC: ninguno: (46,5%), 1-2: (44%). Mortalidad al año desde inclusión: 36%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados con IC son mujeres muy ancianas, hipertensas y con FE preservada. El principal desencadenante son las infecciones. Las valvulopatías y cardiopatía hipertensiva son las etiologías predominantes. Presentan dependencia funcional leve e incontinencia como síndrome geriátrico predominante. Tienen estudios primarios y buenos recursos sociales; la mitad contaban con adecuados conocimientos sobre IC y, sólo 40%, conocimientos generales de salud. A pesar de la alta comorbilidad, presentan una baja tasa de reingresos y mortalidad al año.

PC-157. PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

V.M. Déniz-González, C. Roldán-Plaza, C. Miret-Corchado, N. Vaquero-Pinto y A. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar la prevalencia de disfagia en los pacientes hospitalizados en una unidad de geriatría de agudos. Como objetivos específicos se plantean analizar las características sociodemográficas de los pacientes en cuestión, determinar antecedentes y complicaciones derivadas de su situación clínica, conocer el nº de episodios de neumonías aspirativas en el último año, así como su estado nutricional y el porcentaje de los que tengan diagnóstico previo de disfagia y/o uso previo de espesantes.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal y prospectivo que se lleva a cabo en una unidad de hospitalización de agudos de geriatría. La valoración de la variable principal se lleva a cabo mediante un test validado, el Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad (MECV-V) y la revisión de datos procedentes de la historia clínica. La duración total es de cinco meses, siendo los criterios de inclusión aquellos pacientes ingresados en la unidad que firman el consentimiento informado y de exclusión aquellos a los que no se puede realizar el test por incapacidad física, mental o problema de seguridad, o por encontrarse en fase de últimos días. El análisis de los datos se lleva a cabo mediante la tabla de datos Excel y el paquete de datos SPSS.

Resultados: El perfil sociodemográfico de los pacientes valorados fue de mujer de 92 años de media sin diagnóstico previo de disfagia (62,97%, n = 17), sin uso previo de espesantes (77,78%, n = 21) y sin institucionalización previa (55,56%, n = 15). Tras el análisis preliminar de los datos recogidos el primer mes de estudio, ingresaron en la unidad 62 pacientes, de los que completaron el test 27, presentando un 77,76% (n = 21) alguna alteración en la deglución, siendo lo más prevalente la alteración conjunta de seguridad y eficacia. En cuanto al estado nutricional, hasta el 92,59% (n = 25) presentaban riesgo o malnutrición establecida.

Conclusiones: Los datos analizados sugieren que las alteraciones en la deglución en general son escasamente detectadas pese a su elevada prevalencia. De igual forma, el riesgo de padecer malnutrición parece aumentar ante la presencia de este tipo de trastornos.

PC-158. ¿LUJO, NECESIDAD, REALIDAD? PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y/O CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN MEDIO RURAL

R. Martínez Barea, A. López Navarro, M.D. Jodar Bellido, F. Cabrera Morilla y M. Rodríguez Ortiz
Hospital Morón. Morón de la Frontera.

Objetivos: El paciente pluripatológico es crónico complejo con especial fragilidad clínica, al igual que el paciente con necesidades de cuidados paliativos. En un contexto rural, las dificultades se multiplican. Cuáles son sus necesidades y ¿cuál sería su hospital ideal? Probablemente aquel que pudiera dar respuesta a sus necesidades, que podemos resumir en los siguientes valores: confianza, seguridad, trato personalizado, especializado en estos pacientes, intimidad, cer-

canía, cómodo, accesible, resolutivo, en resumen adaptado a sus necesidades. ¿Es posible encontrar un hospital que cumpla estos requisitos en el medio rural?

Métodos: Dar a conocer las características de atención a pacientes pluripatológicos y con necesidades de cuidados paliativos en un Hospital de Alta Resolución, que hacen posible lo que podría ser un lujo para estos pacientes en un medio rural.

Resultados: En una población aproximada de 39.000 habitantes con una distancia mínima de 70 Km al Hospital de referencia, se encuentra ubicado este hospital de Alta Resolución. Esta disposición geográfica hace una localización ideal para la atención sanitaria a pacientes frágiles, aportando cercanía y comodidad. La atención específica a estos pacientes se realiza de forma especializada en consultas de alta resolución, Hospital de Día y Hospitalización (10 habitaciones individuales). Los ingresos proceden de urgencias, o de forma programada (17%) solicitada por su médico de familia, DCCU, otros hospitales o incluso por el paciente. La accesibilidad y la resolución se facilita a través de teléfono disponible para pacientes, primaria y resto de profesionales sanitarios con contacto directo con la Unidad. Para favorecer la seguridad de estos pacientes, al alta se realiza informes con valoración integral y conciliación de la medicación, con hoja de instrucciones adaptadas a estos pacientes. Y telecontinuidad personalizada por el personal de enfermería de referencia de hospitalización durante el fin de semana para suplir la ausencia de primaria y facilitar la transición a domicilio.

Conclusiones: Dar respuestas a las necesidades de estos pacientes tan frágiles en un medio rural, evitando desplazarse de su lugar de residencia, con la accesibilidad, la resolución, la especialización, la seguridad, la cercanía y la comodidad hacen que pueda ser un lujo y sin embargo es una realidad.

PC-159. PERFIL DE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES

C.E. Morales Cojulán¹, J.D. Avilés Hernández², M. Carrasco Poyatos¹, P.J. Marcos Pardo¹, J.F. Rodríguez Lorca¹, D. Reche Orenes¹ y D. Balas³
¹UCAM. Murcia. ²Hopital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
³IGERMED. Niza.

Objetivos: Conocer el perfil de fragilidad en una población de adultos mayores que siguen un programa de envejecimiento saludable.

Métodos: Se utiliza un programa informático que integra diferentes escalas validadas que permiten evaluar diferentes áreas relacionadas con la fragilidad. Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en el cual se evaluaron 51 mujeres mayores en 2 centros sociales de mayores del área urbana de Murcia. Se registraron variables sociodemográficas, antecedentes médicos, hábitos tóxicos, medicamentos, presencia de síndromes geriátricos; situación biomédica, cognitiva, afectiva, funcional y social.

Resultados: La edad media de las mujeres fue de 70 años; de estas el 27,4% presento polimedicación mayor, 29,4% polimedicación moderada y 25,4% polimedicación leve; incontinencia urinaria el 49%, dolor leve el 15,7% y el 9,8% dolor moderado en base a la Escala EVA; el 49% presenta mala calidad de sueño valorada por la Escala de Calidad de Sueño; índice de comorbilidad de Charlson se registró un 96,1% de mujeres mayores con alta comorbilidad. La esfera cognitiva evaluada por el MMSE reveló que el 23,5% presento deterioro cognitivo. El 17,6% presentó depresión. Con respecto a la valoración funcional todas las mujeres mayores son autónomas según la Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria y según el índice de Katz de actividades básicas el 5,9% presentan incapacidad leve. El 1,96% presentó valores catalogados como desnutrición en el adulto mayor, el 29,4% valores normales nutricionales y el 68,6% presentó sobrepeso.

Conclusiones: Obtener el perfil de fragilidad de los adultos mayores que siguen un programa de envejecimiento saludable resulta indispensable para establecer un plan personalizado de intervención, que

incluye abordar no solamente los aspectos funcionales si no también, cognitivos y emocionales.

PC-160. ESTUDIO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y DE LAS INTERACCIONES EN LOS PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS

V. Niño Martín¹ y S. Pérez Niño²

¹ZBS La Victoria. Valladolid. ²Universidad de Valladolid. Valladolid.

Objetivos: Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes pluripatológicos de la zona básica de salud La Victoria perteneciente al área de salud Valladolid Este. Verificar el grado de cumplimiento de adherencia terapéutica. Valorar las interacciones farmacológicas en el paciente crónico pluripatológico y clasificarlas según el grado de gravedad.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se realizó el estudio durante un periodo de tres meses, desde noviembre de 2014 a febrero de 2015 en el Centro de Salud La Victoria (centro urbano de Valladolid) que atiende a 17658 habitantes. La fuente de información fue la historia clínica informatizada a través del programa Medora y la realización a los pacientes crónicos pluripatológicos del test de Morisky-Green. El análisis estadístico se efectuó con el SPSS. Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, polimedicación, adherencia, interacciones (graves y moderadas) y cumplimiento terapéutico.

Resultados: N° pacientes crónicos = 84, 66% mujeres y 44% varones. El promedio de fármacos fue de 12 (6- 18). Las interacciones detectadas fueron 94 de las cuales 70 fueron moderadas (86%) y graves 14 (14%) que afectaron fundamentalmente al omeprazol 3%, furosemida 11%, clopidogrel 4%, simvastatina 37%, amlodipino 6%, amiodarona 25%, diltiazem 14%. Se obtuvo una falta de adherencia terapéutica del 62% a través del test de Morisky. Entre las causas más frecuente del incumplimiento en opinión de los pacientes, son los olvidos en la toma de la medicación.

Conclusiones: La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Se estima que el incumplimiento afecta a alrededor del 50% de los pacientes con tratamientos crónicos, en este estudio realizado ascendió al 62%. El análisis pone de manifiesto la necesidad de realizar controles periódicos de los fármacos en el abordaje integral del paciente crónico para garantizar su seguridad. El número excesivo de medicamentos prescritos favorece la presencia de interacciones que aunque la mayoría son moderadas nos obliga a una revisión para corregir la prescripción y poder eliminar las interacciones graves.

PC-161. PARTICULARIDADES DEL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (GRD 088) MAYORES DE 75 AÑOS POR DIFERENTES ESPECIALIDADES EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR)

G. Martín Torres, L. Calahorra Fernández, N. Parras García de León, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, V. Mazoterías Muñoz y J.L. Esquinas Requena
 Hospital General. Ciudad Real.

Introducción: En el contexto de la patología médica hay procesos atendidos por varias especialidades, muchas veces sin claro criterio para la asignación de pacientes. Medicina Interna y Geriátría comparten pacientes con neumología, neurología, cardiología... Se estudian las particularidades del manejo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica sin complicaciones (GRD 088) en mayores de 75 años por los servicios de geriatría, medicina interna y neumología del HGUCR.

Métodos: Se estudiaron las altas de mayores de 75, agrupados en GRD 088 en 2.013. Mediante la aplicación IAmetrics-H se obtuvieron los datos: distribución de pacientes en los tres servicios, edad media,

estancia media observada, estancia media esperada, impacto en estancias, complicaciones, reingresos y mortalidad.

Resultados: En 2013 se codificaron 178 altas con EPOC. Esto supone 0,9% de las altas del HGUR. 120 (67,4%) corresponden a mayores de 75. La distribución fue: Geriátría 45 (37,5%), M. Interna 55 (45,8%), Neumología 20 (8,4%). La edad media: 86,2 años Geriátría, 81,96 M. Interna, 80,8 Neumología. Para Geriátría la estancia media observada: 6,44 días, la estancia esperada fue de 9,49, lo que supuso un ahorro de 137 estancias. En M. Interna la estancia observada: 7,65 días, y la esperada: 9,94, con impacto de 125 estancias. En Neumología se observó estancia media: 9,1 días, frente a estancia esperada: 10,31, con ahorro de -24,3 días. No se objetivaron mediante esta metodología de agrupación de pacientes, ninguna complicación. Se recogieron 6 reingresos (13%) Geriátría, 6 M. Interna (11%), y 2 Neumología (10%). Se produjeron 3 exitus en Geriátría, lo que supone una mortalidad del 6,6%, inferior a la esperada (7,92%).

Conclusiones: Al tratarse de pacientes mayores de 75 años, asignados aleatoriamente a los servicios, sin criterios definidos en el manejo, existe una gran variabilidad en la práctica clínica. El S. Geriátría atiende a pacientes de edad media mucho superior, el proceso asistencial es el más breve de los tres servicios, consiguiéndose el mayor impacto en ahorro de estancias, con una tasa discretamente superior de reingresos y mayor mortalidad, en relación con la morbilidad asociada y edad muy avanzada de los enfermos.

PC-162. IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA MORTALIDAD DE POBLACIÓN ANCIANA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

P. Cabezas Alfonso, L. Carpio García, J.D.P. Martini Abarca, A. Birghilescu, L.M. Gómez Armas y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer las causas de muerte intrahospitalaria más prevalentes en pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo previo, ingresados en una Unidad de Agudos de Geriátría.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo. Se revisaron todos los pacientes ingresados por cualquier motivo en una Unidad de Agudos de Geriátría durante el año 2013 y se seleccionaron para el estudio los pacientes que fallecieron en ese periodo con diagnóstico previo de deterioro cognitivo. Se analizaron características demográficas, funcionales (Barthel, FAC), antecedentes médicos y farmacológicos. Se comparó el impacto del grado de deterioro cognitivo sobre las causas de muerte. Estudio estadístico: comparación de medias y proporciones. Nivel de significación $p < 0,05$. SPSS 15.0.

Resultados: N = 966, 81 (12,2%) fallecidos con deterioro cognitivo previo. De estos: mujeres: 74,1%, edad media 88,4 años. Antecedentes: hipertensión arterial: 77,8%, dislipemia: 32,1%, diabetes mellitus: 30,9%, cardiopatía isquémica: 16%, insuficiencia cardiaca (IC): 30,9%, enfermedad cerebrovascular 37%, enfermedad respiratoria crónica: 13,6%, úlcera gastroduodenal: 6,2%, hepatopatía: 9,9%, insuficiencia renal crónica: 13,6%, oncológicos: 18,4%. Deterioro cognitivo leve: 23,5%, moderado: 33,3% y grave: 43,2%. Vivían en domicilio 72,8%, vivía solo 7,5%, tenían teleasistencia 17,5% y asistencia domiciliar 24,7%. Multiingresados 46,8%. Media de fármacos 7,4. Dentro de la valoración funcional se observó que el 48,1% eran totalmente dependientes para la movilidad y tenían una media de Barthel de 27,4. Dentro de las causas principales de muerte se describe Neumonía: 42%, IC descompensada 13,6%, infección respiratoria complicada 7,4%, infección del tracto urinario (ITU) complicada 6,2%, úlceras por presión sobreinfectadas: 3,7%. En el estudio de comparación de grupos se observó que los pacientes con deterioro cognitivo grave morían predominantemente por causas respiratorias como la Neumonía, ITU y por accidentes cerebrovasculares, y los pacientes con deterioro cognitivo leve morían por causas cardíacas como cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca ($p = 0,03$).

Conclusiones: En nuestra muestra los pacientes que fallecieron tenían peor situación funcional, un alto porcentaje de incapacidad para la movilidad y alta comorbilidad. Como cabe esperar la principal causa de muerte en paciente con demencia moderada/severa fueron las causas respiratorias probablemente debida a la apraxia deglutoria mientras que en los pacientes con deterioro cognitivo se observaron otras causas como las cardíacas.

PC-163. CONSULTA DE REFERENCIA DE URGENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA (CEGRT): EXPERIENCIA DE TRES AÑOS

A.M. Lebreault Polanco, A.M. Birghilescu, J. Martini Abarca, I. Carmona Álvarez, M. Lázaro del Nogal y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La consulta de referencia de Urgencias es una nueva prestación de las Consultas Externas de Geriátría. Se realizan valoraciones precoces (24-48h) post-alta a indicación del propio Servicio de Urgencias.

Objetivos: 1) Valorar las características de los pacientes remitidos, 2) Valorar los diagnósticos realizados, tratamientos prescritos y ubicación tras la consulta.

Métodos: Estudio descriptivo. Periodo de estudio: enero 2012-diciembre 2014. El protocolo analizado incluye: variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y destino al alta. Análisis estadístico: SPSS. V.15.0.

Resultados: Pacientes: 403 vistos en el periodo de enero 2012 a diciembre 2014, Edad media: 86 años; 69% mujeres. Procedencia: Urgencias Sala A (agudos): 40,3%. Sala B (subagudos): 13,4% Unidad de Primera Asistencia: 33,5% Unidad de Corta Estancia: 8,6% Acuden el 87% de los pacientes citados. Son independientes: 42,5%. Precisan ayuda para la deambulacion: 33,3%. Síndromes geriátricos: deterioro cognitivo: 52,6%; caídas: 26,7%; incontinencia urinaria: 47,7%. Insomnio: 25,2% Inmovilidad: 7,1%. Consumo > 4 fármacos: 43,8%. Comorbilidad: patologías cardíacas 58,9%; neurológicas: 32,5%; musculoesqueléticas: 37,7% diabetes: 19,1% neoplasias: 10%. Motivo de consulta en Geriátría: manejo de polifarmacia y pluripatología 39,9% Derivación para control de tratamiento: 73,6%. Pruebas solicitadas en urgencias: Analítica: 43,8 EKG 49,4% Rx tórax: 57,2% TAC craneal: 16,4%. Destino del paciente tras la consulta: Revisiones periódicas en las CE: 75,3%. Pacientes se derivaron de nuevo a urgencias e ingresaron 2,2%. Seguimiento a los 3 y 6 meses en consultas externas: 48,9% y 28,1% respectivamente. Datos de alta a los 12 meses de consultas: 24,1%.

Conclusiones: 1. Durante estos años el número de pacientes remitidos a la consulta de referencia de Urgencia en consultas externas de Geriátría se ha incrementado y la asistencia es elevada. 2. Perfil del paciente derivado a esta consulta: mujer, de edad avanzada con asociación de síndromes geriátricos asociados y elevada comorbilidad que precisa control y ajuste de tratamiento pautado en la urgencia. 3. La valoración precoz por geriatría y la continuidad de cuidados en consultas externas permite completar el estudio, descargar urgencias y prevenir ingresos posteriores.

PC-164. MANEJO DEL ICTUS CON INFARTO (GRD 014) EN MAYORES DE 75 AÑOS POR LOS SERVICIOS DE GERIATRÍA Y NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR)

G. Martín Torres, L. Calahorra Fernández, J. Martín Márquez, J. Gil Moreno, N. Parras García de León, N. Fernández Martínez y E. García Carreño
Hospital General. Ciudad Real.

Introducción: En el contexto de la patología médica hay enfermedades que son atendidas por varias especialidades, muchas veces sin claro criterio para la asignación de pacientes. El Servicio de Geriátría

comparte pacientes con Neurología, Medicina Interna, Cardiología... Se estudian las particularidades en el manejo del ictus con infarto (GRD 014) en mayores de 75 años por los servicios de Geriátría y Neurología del HGU CR.

Métodos: Se estudiaron las altas de mayores de 75 años agrupados en GRD 014 en 2013. Mediante la aplicación IAmetrics-H se obtuvieron los siguientes datos: distribución de pacientes en los dos servicios, edad media, estancia media observada, estancia media esperada, impacto en las estancias, complicaciones, reingresos y mortalidad.

Resultados: En 2013 se codificaron 185 altas como ictus con infarto (0,9% de las altas del HGU CR). De estas, 116 (62,7%) corresponden a mayores de 75. La distribución por servicios: Geriátría 62 (33,5%), Neurología 45 (24,3%). La edad media: 86,2 años Geriátría y 79 Neurología. Para Geriátría la estancia media observada: 7,39 días, la estancia esperada: 11,43, lo que supuso un ahorro de 250,6 días, con impacto de 4 días por ingreso. Para Neurología, estancia media: 10,04, frente a estancia esperada: 11,63, con un ahorro de 71,3 estancias, e impacto de 1,7 días/ingreso. No se objetivaron complicaciones mediante esta metodología de agrupación de pacientes. Se recogieron 6 reingresos (7,89%) Geriátría y 2 (4,4%) Neurología. La mortalidad observada: 13 pacientes Geriátría, lo que supone una mortalidad del 14,61% y 3 pacientes Neurología (6,7%). La edad media de los fallecidos en Geriátría fue 86 años, frente a la edad media de 79 años de los fallecidos en Neurología.

Conclusiones: Al tratarse de pacientes mayores de 75 años, asignados aleatoriamente a los servicios, existe gran variabilidad en la práctica clínica. El S. Geriátría atiende pacientes de edad media más avanzada. Ambos servicios consiguen un impacto favorable en reducción de estancias hospitalarias, si bien destaca Geriátría con ahorro de 4 días por ingreso atribuible a la optimización en las pruebas diagnósticas realizadas. Como contrapartida al tratarse de pacientes tan mayores, con más comorbilidades, la tasa de reingreso y mortalidad son superiores.

PC-165. COMPARACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ANCIANOS CON DCL QUE POSTERIORMENTE DESARROLLAN O NO DEMENCIA

L. Carpio García¹, G. Pérez Mora², R. Yubero Pancorbo¹ y P. Gil Gregorio¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos: Realizar una comparación entre la sobrecarga del cuidador de ancianos con DCL, antes y después de desarrollar demencia.

Métodos: Estudio analítico, prospectivo longitudinal de 12 años de seguimiento. Datos codificados de pacientes con DCL en seguimiento por la Unidad de Memoria de nuestro servicio. Se determinó la conversión futura o no a demencia. Se recogieron de la primera visita variables socio-demográficas, valoración funcional (Barthel, Lawton), uso de psicofármacos y síntomas neuropsicológicos (NPI). A todos los pacientes se realizó una valoración neuropsicológica completa. Para la evaluación de sobrecarga del cuidador se utilizó la escala Zarit. Se recogió el Zarit de la primera consulta (GDS 3), y el último de cada paciente. Para el estadiaje del GDS se emplearon los criterios de Petersen 2005. Criterios diagnósticos de demencia NINDS-ADRDA o NINDS-AIREN. Se usó SPSS15.0. Para la comparación de medianas se usaron: test de rangos de Wilcoxon y U de Mann-Whitney. $p < 0,05$.

Resultados: N = 66; mujeres: 62,7%; Edad: 77,00 (RIC: 73-81); Barthel: 95,0, Lawton: 7; tiempo-evolución: 9 años; MMSE: 25; NPI: 10; Convertidores (C): 53; no convertidores (NC): 58; resultados Zarit primera visita: Zarit (1º) mediana: 15 (RIC: 6-27). Resultados del último Zarit registrado: Zarit (último) mediana: 17 (RIC: 9,5-34,5). En el grupo de no convertidores: ZaritNC (1º) mediana: 10,5; ZaritNC (último) mediana: 14,5. En los convertidores: ZaritC (1º) mediana: 19,50; ZaritC (último) mediana: 32,00. Existieron diferencias signifi-

cativas entre el Zarit inicial y final de la muestra total ($p: 0,027$), pero no hubo diferencias en el grupo de C ($p: 0,099$) ni NC ($p: 0,131$). La diferencia entre Zarit inicial y final en NC fue de 4 puntos, y de 12,5 puntos en los C. Entre los Zarit iniciales hubo una diferencia de 9 puntos en los C y NC, que fue significativa ($p: 0,015$). Entre los Zarit finales la diferencia fue de 17,5, que también fue significativa ($p: 0,041$).

Conclusiones: Los pacientes convertidores tendrán un mayor puntaje en el Zarit previo y posterior al desarrollo de demencia, frente al puntaje de los No Convertidores. El test de Zarit en fases pre-demencia, puede actuar como predictor del riesgo de desarrollar demencia en el futuro.

PC-166. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CAÍDAS ACONTECIDAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

N. Fernández, M. Urkiza, I. Arrinda, E. Elgezua, I. Aurre e I. Artaza Centro Sociosanitario Igurco Orue. Amorebieta.

Objetivos: Estudio retrospectivo de los factores extrínsecos asociados a las caídas, así como sus consecuencias, en todos los pacientes ingresados en nuestro centro sociosanitario desde enero de 2010 a diciembre de 2014.

Métodos: Estudio descriptivo de las caídas acontecidas en una muestra de 1.434 pacientes (61% mujeres) con una edad media de $80,01 \pm 12,29$ años y dependencia severa para actividades básicas de la vida diaria (IBM Me 39 [0-100]). Se recogieron datos sobre factores extrínsecos asociados a las caídas (localización de la misma, iluminación, calzado), la actividad que se encontraba realizando en el momento de la caída, el uso de sujeción mecánica, el tiempo de permanencia en el suelo y las consecuencias de la caída.

Resultados: Se produjeron un total de 1.021 caídas, en 310 personas (57% mujeres), con una distribución por años de 281, 253, 178, 125 y 184 caídas de 2010 a 2014, respectivamente. Atendiendo a la localización de las caídas; el 48% se produjeron en la habitación, seguido en frecuencia por las caídas producidas en espacios comunes (24%). La mayoría de caídas se producen durante el día (81%), y son presenciadas en el 43% de los casos, aunque sólo el 0,39% de los casos permanecen más de una hora en el suelo. El 74% de las caídas se producen durante la deambulacion; un 5% del total de caídas se producen en la cama. Atendiendo a la sujeción física, sólo el 5% la presentaban en el momento de la caída. El 70% de las caídas no tuvieron consecuencias; apareciendo consecuencias graves en el 3%. De estas últimas, un 60% presentaron como consecuencia de la caída una fractura de cadera, seis en números absolutos, con una prevalencia del 0,6% con respecto al total de caídas.

Conclusiones: Las caídas son uno de los síndromes geriátricos más frecuentes entre nuestros usuarios, con una tasa media de 0,72 caídas por residente y año, por lo que el estudio de sus mecanismos puede ayudarnos al establecimiento de planes de acción orientados a su disminución, y por tanto conseguir evitar las consecuencias de las mismas.

PC-167. RELACIÓN ENTRE EL PERFIL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO Y LA SUPERVIVENCIA

N. López de Gereño, A. Ochoa, M. Portillo, A. Ríos e I. Artaza Centro Sociosanitario Igurco Unbe. Erandio Bizkaia.

Objetivos: Analizar la relación entre el perfil de los pacientes al ingreso en un centro sociosanitario y el tiempo de estancia hasta el fallecimiento.

Métodos: Estudio descriptivo de la situación al ingreso de los pacientes y el tiempo de estancia hasta el fallecimiento durante el período 2007-2014. Analizamos las siguientes variables: edad, sexo, situación funcional mediante Í. Barthel, estado cognitivo mediante MMSE de

Folstein al ingreso en el centro y el tiempo de estancia, en días hasta el fallecimiento.

Resultados: Durante el período de estudio de los 1.619 pacientes atendidos en el centro fallecieron 182 (71% mujeres) con una edad media de 85,35 años, un Barthel medio de 36,2 y un MMSE medio de 15,24. Los pacientes con un edad media al ingreso inferior a 70 años (5,5%) sobrevivían 132 días, los que tenían 70-79 (11,5%) alcanzaban 523 días, los que estaban entre 80-89 (48,3%), 565 días y los mayores de 90 años (34,6%) 513 días. La supervivencia media en relación con el nivel de deterioro cognitivo y con el nivel de dependencia se muestra en las tablas.

Tabla. PC-167

MMSE	Tiempo estancia
< 6	462
6-9	592
10-24	596
25-26	797
27-30	1.004

Tabla. PC-167

Barthel	Tiempo estancia
< 20	458
20-35	533
40-55	489
60-95	570
> 95	795

Conclusiones: En nuestra muestra el nivel de deterioro cognitivo al ingreso se comporta como un factor predictor de mortalidad. El estado funcional al ingreso también parece influir en el tiempo de estancia, aunque no tan claramente como el deterioro cognitivo. Finalmente, no hay diferencias significativas en la supervivencia en función de la edad de ingreso, a excepción de los pacientes menores de 70 años.

PC-168. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

I. Artaza, R. Valera, A. Paz, O. Lecumberri y S. Luis
Centro Sociosanitario Igurco Unbe. Erandio Bizkaia.

Objetivos: Determinar la prevalencia del déficit de vitamina D y conocer el estado de salud de los pacientes ingresados en una unidad de recuperación funcional.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una unidad de recuperación funcional desde marzo de 2014 a febrero de 2015. Se analizan datos sociodemográficos, estado funcional y nivel de comorbilidad al ingreso en la unidad y determinación de 25 OH vitamina D, según parámetros del laboratorio.

Resultados: Durante el periodo de estudio 119 pacientes ingresaron en la unidad. De ellos, en 102 (el 85,3% mujeres) se pudo determinar los niveles séricos de 25 OH Vit.D. El 64% de la muestra eran pacientes ortogeriátricos, un 18,6% ingresaron por decondicionamiento hospitalario y el 17,6% restante pacientes neurológicos. La edad media de los pacientes era de 82,8 años (rango 67-97) con un Í. Charlson medio de 2,88 (rango 0-8), un Barthel medio al ingreso de 43,88 (rango

0-100) con unos niveles promedio de vitamina D de 15,42 ng/dl (3-70), 16,6 en ortogeriatría, 14,7 en neurológicos y 12,1 en decondicionamiento. El 79,4% de la población presentaba niveles inferiores a 20 ng/dl de Vit.D y el 35% inferiores a 10 ng/dl. Solo un 8,8% de la muestra presentaba al ingreso tratamiento para la osteoporosis (promedio de Vit.D 33,42 ng/dl (11-70).

Conclusiones: El déficit de Vitamina D es enormemente prevalente entre la población que ingresa para recuperación funcional en nuestra unidad, independientemente del perfil que motiva el ingreso. Sin embargo, la gran mayoría de los pacientes no tenía pautado ningún tratamiento para la osteoporosis.

PC-169. VISUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN EN LA DONACIÓN DE CEREBRO. HALLAZGOS A PROPÓSITO DE UN CASO

R. López Mongil, A. Torres, A. Rábano Gutiérrez,
S. Malmierca González, B. Cuadrado Pastor y J.A. López Trigo
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Describir el procedimiento de actuación para realizar donación del tejido cerebral y exponer fotografías que muestran cada una de las etapas de la extracción. Presentar los diagnósticos macroscópicos.

Métodos: Se efectúa donación del cerebro de paciente fallecida con 96 años sin deterioro cognitivo y autónoma para AVD. Se comunicó la posibilidad de donación a familiares tras reciente diagnóstico de cáncer, previo al fallecimiento. Firman los documentos. Se avisa al banco de tejidos de Salamanca. La extracción debe realizarse en Valladolid. La Jefa de servicio de Anatomía Patológica, tras aceptar, solicita la autorización de dirección médica del HURH. Se nos indica el procedimiento para traslado tras el exitus, directamente a la sala de autopsias.

Resultados: Se exponen las fotografías de todo el proceso. Para acceder a la cavidad craneal se usa una sierra mecánica con aspiración para la apertura del cráneo. Una vez extraído el encéfalo, peso: 1.150 g, se divide en dos mitades. El hemiencéfalo derecho se reserva para congelación. La mitad anterior y posterior se seria en cortes coronales de 1-2 cm. Los cortes anteriores, se archivan identificándolos como A1, A2, etc. y posteriores como P1, P2, P3, etc. El cerebelo: C1, C2, C3, etc. Y el tronco: T1, T2, etc. Cada loncha se envuelve en papel de aluminio y se congela a -80 °C. El hemiencéfalo izquierdo se sumerge en formaldehído durante mes. Y posteriormente se lonchea con cortes coronales de de 1,5 a 2 cms de espesor, se procesa en alcoholes, xilol y parafina, que permite hacer cortes más finos que una vez teñidos se visualizan al microscopio. Aparece edema cerebral global, No se evidencia atrofia cerebral, y en vasos del polígono de Willis escasas placas de ateroma, sin estenosis significativa a ningún nivel. Se aprecia dilatación ventricular moderada y dos lesiones redondeadas sugestivas de metástasis al igual que múltiples nódulos cerebelosos. En tronco: despigmentación de sustancia nigra.

Conclusiones: La donación de tejido cerebral representa un valor importante para el conocimiento del envejecimiento cerebral y de posible patología neurodegenerativa, (por la despigmentación de la sustancia nigra), así mismo permite avanzar en posibles causas de la muerte. Esta práctica debe conocerse especialmente en nuestra especialidad.

PC-170. VALORACIÓN CLÍNICA EN PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA CON LA ESCALA UPDRS

R.L. Mongil, D. Simón Nieto, B. Pastor Cuadrado y J.A. López Trigo
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Introducción: La parálisis supranuclear progresiva (PSP) es una patología poco estudiada, cursa con parkinsonismo bilateral de predominio acinético. La PSP es un tipo de demencia neurodegenerativa frontotemporal que cursa con caídas frecuentes, que provocan frac-

turas. Este síntoma, derivado de la inestabilidad postural, se mantiene como el más incapacitante.

Objetivos: Estudiar un clínico de PSP. Ver cómo afecta al paciente en su vida diaria aplicando la Escala Unificada de la enfermedad de Parkinson de la Sociedad de Trastornos del Movimiento, o MDS-UPDRS, Describir y analizar la frecuencia de síntomas en esta enfermedad.

Métodos: La paciente fue evaluada mediante el uso de la escala MDS-UPDRS en sus partes I a IV. Es una escala válida para la evaluación de los síntomas de la PSP, de los cuales hemos realizado pruebas de escritura, habla, habilidad motora y aspectos cotidianos en la última semana. Se analizó la frecuencia de los síntomas. Incluye en su parte I la valoración de los principales síntomas no motores de las experiencias de la vida diaria, la parte II es de los aspectos motores, la III es de exploración motora, con la aplicación de los estadios de Hoehn y Yarr y la IV se refiere a las complicaciones motoras. Finalmente se incluye la hoja de recogida de puntuaciones.

Resultados: Se incluye el caso de una mujer. Edad 73 años. Los síntomas más frecuentes fueron deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, síndrome apático, problemas del sueño, problemas urinarios y de estreñimiento, y fatiga. De la parte II: Problemas para hablar (disartria), salivación masticación (disfagia) y al comer y manejas cubiertos. Mayor afectación para vestirse, higiene, escritura, levantarse de la cama y congelación al caminar. De la parte III: Rigidez, Levantarse de la silla, la estabilidad postural, y la espontaneidad global de movimientos. Estadio de Hoehn y Yahr: 5. No presenta ningún síntoma de la parte 4. La puntuación total de la parte I fue: 31, la parte II: 40, parte III: 62 y parte IV: 0.

Conclusiones: Presentamos un caso clínico que muestra al clínico a no desestimar ni uno solo de los signos y síntomas que el paciente nos muestra y que la familia informadora nos descubre. Los datos obtenidos en la realización de las prueba nos muestran un grave deterioro tanto motor como psíquico debido a esta enfermedad neurodegenerativa. Con síntomas tales disfagia, alteración de la marcha o problemas del sueño, entre otros. Presenta síntomas que se pueden confundir con los de la EP, que no son infrecuentes, pudiendo tener un diagnóstico erróneo.

PC-171. TIPOLOGÍA DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE INGRESO DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

J. Jaramillo Hidalgo, M. Herreros Puebla, B. Bejar Martínez, J. Gómez Pavón, M. López Bris y G. Mejuto Vázquez
Hospital de Cuidados Laguna.

Objetivos: Evaluar la tipología de pacientes atendidos en la Unidad de Ingreso de Enfermedades Neurodegenerativas (UIEN) ubicada en un centro hospitalario de media larga estancia.

Métodos: Estudio longitudinal de todos los pacientes ingresados en UIEN desde apertura, 1-5-14 hasta el 1-2-2015, unidad especializada en manejo de demencias con terapias específicas no farmacológicas ubicada en un centro de 17 camas de media y larga estancia. Datos recogidos de historia clínica según protocolo. Análisis estadístico con pruebas no paramétricas (exacta de Fisher y U de Mann Whitney (95% intervalo de confianza, $p < 0,05$).

Resultados: N = 31 (61% mujeres, edad media: $83,16 \pm 7,42$ años). Tipo de demencia: Alzheimer: 61%, Vascular: 20%, asociada a Parkinson: 6% Lewy 3%. Grado: GDS 5-6: 58%. Dependencia grave-total (Índice Barthel < 40): 62%. Incontinencia urinaria: 58%, caídas: 32%, caídas de repetición: 10%, sujeciones: 23% (13% en cama y 23% en silla), NPI: $23,39 \pm 16,34$, destacan: irritabilidad 90%, ideas delirantes: 84%, apatía (71%), agitación 68%, trastorno del sueño: 48%. En el análisis bivariable no se encontró relación de las diferentes variables ni con sujeciones ni con caídas, excepto éstas con el trastorno conductual motor aberrante (60% vs 40%, $p = 0,009$, OD de caídas = 3,66 (95% IC 1,34-9,96).

Conclusiones: El perfil de pacientes atendidos en nuestra unidad es el de un paciente mayor con demencia moderada-grave y graves trastornos de conducta, pero con baja prevalencia de caídas y restricciones mecánicas en su manejo en la Unidad.

PC-172. TROMBOSIS SUBAGUDA-CRÓNICA DE LAS VENAS YUGULARES Y SUBCLAVIA EN SU PORCIÓN PROXIMAL E HIPERHOMOCISTEINEMIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A UN DÉFICIT SEVERO DE VITAMINA B12

J.L. Esquinas Requena, N. Fernández Martínez, G. Martínón Torres, J. Martín Márquez, V. Mazoterías Muñoz, N. Parras García de León y J. Gil Moreno
Hospital General. Ciudad Real.

Introducción: La trombosis de las venas yugulares y subclavia supone una localización infrecuente de trombosis venosa profunda. La hiperhomocisteinemia (HMC) constituye un factor de riesgo para el desarrollo de afecciones vasculares oclusivas.

Caso clínico: Mujer de 88 años que ingresa por edema en MSI de 1 mes de evolución más astenia. Antecedentes: HTA, cardiopatía hipertensiva con HVI moderada, prótesis biológica por I. Ao grave (2010), talasemia minor, poliartrosis más osteoporosis. Situación basal: Funcional: Barthel 65/100. FAC 3. Mental: Test Pfeiffer 5 errores. Social: Vive en domicilio con una hermana sin hijos. Exploración Física: destaca edema y congestión de MSI hasta región proximal con respecto al miembro contralateral, y a nivel cervical tumefacción blanda dolorosa izquierda e ingurgitación yugular derecha con Thrill a la palpación. No se palpa adenopatías ni bocio. Sin otros datos relevantes. Pruebas complementarias: destacados: hemograma: leucocitos 2.700, hb 7,7, plaquetas 47.000. Frotis SP: pancitopenia que sugiere carencial por déficit de vitamina B12. Bioquímica: vitamina B12 56, fólico > 24 . Estudio de trombofilia: negativo. Homocisteína 210. Eco-doppler cervical: material ecogénico que ocupa parcialmente la vena yugular externa, interna y el margen proximal de la vena subclavia izquierda sugerente de trombosis subaguda-crónica. TC cervico-toraco-abdomino-pélvico con contraste: Ausencia de relleno de las venas yugulares izquierdas con presencia de defecto de repleción visible en la yugular externa pero no en el segmento visible de la interna ni de la subclavia. Dilatación de las yugulares derecha que podría ser compensadora. Resto sin hallazgos relevantes.

Discusión: Son numerosas las series que han descrito la asociación de la HMC con la presencia de trombosis venosa, ya sea como único factor de riesgo o combinación con otros, el papel definitivo en la génesis de eventos tromboembólicos vasculares no está claramente definido. A pesar de ello, actualmente la HMC debe considerarse como un factor de riesgo protrombótico. En nuestro caso, no se realizó estudio genético, pero se objetivó una carencia grave de vitamina B12, cuya deficiencia nutricional favorece la HMC, puesto que actúa como cofactor de la enzima metionina sintetasa en la vía metabólica de remetilación de la homocisteína que permite la recuperación de la metionina.

PC-173. PARESIA BILATERAL III PAR SECUNDARIA A SANGRADO DE UN MACROADENOMA HIPOFISIARIO EN PACIENTE NONAGENARIA

J.M. Ortega Morente¹, A. Barragán Prieto², M.L. Morillo Blanco¹, P. Martínez Velasco¹, P.E. Jiménez Caballero² e I. Casado Naranjo²
¹Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres. ²Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción y objetivos: Exponemos un caso clínico de sangrado intratumoral de un macroadenoma hipofisario presentado como paresia exclusiva del III par craneal unilateral izquierdo con extensión bilateral.

Métodos: Se trata de una paciente mujer de 90 años, con factores de riesgo cardiovasculares (HTA, DM, dislipemia), insuficiencia cardíaca, epilepsia, Ca de mama en tratamiento con hormonoterapia y radioterapia, junto con macroadenoma hipofisario no funcionante. Respecto su estado basal presenta un Barthel 65, Lawton-Brody 5, Pfeiffer 0. Acude para valoración por ptosis parpebral izquierda, cefalea, vómitos y desorientación de 48 horas de evolución. La anamnesis

detallada y la exploración neurológica fueron congruentes con una afectación completa del III par craneal izquierdo.

Resultados: Los perfiles básicos analíticos fueron normales, así como los estudio de imagen iniciales entre los que se incluyen TAC y angio-TAC craneal. Presentando a las 24 horas del ingreso un nuevo cuadro de cefalea aguda, con síndrome confusional hiperactivo, evidenciándose a la exploración una parálisis completa bilateral del III par craneal. Se decide solicitar RMN Cerebral urgente, donde se objetiva macroadenoma hipofisario con signos de sangrado intratumoral reciente, que oblitera la cisterna supraselar, comprime el quiasma óptico y erosiona el suelo selar. Ante esta situación se contacta con Neurocirugía para intervención quirúrgica urgente, realizándose resección transesfenoidal subtotal con descompresión del quiasma óptico. Tras la cirugía, la paciente evoluciona favorablemente, cesando la clínica neurológica y el cuadro de agitación, hasta el alta hospitalaria, pasando a seguimiento en consultas externas.

Conclusiones: Si revisamos la literatura existente vemos que a pesar de que la manifestación visual más frecuente de los adenomas, sean o no funcionantes, se produce por una hemianopsia bitemporal causada por la compresión del quiasma óptico, en este caso se presentó como cefalea, alteración cognitiva y diplopía, resultado de la compresión oculomotora del III par, por sangrado espontáneo de la masa selar. Constituyendo así una forma de presentación poco frecuente de este tipo de tumoraciones.

PC-174. AMPUTACIÓN TRANSTIBIAL DE CAUSA DIABÉTICA EN PACIENTE GERIÁTRICA. DE FASE POSTOPERATORIA A FASE POSTPROTÉSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

O.I. Fernández Rodríguez, L. Bermejo Aparicio y A. Alonso de Paz
Residencia de Mayores. Fresno de la Vega.

Introducción: Las amputaciones en pacientes geriátricos diabéticos constituyen una problemática ampliamente extendida en España, siendo la media de amputaciones de extremidad inferior en pacientes diabéticos en nuestro país de 26,5 por 100.000. Las personas mayores amputadas suelen presentar menor potencial de rehabilitación que los adultos jóvenes y por lo tanto, menor potencial para la protetización.

Objetivos: Remodelación cicatricial, reducción del edema, conformación del muñón, eliminación de la alodinia y de la sensación de miembro fantasma, para conseguir la protetización de mujer anciana diabética con amputación de miembro inferior derecho transtibial.

Métodos: Curas, retirada de grapas, vendaje compresivo en espiga, movilizaciones, inmersión en cubetas de texturas, remodelación cicatricial, Mirror Therapy.

Resultados: Se consigue mejorar el aspecto de la cicatriz, reducir notablemente el edema, se logra un muñón globuloso apto para la protetización, desaparece por completo la alodinia y la sensación de miembro fantasma. Se prescribe el uso de prótesis por parte del médico rehabilitador.

Conclusiones: A pesar de que el estudio ha sido realizado en una paciente geriátrica con deterioro cognitivo, después del tratamiento se lograron los objetivos marcados, y la protetización ha sido posible.

PC-175. MONOARTRITIS INFECCIOSA POR MORDEDURA DE PERRO EN EL ADULTO MAYOR

H.J. Aldoradín Cabeza y D. Sepúlveda Moya
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Introducción: La mordedura por animales representa un problema de salud pública. El 10% requieren atención médica y solo el 1-2% hospitalización. Su microbiología pertenece a la flora oral común. Producen complicaciones como abscesos, osteomielitis, artritis séptica, tendinitis, celulitis y bacteriemia.

Caso clínico: Mujer de 85 años, IABVD, no deterioro cognitivo previo, vive en domicilio con su hija. No FRCV, hábitos tóxicos y/o antecedentes relevantes. No refiere medicación habitual. Acude a Urgencias por presentar dolor a nivel de la mano izquierda. Hace una semana, cuando se encontraba en la calle, presenta mordedura de perro (conocido), a nivel de la mano izquierda. Niega otra sintomatología. Hemodinámicamente estable y afebril. Presenta edema y flogosis a nivel de la primera falange y tercio distal del antebrazo izquierdo, no evidencia de punto de entrada de mordida. No clínica de fallo cardíaco, infección respiratoria y/o focalidad neurológica. Analítica control con leucocitos e incremento de reactantes de fase aguda, no alteración del perfil renal, hepático, y/o alteraciones del equilibrio ácido-base. Ecocardiograma control descarta alteración valvular aguda en el momento actual. Como diagnóstico inicial se plantea tenosinovitis de la mano izquierda, en paciente con antecedente de mordedura de perro. Se inicia antibioterapia con amoxicilina/ácido clavulánico iv durante aproximadamente cuatro semanas. Durante la primera semana de ingreso se objetiva inflamación de la articulación de la rodilla derecha compatible monoartritis aguda, con artrocentesis positiva para *Pasteurella multocida*; sensible a tratamiento antibiótico anteriormente descrito. Realiza fisioterapia y rehabilitación, logrando flexión (110°), con extensión (-10°), mejorando el dolor al movilizar en flexo-extensión la articulación. Se decide administrar inmunoglobulina e iniciar vacunación con antitetánica por no contar con datos conocidos de vacunación previa; además de tratarse de una herida sucia contaminada.

Discusión: La artritis séptica puede ser una complicación grave en el adulto mayor, que puede comprometer su capacidad funcional; motivo por el cual es necesario conocer bien su manejo médico. La profilaxis antimicrobiana está indicada en las heridas sucias-contaminadas, profundas, localizadas en la mano y/o cara, que precisen de cirugía. Es necesario tener conocimiento del esquema de vacunación en los adultos mayores expuestos a mordeduras por animales.

PC-176. TOXICIDAD PULMONAR FULMINANTE POR AMIODARONA

V. Mazoterías Muñoz, V. Hernández Jiménez, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, J.L. Esquinas Requena, E. García Carreño y N. Fernández Martínez
Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Caso clínico: Mujer de 90 años ingresa con cuadro de disnea que ha ido aumentado de forma progresiva en el último mes hasta hacerse de reposo en la última semana y ligero recorte de diuresis sin fiebre. Antecedentes personales: HTA. Portadora de marcapasos desde hace 7 años por bloqueo AV completo y FA mantenida de reciente diagnóstico. Tratamiento previo: amiodarona 200 mg/24h (hace 3 semanas), enalapril 10 mg/24h, adiro 100 mg/24h, torasemida 5 mg/24h. Situación basal: IABVD, disnea moderados esfuerzos, Barthel 95. No deterioro cognitivo. En domicilio con hijo. Exploración física: FC 80 lpm, afebril, Saturación de O₂ alto flujo 87%. Disnea de reposo. AC/AP: arrítmica a 80 lpm con soplo pansistólico y crepitantes hasta campos medios. Leves edemas perimaleolares. Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 13.000 (N 80%), creatinina 1.5, LDH 655. Rx de tórax: cardiomegalia grave, congestión hilar bilateral con infiltrado intersticial y marcapasos bicameral en hemitórax izquierdo. ECG: ritmo de marcapasos que conduce con imagen de BCRHH. Ecocardiograma TT: hipertrofia concéntrica de VI ligera, FEVI: 40%. Dilatación biauricular, insuficiencia tricuspídea severa con derrame pleural izquierdo leve e hipertensión pulmonar ligera. Gammagrafía ventilación perfusión pulmonar: anodina. TAC tórax: Engrosamiento de septos interlobulillares bilaterales apicobasal y subpleural sugestivo toxicidad por amiodarona. Evolución: se trata con diuréticos forzando balances negativos con oxigenoterapia reforzada sin mejoría clínica. Tras estos resultados nos ponemos en contacto con Unidad de Intensivos pero dado su edad biológica desestiman tratamiento invasivo falleciendo sin poder realizarle broncoscopia diagnóstica.

Discusión: La amiodarona es un antiarrítmico eficaz en el tratamiento de arritmias ventriculares y auriculares. Su uso de forma crónica se ve limitado por su toxicidad pulmonar (5-7%) que alcanza una mortalidad del 10%. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, siendo el más frecuente un engrosamiento intersticial de tipo reticular subpleural de predominio en bases. Todo ello obliga a un diagnóstico de exclusión basado en un cuadro clínico-radiológico compatible, acompañado de buena respuesta a la retirada del fármaco. Existe una relación dosis-respuesta, siendo ésta excepcional con una dosis de mantenimiento menor a 400 mg/día. Se consideran factores de riesgo la enfermedad pulmonar de base, edad avanzada, cirugía torácica, dosis de mantenimiento mayor de 400 mg/día durante más de 2 meses.

PC-177. VARICELA COMPLICADA EN NONAGENARIO

V. Mazoterías Muñoz, J. Martín Márquez, J.L. Esquinas Requena, J. Gil Moreno, G. Martín Torres, N. Parras García de León y N. Fernández Martínez

Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

Caso clínico: Varón de 95 años acude por cuadro catarral con disnea y fiebre de 38 °C de tres días de evolución. Además de cuadro cutáneo consistente en maculas eritematosas y algunas vesículas en tronco y miembros con prurito desde hacía una semana. Antecedentes personales: alérgico a penicilina y derivados. No FRCV. Gammapatía monoclonal de origen incierto. Fracaso renal crónico estadio III. Hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo. Tratamiento previo: foli-doce/24h, omeprazol 20 mg/24h, levotiroxina 25 mg. Situación basal: dependiente parcial para baño, deambulación con ayuda de bastón, Barthel 70/100. No deterioro cognitivo. Institucionalizado. Exploración física: consciente y orientado, presenta maculas eritematosas además de vesículas en tronco y miembros respetando palmas y plantas pruriginosas. AP: MV disminuido con roncus gruesos en base derecha. Pruebas complementarias: Análisis destaca: Hb 9,5, Hto 31%, leucocitos 8.100 (N 80%), creatinina 2,7, urea 103, LDH 244. Rx de tórax: cardiomegalia global y aumento de densidad en LID. Biopsia de piel: compatible con virus herpes zóster. Hemocultivos por dos y antígenos de Legionella y neumococo en orina: negativos. Evolución: el paciente presenta sepsis respiratoria con neumonía en LID. En el contexto de este cuadro y de forma anterior aparecen esas lesiones cutáneas que por clínica y tras realizar biopsia cutánea es compatible con cuadro de Varicela. Se inicia tratamiento multisistémico presentando empeoramiento clínico hasta que fallece.

Discusión: La varicela y el herpes zóster son producidos por el mismo virus: virus varicela-zoster (VZV), es un DNA-virus. Se transmite por la vía aérea. El virus de la varicela cuando penetra en el organismo se multiplica, mediante una primera viremia llega a los órganos del sistema reticuloendotelial, donde tendrá lugar una nueva multiplicación, que tras un segundo periodo virémico, conduciría a la localización en casi todos los órganos (varicela maligna) o en la piel y mucosas (forma clásica). La neumonía es la complicación severa más frecuente en adultos particularmente entre fumadores. Suele aparecer unos días después de la aparición del exantema y se manifiesta por tos, disnea y fiebre. Especial mención merece la gravedad que entraña la infección por el VZV en los pacientes inmunodeprimidos como en el caso de nuestro paciente.

PC-178. SÍNDROME DE PISA SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CON RISPERIDONA

N. Seguí del Collado¹, A. Gabilondo² y J.C. Carreño¹

¹CASER Residencial Anaka. Irún. ²Hospital Comarcal Bidasoa. Irún.

Introducción: El síndrome de Pisa es una forma de distonía tardía, poco frecuente y asociada en algunos casos a tratamiento con risperidona.

Caso clínico: Mujer de 72 años de edad con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (G.30) y alteraciones de conducta asociadas, procedente de Unidad de Psicogeriatría, donde había sido hospitalizada para control de síntomas, recibiendo tratamiento con altas dosis de risperidona (7 mg/24h). Ingresa en residencia y en el momento de su institucionalización la dosis era de 1 mg/día. A los dos meses de su ingreso se observa que presenta flexión lateral del tronco con escoliosis de convexidad derecha muy marcada, e inclinación hacia atrás. Es capaz de deambular de forma autónoma flexionando las rodillas. En esta condición presenta un síndrome de inestabilidad y caídas, no se observan otras distonías. En seguimiento conjunto con el Servicio de Neurología Hospitalario, se evalúan antecedentes familiares y personales, historia de la enfermedad, tratamiento y evolución. Se modifica el tratamiento retirando la risperidona e incorporando quetiapina a dosis bajas (25 mg día) con mejoría clínica.

Discusión: La observación y seguimiento de la clínica y tratamiento desde el ámbito institucional, contribuye a la detección y abordaje de pacientes con cuadros raros.

PC-179. SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.N. Gómez González¹, M.I. Porras Guerra¹, I. González¹, J. López¹ y E. Martín Pérez²

¹Complejo Asistencial de León. León. ²Hospital San Juan de Dios. León.

Introducción: Enfermedad aguda provocada por una respuesta inmune, generalmente secundaria a infección más frecuente gastrointestinal y del tracto respiratorio. Incidencia 1-2 por 100.000 al año, afecta todas las edades aunque, aumenta un 20% después de la primera década, más frecuente en hombres. Cursa con debilidad progresiva y simétrica muscular. En LCR encontramos disociación albúmino-citológica. EMG: poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda. Tratamiento, inmunoglobulinas y/o plasmaféresis.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 81 años, ingresa por pérdida de fuerza en extremidades inferiores, progresivo a extremidades superiores. Antecedentes personales: vive en medio rural, independiente ABVD. HTA, IQ: colecistectomizada, portadora de colostomía permanente secundaria a peritonitis. 10 días previos cuadro diarreico y en tratamiento con ameride. Exploración Física: taquipnea, uso de músculos accesorios, reflejos plantares abolidos, datos de insuficiencia respiratoria precisa intubación orotraqueal e ingresa a UCI. Gasometría: hipoxemia, LCR disociación albúmino-citológica, Campilobacter (heces), EMG: poliradiculoneuritis aguda mixta axonal y desmielinizante. Tratamiento con Inmunoglobulinas en dos tandas. Evolución tórpida precisando traqueostomía, leve recuperación neurológica. Caso 2: varón de 74 años, ingresa por parestesias distales en extremidades superiores y malestar general. Antecedentes personales: vive en medio rural, independiente para ABVD, DM 2, Brucelosis, fiebre de Malta hace más de 30 años. TEP en 2007, sd. Guillain Barré (mínimas secuelas en 2011). Prótesis cadera Izquierda. Una semana antes con cuadro catarral. Ingresa por parestesias distales en extremidades superiores y mal estado general. Exploración física: T/A 200/90 FR 24, disneico, disfonía severa, afectación de pares craneales bajos, tetraparesia más acusada en extremidades superiores, arreflexia global, ingresa a UCI por inestabilidad clínica. Gasometría datos de hipoxemia severa precisa intubación orotraqueal. LCR: disociación albúmino-citológica. EMG: proceso poliradiculoneuropático desmielinizante. Tratamiento con inmunoglobulinas en dos tandas. Leve mejoría de cuadro neurológico, precisa traqueostomía, gastrostomía, con cuadro depresivo.

Discusión: Estamos ante dos casos de Guillain-Barré en pacientes ancianos, los dos probablemente asociados a procesos infecciosos, digestivo y respiratorio, el pronóstico es desfavorable, ya que se trata de

personas ancianas, con rápida progresión, severa debilidad muscular, necesidad de apoyo ventilatorio y poca respuesta al tratamiento.

PC-180. CALCIFILAXIA A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Bárcena Goitiandia, M.A. Basterrechea Sanz, R.A. Fiallos Criollo, I. Bartolomé Martín, D.B. Castillo Neira, D. Prada Cotado y F.M. Quinte Yarcuri
Hospital Universitario. Guadalajara.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 80 años, independiente para las ABVD e instrumentales, con deterioro cognitivo leve (GDS 3). Antecedentes de interés de HTA con LOD, FA anticoagulada con acenocumarol y enfermedad renal crónica estadio 5 por nefroangiosclerosis e hiperparatiroidismo secundario. Ingresa en nuestro Hospital por cuadro de IRVB, ICC y deterioro de la función renal con creatinemia al ingreso de 9,7 mg/dl e hiperpotasemia de 8 mmol/L, iniciando de forma urgente hemodiálisis. Además se inicia tratamiento con antibioterapia, glucocorticoides. Tras inicio de tratamiento la paciente presenta mejoría progresiva, precisando posteriores sesiones de hemodiálisis. Durante el ingreso presenta dolor intenso a la palpación dérmica en ambos miembros inferiores desde tobillos hasta rodillas. Veinticuatro horas más tarde, a pesar del tratamiento analgésico la paciente refiere empeoramiento del dolor y observándose lesiones purpúricas de aspecto similares a livedo reticularis, no presentes el día previo en las zonas de dolor. Cuarenta y ocho horas después persiste la sintomatología precisando aumento de escalón analgésico, las lesiones se extienden y comienzan a presentar aspecto de placas necróticas donde antes se encontraban las lesiones purpúricas. Se realiza hasta en dos ocasiones biopsia de las lesiones dando como resultado en la última el diagnóstico anatómopatológico de calcificaciones arteriales compatibles con calcifilaxia.

Discusión: La calcifilaxia es una entidad muy poco frecuente y grave con una mortalidad al año del 50%. Se caracteriza por la calcificación sistémica de arteriolas dermo-hipodérmicas produciendo progresivamente isquemia y necrosis subcutánea. Aparece principalmente en pacientes con ERC que están en tratamiento con hemodiálisis. Como factores de riesgo se han postulado el sexo femenino, tratamiento con acenocumarol, glucocorticoides sistémicos, hiperparatiroidismo entre otros. El tratamiento incluye entre otras medidas, analgesia, desbridamiento quirúrgico, corrección de las alteraciones plasmáticas de calcio y fósforo, régimen de hemodiálisis, tratamiento del hiperparatiroidismo y administración intravenosa de tiosulfato sódico. Tras inicio del tratamiento la paciente presentó mejoría progresiva hasta la resolución del cuadro.

PC-181. CUANDO EL SÍNDROME CONFUSIONAL TIENE NOMBRE PROPIO

I. Bartolomé Martín¹, D. Prada Cotado¹, M. Kabiri Sacramento¹, L.A. Bárcena Goitiandia¹, M. Manso Álvarez² y R. Utande González de la Higuera³

¹Hospital Universitario. Guadalajara. ²Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años, independiente para actividades básicas e instrumentales, que ingresa por alteraciones del comportamiento tras el sueño nocturno consistentes en lenguaje incoherente, incapacidad para la comprensión de órdenes y desviación lateral de la marcha. La noche anterior presentó quince vómitos de contenido alimentario y diez deposiciones líquidas sin productos patológicos. Como antecedentes presenta hipertensión arterial y etilismo importante hasta hace diez años. A la exploración destaca hipertensión, desorientación en tiempo y espacio, obedece órdenes axiales aunque se intoxica fácilmente. Lenguaje

poco fluido. Nomina 1/3. No repite. Perseverante. Nistagmus horizontal. Retirada ante el dolor. REM disminuidos simétricamente. No mantiene sedestación ni bipedestación. En analítica, alteración del perfil hepático con patrón de citolisis. En LCR hiperproteorraquia con células y glucosa normales, Gram negativo. TC sin hallazgos. Iniciamos ampicilina y aciclovir para cubrir herpes y Listeria sin mejoría. En RMN dos días después: extensas áreas de alteración en la señal en troncoencéfalo, circunvoluciones subcallosas y regiones hipocámpicas, periféricamente a ambos núcleos lentiformes y discretamente en tálamo izquierdo. Con estos resultados, sugestivos de encefalopatía de Wernicke, iniciamos tratamiento con tiamina intravenosa con mejoría clínica espectacular en 24 horas. El resto de pruebas complementarias realizadas son normales, excepto EEG con actividad cerebral enlentecida y gastroscopia con linfangiectasia gástrica y duodenal. Posiblemente esta alteración digestiva, unida al episodio de vómitos, fuesen los desencadenantes del cuadro. El paciente es dado de alta tras diez días de ingreso sin déficits neurológicos. En RMN de control antes del alta se observa clara mejoría radiológica. Un año después permanece asintomático.

Discusión: La encefalopatía de Wernicke es una enfermedad neuropsiquiátrica aguda causada por déficit de tiamina caracterizada por comienzo agudo, alteraciones oculomotoras, ataxia y síndrome confusional. El diagnóstico es clínico, la prueba de neuroimagen de elección es la RMN, la TC suele ser normal. Es una emergencia médica. El tratamiento es tiamina intravenosa a dosis de 500 mg cada 8 horas según últimas revisiones. Es una patología muy infraestimada, y cuando se diagnostica se trata con dosis clásicas, más bajas que las recomendadas en los últimos estudios. Debería ser sospechada en todo síndrome confusional.

PC-182. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO ASOCIADO A ARTRITIS REUMATOIDE

P. Martínez Velasco¹, M.H. Bañas Llanos², J.M. Mohedano Molano¹, E. Jaramillo Gómez¹, L. García Martín¹ y J.L. González Guerrero¹
¹Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres. ²Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Objetivos: Exponer el caso clínico de una paciente que desarrolló un síndrome hemofagocítico (SH) asociado a artritis reumatoide. El SH se puede presentar asociado a enfermedades reumatológicas y pertenece al amplio grupo de enfermedades linfocitosis hemofagocítica (LHH).

Caso clínico: Mujer de 82 años con antecedentes personales de Demencia mixta (EA y vascular), Artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato y leflunomida, HTA y DM tipo 2. Valoración geriátrica: Funcional: dependencia total en AVD. Mental: deterioro cognitivo moderado-severo GDS 5. Social: sin problemas. Ingresa en UGA por un cuadro de fiebre y disnea, con diagnóstico de infección respiratoria de vías inferiores, pautándose antibioterapia (levofloxacino y ceftriaxona) y corticoides. En la analítica se aprecia una pancitopenia progresiva (neutropenia y trombopenia principalmente), alteración de la coagulación, elevación de las enzimas hepáticas, hipertrigliceridemia e hiperferritinemia. Con estos datos se realiza aspirado de médula ósea objetivándose aumento del número de macrófagos con signos de activación y frecuentes imágenes de hemofagocitosis. Con el diagnóstico de SH se pauta tratamiento inicial con corticoides parenterales y transfusión de plaquetas. La evolución fue favorable en los días siguientes con mejoría clínica y recuperación progresiva de las 3 series hematológicas, pero el curso clínico se complica a los 6 días del diagnóstico presentando insuficiencia respiratoria y neumonía nosocomial, que provoca fallo multiorgánico y el fallecimiento de la paciente.

Discusión: La LHH es un trastorno raro caracterizado por la proliferación y activación de células T y macrófagos, que producen una respuesta inflamatoria excesiva e hipersecreción de citocinas. La forma secundaria es el resultado de una reacción inmunológica intensa e incontrolable

causada por una infección, exposición a fármacos u otras causas, habiéndose asociado a enfermedades reumatológicas y neoplásicas. Clínicamente se aprecia fiebre, organomegalia, citopenia, coagulopatía, disfunción hepática e hiperferritinemia. La característica patognomónica es la presencia de células macrofágicas fagocitando células hematopoyéticas en médula ósea, bazo y/o ganglios. El tratamiento inicial son los corticoides, siendo otras opciones inmunoglobulinas, ciclosporina y tratamientos biológicos. El SH es un proceso grave que puede presentarse asociado a AR y debe sospecharse en pacientes con fiebre, citopenias, coagulopatía, alteraciones hepáticas e hiperferritinemia.

PC-183. PRIMUM NON NOCERE. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Prada Cotado, I. Bartolomé Martín, M.P. Jiménez Jiménez, L.A. Bárcena Goitianda, A. Ruiz Pinto, D. Castillo Neira y F.M. Quinte Yarcuri
Hospital Universitario. Guadalajara.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 88 años de edad con deterioro funcional subagudo de seis meses de evolución. En las últimas dos semanas empeoramiento con imposibilidad para caminar, doble incontinencia, alteraciones del sueño, desorientación temporoespacial, alucinaciones visuales y no reconocimiento de familiares (previo, Barthel100, GDS1. Al ingreso, Barthel0, GDS6). Como antecedentes presenta hipertensión, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica y polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica diagnosticada diez días antes del ingreso por EMG y tratada con 60 mg de prednisona oral desde entonces. Al ingreso realizamos TC craneal sin hallazgos agudos y análisis de líquido cefalorraquídeo, compatible con el diagnóstico de polirradiculoneuropatía. En analítica sanguínea se observa leucocitosis que asumimos como secundaria a corticoides al no hallarse foco infeccioso y reagudización de insuficiencia renal de perfil prerrenal, por lo que retrasamos tratamiento con flebogamma para la neuropatía hasta normalizar función renal. Tras retirar corticoterapia e instaurar tratamiento específico, el paciente presenta mejoría clínica que le permite iniciar rehabilitación y terapia ocupacional, incorporándose a nuestra Unidad de Día. Es dado de alta tras 23 días de ingreso con mejoría funcional y función cognitiva en su situación basal (Barthel65, GDS1).

Discusión: La polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica es una enfermedad autoinmune del sistema nervioso periférico que puede afectar a sistema nervioso central. Síntomas indistinguibles del sd. Guillain-Barré (polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda autoinmune). La mayor parte de los casos son en adultos varones y la incidencia es menor que la del Guillen barré, aunque, por su duración, la prevalencia es mayor. La etiopatogenia es desconocida, aunque parece basada en destrucción autoinmune de células mielínicas. El diagnóstico se realiza por clínica, LCR y electromiograma compatibles. El tratamiento inicial es inmunoglobulina intravenosa. Como segunda opción plasmaféresis, glucocorticoide a altas dosis o inmunosupresores. En nuestro caso lo que provoca el empeoramiento clínico es un trastorno neuropsiquiátrico desencadenado por corticoide (que, a la vista de la revisión realizada, sería cuestionable como primera opción de tratamiento). Los efectos del corticoide sobre la función cognitiva, principalmente en ancianos, están ampliamente recogidos en la literatura y deberían estar en la mente de todos los que tratamos pacientes de edad avanzada a la hora de prescribirlos.

PC-184. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HEMATOMA MUSCULAR ESPONTÁNEO SECUNDARIO A ANTICOAGULACIÓN

T. Alonso Fernández, J.L. González Guerrero, J.M. Mohedano Molano y M.A. Fernández Martín
Complejo Hospitalario. Cáceres.

Objetivos: Exponer un caso clínico de presentación atípica de hematoma muscular por anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Caso clínico: Mujer de 99 años con antecedentes de HTA en tratamiento con enalapril y torasemida. Valoración geriátrica: Funcional: dependencia moderada para las ABVD (Barthel 45). Mental: deterioro cognitivo leve. Social: vive en pisos tutelados. Ingresó en la Unidad Geriátrica de Agudos por infección respiratoria e IC aguda. Tras 2 días de ingreso presenta episodio de flutter auricular, pautándose amiodarona y anticoagulación con enoxaparina ajustada al peso y a la función renal. A los cinco días, se objetiva una masa en región laterocervical derecha, sobre el músculo esternocleidomastoideo (ECM), levemente dolorosa a la palpación y movilización lateral de la cabeza, sin signos inflamatorios ni cambios de coloración en la piel. No hay datos de traumatismo previo. Se realiza ecografía de cuello mostrando hematoma en el espesor del ECM de 4,5 × 2 × 1,5 cm. Posteriormente, se objetivó hematoma en superficie cutánea a ese nivel. No presentó anemia. Se suspendió anticoagulación, sin complicaciones al alta.

Discusión: La prescripción de HBPM como antitrombótico es cada vez más frecuente debido a su facilidad de uso y comprobada eficacia. Aunque la complicación más frecuente son pequeños hematomas o equimosis superficiales, están descritos eventos hemorrágicos mayores o fatales, y hematomas musculares, sobre todo en los músculos rectos abdominales y en el ilio-psoas. Sin embargo, no están descritos hematomas en el ECM. Además de la insuficiencia renal, otros factores favorecen el sangrado asociado a HBPM: edad avanzada, género femenino, comorbilidad, mal estado general previo, antecedentes de hemorragias, cirugía, traumatismos recientes, dosis y efecto anticoagulante, y uso de fármacos que aumentan el riesgo hemorrágico. La mayoría de pacientes con hemorragias por HBPM tienen factores de riesgo hemorrágico y, sin embargo, no siempre se realiza un ajuste de la dosis en función del riesgo. La seguridad terapéutica de las HBPM aumentaría si se mejorase la calidad de la prescripción, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Hay que estar alerta ante la aparición de hemorragias ya que el sangrado puede ocurrir en cualquier momento y localización durante el tratamiento.

PC-185. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ANCIANO FRÁGIL

M.L.S. Villanueva Ibáñez, M. Zapata Gómez y S. Gómez Lázaro
Residencia Tercera Actividad. Aguilar de Campoo.

Caso clínico: Ingresó en residencia procedente del domicilio por deterioro progresivo de estado general en breve estado de tiempo (ha estado encamada durante un mes por una GEA). En la valoración inicial de la residencia cabe destacar como antecedentes personales: ACV isquémico frontoparietal izquierdo, DM tipo 2 (mal controlada), deterioro cognitivo grave (MEC 6 pts), dependiente para todas las ABVD (Barthel 5 pts). Alérgica AINES. Al ingreso presenta UPP en: maleolo externo derecho, ambos talones, juanete izquierdo, sacro.

Objetivos: Lograr curación completa de las UPP. Prevenir nuevas UPP. Mejorar calidad de vida.

Métodos: Curas periódicas. Desbridamientos quirúrgicos, enzimáticos y autolíticos. Cultivos exudados. Tratamiento farmacológico. Dieta específica y suplementos proteicos. Control estricto de DM. Fisioterapia: movilizaciones pasivas en MMII y MMSS para evitar la rigidez articular que causa el inmovilismo.

Resultados: Satisfactorios en cuanto a curación de UPP. Mejoría de su calidad de vida realizando movilizaciones activas y pasivas. Tema social: favorecer interrelaciones con familia y otros residentes.

Conclusiones: Realizando un seguimiento exhaustivo de las curas, una higiene personal adecuada, cambios posturales, alimentación e hidratación, tratamiento farmacológico de su patología y tratamiento rehabilitador se ha obtenido una mejoría en la calidad de vida de este residente.

PC-186. CUANDO REINA LA CONFUSIÓN

I. Etxebarria, M. Aizpuru y A. Tejedor
Centro de Salud Rekalde. Bilbao.

Objetivos: Análisis y diagnóstico diferencial de un caso de persona mayor con alteración de la conducta en consulta de AP.

Caso clínico: Varón de 84 años. Acude con su mujer a la consulta de su médico de AP. Refiere dolor costal, tos, expectoración, astenia y anorexia, de 5 días de evolución. La esposa añade alteración del comportamiento desde hace 2 meses, acentuado en últimos días, con inactividad, desorden en hábitos de comida y sueño, apatía, despreocupación. Es visitado 3 días después en domicilio por empeoramiento de conducta con negativa a levantarse y a comer. Exploración: Consciente, orientado, discurso coherente. Extrema delgadez. Roncus aislados. Sin más hallazgos significativos. Comorb test negativo. La familia relata episodios de mayor confusión la tarde anterior. Antecedentes personales: anemia perniciosa (2004) Tratamiento: cianocobalamina. Mieloma IgA (2009) controlado por Hematología, no precisando tratamiento. Fractura clavícula izquierda (2014). No considerada patológica. Medicación habitual: vitamina B12 i.m/mes. Paracetamol 1 g si dolor. Terbutalina turbuhaler, a demanda. Desarrollo: paciente con antecedente de Mieloma quiescente, presenta dolor costal, datos de infección respiratoria, anorexia, astenia y cambios en conducta de inicio subagudo. Hipótesis planteadas: inicio de deterioro cognitivo en varón de edad avanzada. Síndrome confusional relacionado con infección respiratoria. Síndrome confusional relacionado con alteración metabólica en contexto de progresión de enfermedad de base. En la analítica se detecta hipercalcemia, creatinina elevada, leucocitosis, VSG elevada. Además existe aumento de síntomas confusionales, por lo que se le remite a la urgencia hospitalaria con sospecha de síndrome confusional por hipercalcemia e insuficiencia renal en curso progresivo de mieloma múltiple.

Discusión: La prevalencia del síndrome confusional es elevada en ancianos (hasta 14% en ámbito comunitario). En casos como este con manifestaciones iniciales poco llamativas, es importante: conocer al paciente (antecedentes, enfermedades concomitantes, medicación habitual); escuchar a la familia (los síntomas son fluctuantes a lo largo del día); tener en cuenta todas las causas que pueden desencadenar el síndrome confusional.

PC-187. LINFOPENIA, DETERIORO COGNITIVO Y FRAGILIDAD

E. Carballido López, M.I. Martínez Casamitjana,
 J. Pagerols Hernández, M.C. Pascual Vega, E. García Lidón,
 M.D. López Villegas y P. Mercadal Fañanas
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos: La linfopenia es un hallazgo común en la población geriátrica, y puede ser un marcador de fragilidad y de mal pronóstico. Este estudio busca determinar su prevalencia específicamente en pacientes de perfil psicogeriatrico, y analizar su posible relación con otras variables algunas de las cuales reflejan fragilidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de una muestra de 212 pacientes que ingresaron durante 2012 y 2013 en una Unidad de Convalecencia de Psicogeriatría de un Centro Sociosanitario. Se registraron datos demográficos, procedencia al ingreso, destino al alta, diagnóstico principal, motivo de ingreso, estadio de la demencia (GDS), toma de psicofármacos (antidepresivos, benzodiazepinas y antipsicóticos), y variables analíticas (linfocitos totales, proteínas y albúmina).

Resultados: Edad media 78,9 años. 59,9% mujeres. Todos los pacientes presentaban deterioro cognitivo, el 80,7% en fase avanzada (GDS: 6-7). La prevalencia de linfopenia al ingreso (linfocitos totales < 1.500) era del 48,11% (35,29% linfopenia leve, 47,05% moderada y 17,64% grave). La albúmina media en los linfopénicos (3,604) era dis-

cretamente menor que en los no linfopénicos (3,742) (p: 0,047). Los pacientes con linfopenia presentaban un GDS medio de 6,09, mayor que el de los no linfopénicos (5,78) (p: 0,029). En los pacientes que procedían de domicilio predominaba la no linfopenia (60,5%, p: 0,010), al igual que en los que el destino al alta era domicilio (57,5%). Por otro lado, los que ingresaron por motivo de una convalecencia médica o quirúrgica, presentaban linfopenia el 61,9% (p: 0,012). En los pacientes que no tomaban benzodiazepinas había un porcentaje mayor de linfopénicos (59,0%) y en los que si las tomaban predominaba la no linfopenia (57,5%) (p: 0,021).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la linfopenia está presente en cerca de la mitad de pacientes psicogeriatricos ingresados y que se asocia, en este grupo de pacientes, a otras variables de fragilidad como el grado de deterioro, la hipoalbuminemia y la comorbilidad médico-quirúrgica. La no linfopenia se asocia a un mejor pronóstico estando presente en mayor proporción en el grupo de pacientes que retornaron a domicilio. Futuros estudios son necesarios para corroborar el hallazgo de menor porcentaje de linfopenia en pacientes que consumen benzodiazepinas.

PC-188. ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PULMONAR. PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE ANCIANO

B. Alvira Rasal, E. García Gómez, J. Velasco García-Cuevas,
 C. Sánchez Almaraz, L. Ruiz Bautista y M.J. Calero Rueda
Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Caso clínico: Paciente de 78a remitido a CEX por síndrome constitucional. AP; HTA; DL. SB; IABVD; IAIVD, sin DC; Vive solo. Desde hace 6 meses presenta hiporexia, pérdida de 10 kg de peso y astenia. Afebril. En la analítica, PCR 18, VSG 105, ferritina 1.200. A la exploración destaca dolor pleuromecánico costal izquierdo reproducible a la palpación. Solicitamos TAC toracoabdominopélvico; el paciente no desea realización de gastro y colonoscopia. Acude a por resultados: hallazgos compatibles con neumonía criptogénica organizada como primera posibilidad. Para entonces, mejora clínicamente, gana peso, no presenta dolor pleurítico. Mejoría analítica. Citamos en tres meses con TAC de control. El mismo día que acude a realizar TAC presenta un síncope por lo que le traen a URG; cuando llega, recuperado, hemodinámicamente estable; exploración anodina. Afebril. Analítica; dímero D 1703. TAC tórax; consolidación con halo invertido basal de LID en posible relación con infarto pulmonar; lesiones seudonodulares en probable relación con rama arterial trombosada en LID y LSD. Defecto de repleción en relación con válvula pulmonar que podría corresponder a trombo/vegetación. ETT y ETE; confirman imagen compatible con vegetación sobre cara ventricular de válvula pulmonar. Hemocultivos; Streptococcus mitis JC; endocarditis bacteriana pulmonar. Tep/embolismo sépticos-infartos pulmonares. Evolución: se inicia tratamiento antibiótico con penicilina y gentamicina con negativización de hemocultivos a los 10 días, además de tratamiento anticoagulante con HBPM, manteniéndose afebril y asintomático durante el ingreso que ante la persistencia de verrugas en el ETE de control, se prolonga hasta 8 semanas.

Discusión: La EIP es poco frecuente (0-1,3% de las EI), suele asociar a endocarditis tricuspídea en pacientes ADVP. La endocarditis por estreptococo del grupo viridans representa entre un 30-40% del total, siendo S. mitis el agente etiológico más frecuente. En la literatura, la existencia de embolizaciones de gran tamaño fueron factores de riesgo para complicaciones durante la hospitalización. En nuestro caso se trataba de un paciente sin Fc de riesgo, en el que la clínica larvada durante meses parece secundaria tanto a bacteriemias, como a los múltiples émbolos sépticos; a pesar de todo ello, el paciente presentó buena evolución y fue dado de alta sin más complicaciones.

PC-189. MANEJO FARMACOLÓGICO DE UNA PACIENTE DE 65 AÑOS AFECTA DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CRÓNICO CON DIABETES INSULINODEPENDIENTE

M.P. Mercadal Fañanás, M.I. Martínez Casamitjana, E. Carballido López, M. Pérez Carré, R. Ribera Montana, E. Carrió Díez y J. Pajeros Hernández
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 65 años de edad, afecta de un trastorno mental grave (trastorno esquizoafectivo crónico), resistente a varios antidepresivos y en la que la patología concomitante (diabetes insulino dependiente de larga evolución con retinopatía y síndrome extrapiramidal) aumenta notablemente la complejidad de manejo. Se encuentra ingresada, desde hace trece meses, en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Psiquiatría.

Métodos: Revisamos la historia clínica y los cursos clínicos de los últimos años desde 1983 en que ha estado ingresada, tanto en Unidad de Agudos de Psiquiatría como en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial, para valorar los reajustes farmacológicos, los estados psicopatológicos y las dificultades de externalización.

Resultados: Después de múltiples modificaciones de antipsicóticos y antidepresivos sin respuesta terapéutica satisfactoria en los últimos años (incluso se planteó realizar terapia electroconvulsiva), se obtuvo una mejoría parcial de la clínica psicótica con clozapina. Dado que el aumento progresivo de dosis favorecía la descompensación de su diabetes mellitus, requirió un mayor reajuste de otros antipsicóticos y antidepresivos. Se aumentó la dosis de venlafaxina de 300 mg/día a 375 mg/día (dosis máxima). Al no haber respuesta terapéutica se añadió reboxetina hasta 8 mg/día. Al persistir la clínica de anhedonia, clinofilia y claro empeoramiento matutino, se hizo progresivo cambio a clomipramina. Al añadir dicho fármaco se retiró reboxetina, posteriormente se disminuyó la venlafaxina a 225 mg/día llegando a 75 mg/día de clomipramina. Con la combinación de venlafaxina y clomipramina la paciente experimentó una rápida recuperación de su estado de ánimo, con motivación para realizar actividades rehabilitadoras y mejoría de la interacción con el entorno. Preciso múltiples controles endocrinológicos con el fin de reajustar dosis de insulina. A pesar de todo ello no se ha conseguido estabilidad clínica y psicopatológica suficiente que permita el retorno a domicilio.

Conclusiones: Son múltiples las causas que limitan los reajustes farmacológicos en pacientes con trastorno mental grave y patología concomitante de difícil control con el consecuente aumento del gasto de recursos sanitarios. La complejidad de manejo farmacológico en éste tipo de pacientes más frágiles, requiere asistencia integral y trabajo multidisciplinar.

PC-190. TIROTOXICOSIS COMO CAUSA DE DETERIORO FUNCIONAL EN UN PACIENTE INGRESADO EN LA UGA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Arnal Carda, A.R. Parra Rojas, M.G. Carrizo, M.J. Alvarado Cárdenas, J. Barbe Gil-Ortega y A. San José Laporte
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La tirotoxicosis en el anciano suele tener una presentación atípica que dificulta el diagnóstico y manejo. El objetivo de nuestra comunicación es mostrar un caso de tirotoxicosis en un octogenario manifestado como declive funcional.

Caso clínico: Varón de 86 años, ex fumador, con antecedentes de dislipemia, fibrilación auricular permanente en tratamiento con diltiazem y anticoagulación, cardiopatía isquémica crónica estable, hipernefoma derecho tratado quirúrgicamente y con radioterapia sin evidencia de recidiva posterior. Índice de Barthel basal 95, test de Pfeiffer 1 error. Ingresó por clínica de meses de evolución caracterizada por astenia, insomnio, pérdida ponderal de 10 kg de peso, dis-

nea de esfuerzos y finalmente disfagia a sólidos con náuseas y epigastralgia. A la exploración física destacaba postración y caquexia, sin semiología de descompensación cardiorespiratoria, con frecuencia cardíaca regular a 70 lpm, sin soplos y edemas sin fovea a nivel pre tibial bilaterales. Exploración abdominal y neurológica sin hallazgos. Se palpaba tiroides discretamente aumentado de tamaño sin nódulos ni adenopatías. Barthel al ingreso 65. Por sospecha de proceso neofornativo digestivo se realizaron esofagogastroduodenoscopia y tomografía abdominal que resultaron anodinas. Se indicó estudio hormonal tiroideo que mostró TSH < 0,008 mU/l, T3 libre 19,04 pg/mL y T4 libre 5,72 ng/dl. Se orientó el cuadro como hipertiroidismo y se amplió estudio con gammagrafía que mostró captación glandular tiroidea homogénea y ecografía de tiroides que mostraba ligero aumento de tamaño con aumento de la vascularización generalizado. Los anticuerpos anti-receptor de TSH resultaron elevados. Con el diagnóstico de enfermedad de Graves se inició tratamiento con carbimazol y dexametasona obteniendo franca mejoría clínica precoz y recuperación funcional.

Conclusiones: La hiperfunción tiroidea puede generar gran morbilidad en el anciano, provocando o agravando algunos trastornos habituales en la población geriátrica y actuando como factor de confusión que dificultan el diagnóstico, en muchas ocasiones, como nuestro paciente, el cuadro se presenta como hipertiroidismo apático ocasionando un retraso en el diagnóstico. Por esto es recomendable realizar un test de función tiroidea en todos aquellos pacientes con clínica inespecífica como apatía, depresión, pérdida de peso, debilidad muscular, etc.

PC-191. APLICACIÓN DE TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS CRÓNICAS (UCC)

S. Lacovici, R. de Paz Canto, S. Postigo Navarro, P. Cuenca Espinosa, M. Torquemada Gómez y A.J. Briz Iglesias
Complejo Asistencial Benito Menni-Hermanas Hospitalarias. Ciempozuelos.

Introducción: Las úlceras cutáneas crónicas (UCC) son un importante problema de salud en la población geriátrica. En numerosas ocasiones, la evolución de dichas lesiones es desfavorable pese a la aplicación de cuidados convencionales, evolucionando de una manera tórpida e incluso poniendo en riesgo la propia vida de la persona. La utilización de la terapia con presión negativa (TPN) puede ser una alternativa a los procedimientos convencionales para la minimización o resolución de estos problemas de salud.

Objetivos: Reducción del área de la herida. Alivio del dolor. Eliminación del tejido esfacelado. Control del olor y exudado de la úlcera. Prevención de infecciones.

Métodos: La TPN es un sistema de cicatrización de heridas no invasivo, utiliza la presión negativa controlada por un sistema de retroalimentación en la zona afectada con el fin de estimular la epitelización. Se seleccionó un paciente con una UCC en zona sacra de grado IV con mala evolución debido a diversas complicaciones. Previo a la aplicación de esta terapia, se realizó un desbridamiento y limpieza adecuada. Para la aplicación de la TPN utilizamos: dispositivo de succión TPN, se aplicó una presión de -120 mmHg en modo continuo. Kit de TPN, compuesto por contenedor de desecho, film adhesivo de silicona, espuma de contacto y tubo conector de drenaje. Este material permitió el aislamiento de la zona de herida y aplicación de la TPN. Se realizó limpieza de la herida dos veces en semana mediante lavado con suero fisiológico y posterior sellado con el material anteriormente descrito.

Resultados: Crecimiento del tejido de granulación en la herida entre 5 a 7 mm por semana. Disminución progresiva de la pauta analgésica durante la aplicación de la TPN. Durante todo el proceso no ha habido evidencias de infección. Ligera erosión del tejido adyacente donde se aplica el film de sellado.

Conclusiones: Mejoría de la calidad de vida y confort del paciente. Reducción notable de la dimensión y profundidad de la lesión. Disminución del tiempo y frecuencia de cuidados en la realización de las curas. Disminución del riesgo de infección.

PC-192. PSICOSIS DE INICIO TARDÍO ESQUIZOFRENIA-LIKE: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. García Salmones¹, K. O'Hara², M.I. Ramos¹, M. Vígara¹, D. Padrón¹ y P. Gil¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El diagnóstico diferencial de la psicosis en el anciano sigue siendo un reto para el geriatra clínico. La esquizofrenia de inicio tardío representa una entidad nosológicamente distinta dentro de los cuadros psicóticos. A propósito de un caso describimos sus características clínicas, manejo terapéutico y aspectos nosológicos.

Caso clínico: Mujer de 80 años sin antecedentes psiquiátricos previos que presenta clínica psicótica de 6 meses de evolución e ingresa por hematoma en miembro inferior para injerto autólogo. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo filiado ni trastornos del ánimo. A nivel somático destacan antecedentes de hipotiroidismo yatrógeno por amiodarona, hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica anticoagulada, ser portadora de marcapasos, insuficiencia renal leve y varios ingresos hospitalarios por neumonía e insuficiencia cardiaca. Desde los 64 años presenta cuadros confusionales concurrentes con hospitalizaciones por procesos infecciosos. Meses antes del actual ingreso la paciente comienza a verbalizar escucha de voces desde dentro de su cabeza, de varias personas que hablan entre ellas, que le dicen lo que tiene que hacer y comentan sus actos. Refiere notar cómo puede saber lo que otras personas van a decir antes de que las voces se lo indiquen. Refiere que uno de sus familiares echa productos tóxicos o drogas en su casa, en las habitaciones que ella nota por el olor y que la vigilan y escuchan a través de la pared. La familia refiere esa clínica diferente a sus cuadros confusionales habituales. Durante su ingreso se observa un cuadro de mayor actividad psicótica, con interpretaciones delirantes múltiples y con temática mixta centradas en el ambiente hospitalario y en el familiar, con evidente actividad confuso-onírica que dificulta inicialmente el diagnóstico. Es tratada con diferentes antipsicóticos que fueron retirados por leucopenia moderada. Una vez resuelto el ingreso hospitalario persiste su actividad psicótica inicial que es diagnosticada como esquizofrenia de inicio tardío. Se pauta tratamiento con paliperidona hasta 6 mg/d y quetiapina 25 mg/d con buena tolerancia hematológica y adecuada clínica.

Discusión: La esquizofrenia de inicio tardío es una entidad controvertida y poco investigada pero a tener en cuenta en el paciente anciano con síntomas psicóticos.

PC-193. CASO CLÍNICO: ANAEROCOCCUS LACTOLYTICUS EN NONAGENARIA

D.Y. Peña Lora, K. O'Hara, M. Hidalgo, V. Romero, M.A. Alhambra y J.A. Serra

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Caso clínico: Mujer de 91 años con diabetes mellitus tipo 2, nefropatía diabética, hipertensión arterial e hipotiroidismo subclínico. Situación basal: Índice de Barthel de 90, no deterioro cognitivo. Vivía sola con buen apoyo familiar. Ella preparaba su medicación y se administraba insulina. Tratamiento habitual: Insulina de acción lenta, insulina rápida, enalapril, barnidipino y pregabalina. Enfermedad actual: acude al Servicio de Urgencias del hospital por bajo nivel de conciencia, en probable relación a hipoglucemia. Llevaba unos días con hiporexia, temblor y dolor abdominal. A la exploración física en planta

destaca: tumoración sólida no dolorosa en cara anterior de muslo izquierdo, de aparición reciente. Se sospecha lipodistrofia secundaria a punción repetida de insulina en la misma zona, y se indica una ecografía de partes blandas, en la que se objetiva colección intramuscular. Se decide inicialmente observación clínica. Sin embargo, la tumoración aumenta de tamaño rápidamente, con signos inflamatorios. Ante la sospecha de abscesificación de la lesión, se inicia tratamiento antibiótico empírico con cefazolina, y se realiza intervención quirúrgica. Se obtiene material denso purulento-hemático. Se cultiva la muestra, con resultado estéril inicial y por técnica de PCR específica, se identifica *Anaerococcus lactolyticus*; se trata de un germen que vive en la piel, no patógeno, con un único caso descrito en la literatura, causante de absceso, también en un paciente diabético. Tras drenaje quirúrgico y continuación de tratamiento con cefazolina, presenta excelente evolución clínica. Se disminuyó insulino terapia basal cambiando al alternar zonas de punción subcutánea de insulina, con buen control de glucemias. Tras encontrarse asintomática, sin deterioro funcional y haber recibido 10 días de tratamiento con cefazolina se indica el alta a su domicilio, con antibiótico vía oral hasta completar 21 días desde su inicio. El motivo de presentación de este caso es mostrar una paciente nonagenaria que desarrolla un absceso de un microorganismo sin describir en la literatura médica y su asociación con las complicaciones que pueden derivar de un tratamiento crónico con insulina.

Discusión: La recogida de datos sobre la administración de medicación en el anciano, puede ayudar a diagnosticar y tratar complicaciones que pueden afectar seriamente la salud y la funcionalidad de nuestros pacientes.

PC-194. ENVEJECER CON CALIDAD DE VIDA

A. Ximenis Vidal

Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat.

Caso clínico: Mujer de 90 años, antecedentes patológicos: Hipercolesterolemia (sin tratamiento desde hace dos años), Hipertensión esencial (Valsartan 160), intervenida de cataratas y actualmente presenta glaucoma (Latanoprost colirio). Valoración integral geriátrica: autónoma para todas las actividades de la vida diaria, nivel cognitivo íntegro, vive sola. Desde hace 15 días, presenta unas molestias en epigastrio, sin náuseas ni diarrea y alguna punzada en espalda, que exacerba con el inicio de la deambulación. Exploración: consciente, orientada, TA 157/89, FC 105, FR 24, ACR: tonos cardiacos rítmicos y rápidos, no edemas maleolares. ECG: Taquicardia sinusal. Se solicita una Rx de tórax y eco-cardiograma. Acude nuevamente por presentar disminución de apetito y malestar en epigastrio, no refiere disnea, pero al caminar unos 100 metros presenta punzadas en la espalda. Se deriva a urgencias para descartar trombo-embolismo pulmonar. Eco-cardiograma, con FE del 33% Ventrículo izquierdo no dilatado, ni hipertrofia, acinesia anteropical e hipocinesia inferior. Evolución: Tras el resultado del ecocardiograma queda ingresada e inicia tratamiento para cardiopatía isquémica, con descoagulación y doble antiagregación. Valorada la excelente calidad de vida de la paciente se realiza una coronariografía, Cateterismo por vía radial presenta lesión en arteria descendente anterior con lesión del 95% y coronaria derecha 70%. Se realiza una angioplastia simple con implantación de un stent en la descendente anterior, y según la clínica se valorara la revascularización de la coronaria derecha. Juicio clínico: con alta clínica y con tratamiento de doble antiagregación, bisoprolol; enalapril, parche de nitroglicerina. Hace 2 años se retiró la estatina, por presentar poca evidencia en prevención primaria. Al mes de implantación del stent se realiza un control analítico: colesterol total 302 LDL 289 y LDL 54. La prevención secundaria es prioritaria y la edad no es criterio para no seguir tratamiento con estatinas, ya que presenta una buena expectativa de vida y seguir envejeciendo con buena calidad de vida.

PC-195. DELIRIO POR INFESTACIÓN O SÍNDROME DE EKBOM. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sola Mateos¹, M.J. Hernández Sanz¹, A. García Baztán²
y J. Alonso Renedo²

¹Residencia El Vergel. Pamplona. ²Hospital de Navarra. Pamplona.

Caso clínico: Paciente de 84 años, institucionalizada en un centro sociosanitario, con antecedentes de demencia, insuficiencia renal crónica (IRC)-diálisis, diabetes tipo 2, EPOC e hipertensión. En el contexto del deterioro cognitivo, se registran referencias a la presencia por todo el cuerpo de “bichos”, que describe e identifica como pulgas o piojos. Lo relata con importante repercusión emocional observando cómo, compulsivamente está “retirando bichos de su cuerpo”, interfiriendo con el sueño. La exploración es anodina (ocasionales lesiones de rascado). Analítica: anemia (relacionada con IRC) sin eosinofilia. Con estos datos se establece el diagnóstico de síndrome de Ekbom y se inicia tratamiento con benzodiazepinas en fases de agitación y risperidona cuya dosis se redujo por sedación, observándose mejoría clínica leve. A los 4-5 meses fallece por patología intercurrente. El delirio por infestación o síndrome de Ekbom es un raro desorden psiquiátrico caracterizado por la falsa convicción de estar siendo infestado por parásitos que habitan y dañan su piel, pudiendo ser primario o secundario a diversas patologías médicas, (consumo de tóxicos, déficits vitamínicos y patología renal o hepática inductora de prurito), y psiquiátricas, (esquizofrenia y otras psicosis, trastornos afectivos y trastornos ansiosos). Es un subtipo de trastorno delirante incluido dentro del tipo somático de los mismos. El motivo de consulta principal es el de prurito asociado a excoiraciones. Para su diagnóstico primero debemos descartar la presencia de una infestación real y, en su ausencia, las causas médicas y psiquiátricas citadas. Puede aparecer de forma característica el signo de la caja de cerillas que consiste en que el paciente dice que ha logrado capturar al parásito y lo trae para mostrarlo en aquel recipiente. El tratamiento farmacológico sería un antipsicótico. Aunque varios artículos han indicado los efectos beneficiosos de los antipsicóticos atípicos en su tratamiento, otra revisión no concluye que fuesen más eficaces que los típicos. Hay que destacar que la gama de pacientes con delirio por infestación es muy amplia, y que 78% de los casos evolucionan favorablemente, recomendándose la intervención de los servicios de Salud Mental en el seguimiento de estos pacientes.

PC-196. TROMBOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA

M.E. Pastor Vicente, P. Carrillo García y A. Birghilescu
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La trombopenia inducida por heparina es una reacción adversa mediada por inmunocomplejos que ocurre tras la exposición de heparina. La clínica puede ir desde una trombopenia hasta eventos trombóticos. El diagnóstico es clínico y se confirma con la presencia de anticuerpos contra heparina (AC). El tratamiento consiste en detener el uso de heparina y usar otra familia de anticoagulantes. El aumento de plaquetas se observa en la mayoría de casos entre 2-4 días tras la retirada de heparina.

Casos clínicos: Se presentan 2 casos de trombopenia por heparina en pacientes geriátricos. Caso clínico 1: paciente mujer, 89 años, ingresa por aumento de disnea, edemas de miembros inferiores, tos y fiebre. Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, fibrilación auricular. Valoración geriátrica: Barthel 10, Lawton 0. No deterioro cognitivo. Juicio clínico: insuficiencia cardiaca descompensada por infección respiratoria. Al ingreso se inician diuréticos, antibiótico y trombotrópico con heparina de bajo peso molecular (HBPM). Al cuarto día se objetiva trombopenia (37.000) y AC contra heparina positivos. Se suspende heparina y se inicia Fondaparinux. Ante el empeoramiento de la trombopenia (17.000), se suspende Fondaparinux con mejoría progresiva de los valores plaquetarios, que alcanzan la normalidad a los 2 meses. Caso clínico 2: Varón, 90 años, ingresa

por fractura de cadera. Antecedentes: hipertensión arterial, insuficiencia renal, fibrilación auricular. Valoración geriátrica: Barthel 90, Lawton 2. No deterioro cognitivo. Se inicia HBPM presentando a las 48h trombopenia progresiva (42.000) y AC contra heparina positivos. Se suspende heparina y se inicia Fondaparinux con mejoría a las 48h y normalización a los 10 días (210.000).

Discusión: Una vez diagnosticado la trombopenia inducida por heparina se debe discontinuar el tratamiento. Aunque la recuperación de las plaquetas suele aparecer 2-4 días tras la suspensión, es posible una reacción cruzada con el fondaparinux en pacientes que anteriormente hayan recibido heparina no fraccionada o de bajo peso molecular.

PC-197. ÚLCERA DE GRADO IV CICATRIZADA EN 45 DÍAS

J.F. García Meana, M. Pajares Bernardo, S. Aragón Chicharro,
B. Calvo Morcuende, M.D.C. Bejarano Gómez, A. del Puerto Corral
y A. Gil Román

*Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo.
Toledo.*

Introducción: Las úlceras son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial. La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que la incidencia de úlceras en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 20,4%. Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. Por todo ello exponemos el siguiente caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 93 años institucionalizada, con antecedentes personales de: hipertensión arterial, flutter auricular, valvulopatía degenerativa con insuficiencia mitral severa e insuficiencia tricúspide moderada; presenta úlcera de etiología traumática, de cicatrización complicada en miembro inferior izquierdo de 4 meses de evolución. Tras haberse tratado con diferentes productos sin mejoría alguna, se decide iniciar tratamiento con matriz de polímeros. Tamaño: 1,5 cm × 1,5 cm × 1,3 cm³. Características: bordes irregulares, con exudado moderado y tejido de granulación con pequeñas zonas de tejido esfacelario. Sin signos ni síntomas de infección. Tratamiento: se inician curas lavando la herida con suero fisiológico al 0,9%, aplicando apósito de matriz de polímeros y apósito hidrocelular. Frecuencia de curas: semanal. Al cabo de 45 días de tratamiento, la úlcera se cicatrizó completamente.

Discusión: Dado que la herida proviene de un tratamiento anterior de 4 meses de evolución de forma inefectiva, necesitamos un apósito que tenga capacidad de absorción pero que además retenga el exudado disminuyendo el riesgo de maceración de la piel perilesional. El apósito de matriz de polímeros optimiza el medio del lecho de la herida y promueve su cicatrización, manteniendo un ambiente óptimo de humedad para la curación; además de largo tiempo de permanencia sobre la herida, evitando de esta manera la manipulación constante, disminuyendo el riesgo de infección y aumentando el bienestar general de la paciente.

PC-198. HIPOALBUMINEMIA Y DERRAME... ¿PLEURAL?

I. Ferrando Lacarte, B. Gamboa Huarte, C. Deza Pérez
y M. González Eizaguirre

Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Caso clínico: Mujer de 91 años. Ingresa por derrame pleural izquierdo masivo. Antecedentes personales: HTA, síndrome vertiginoso, hipoacusia severa y fractura subcapital de fémur izquierdo

(hace un mes). Tratada con betahistina, paracetamol, calcio y vitamina D, suplementos proteicos y bemiparina 3500. Viuda, 4 hijos, institucionalizada, Í. Barthel 25/100, dieta vegetariana, Pfeiffer: 10 errores. Exploración: consciente, deshidratada, caquética, aumento del trabajo respiratorio, amiotrofias severas, hipoventilación generalizada en hemitórax izquierdo, extremidad inferior izquierda edematizada. Radiografía de tórax: derrame pleural extenso (ausente en el ingreso para cirugía traumatológica). Diagnóstico diferencial: infeccioso, descompensación cardíaca, tromboembolismo pulmonar o patología tumoral. Evolución: ingresa inestable, taquipneica, saturaciones bajas de oxígeno a pesar de ventimask y reservorio. Se realiza toracocentesis diagnóstica y terapéutica: 300 cc de líquido serosanguinolento. Análisis bioquímico no concluyente exudado/trasudado. Anatomía patológica sin signos de malignidad. Permanece inestable, es valorada por UCI y se desestima tratamiento. Analítica de sangre: proBNP elevado, hipoproteinemia de 5,2 d/dL, hipoalbuminemia de 2,7 g/dl, y leve anemia normocítica. Nueva toracocentesis evacuadora terapéutica, extrayendo un líquido claro, ambarino. Importante mejoría clínica. Se realiza TC toracoabdominal: persistencia de derrame pleural izquierdo, así como derrame pleural derecho, derrame pericárdico y líquido ascítico en cantidad moderada, y aterosclerosis aórtica con trombo mural, hernia de Bochdalek y cistoadenoma seroso pancreático. Mejoría clínica progresiva, eupneica, es dada de alta con diuréticos, antihipertensivos, suplementos proteicos, calcio, vitamina B12 y su tratamiento habitual.

Discusión: Primera sospecha: tromboembolismo pulmonar por el aumento de tamaño y el calor en extremidad inferior izquierda con intensa disnea que obliga a la paciente a permanecer en decúbito lateral izquierdo. Se mantiene tratamiento con heparina. Priorizamos tratamiento sintomático. Primera toracocentesis: líquido serosanguinolento (posiblemente traumático). Sucesivas: líquido extraído es claro y ambarino. La hipoalbuminemia mantenida condiciona una disminución de presión oncótica capilar que favorece acúmulo de líquido en espacios virtuales (pleural bilateral, pericárdico, peritoneo). Otros componentes actúan como causas precipitantes: descompensación cardíaca que aumenta la presión hidrostática capilar, atelectasia pulmonar que genera presión negativa sobre la pleura e infección sobreañadida que produce vasodilatación y liberación de sustancias vasoactivas. La cirugía de cadera y el uso de heparina podrían justificar el componente sanguinolento inicial del líquido pleural.

PC-199. GRAN VEGETACIÓN SOBRE PRÓTESIS BIOLÓGICA EN POSICIÓN AÓRTICA Y ESTIGMAS CUTÁNEOS DE ENDOCARDITIS

D. Padrón Guillén, M. Vigara, A. Pérez, C. Verdejo y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: En las últimas décadas se ha objetivado un incremento en la edad media de presentación de endocarditis. En el anciano, por la mayor prevalencia de comorbilidades y la propia naturaleza de la enfermedad, su pronóstico se ve ensombrecido por la limitación al tratamiento quirúrgico y la mayor prevalencia de complicaciones graves en la fase aguda, tal y como ocurrió en el caso que aquí presentamos.

Caso clínico: Varón de 86 años que ingresa por deterioro de su estado general, fiebre, astenia intensa, signos de hepatopatía y lesiones cutáneas equimóticas en pulpejos de los dedos. Entre sus antecedentes médicos más relevantes destacan una insuficiencia renal crónica G⁹ III (IRC), angiodisplasias intestinal con hemorragias digestivas secundarias, un recambio valvular aórtico con prótesis biológica siete años antes e implantación de marcapasos ese mismo año. Así mismo, había presentado colestasis de repetición con bacteriemia por enterococcus faecalis y faecium, descartándose endocarditis en cada ingreso. Fue intervenido de espondilodiscitis por este último germen hace 5 años. Ante la alta sospecha de endocarditis, dada la

clínica sugestiva de la misma, se realizó ecocardiograma transtorácico, en el que se objetivó una gran vegetación de tres cm sobre la prótesis valvular aórtica, así como un absceso perivalvular sin que condicionase estenosis o insuficiencia significativas. Los hemocultivos fueron positivos para Enterococcus faecalis, ajustando el tratamiento al antibiograma, con las limitaciones que la IRC del paciente marcaba. Pese a ello, el enfermo presentó una rápida evolución de la enfermedad, con progresión de los estigmas cutáneos, coagulopatía de consumo, hepatopatía e insuficiencia cardíaca, que además de desaconsejar el ecocardiograma transesofágico, supusieron el fallecimiento del paciente. Pese al tratamiento óptimo, los múltiples factores de mal pronóstico del paciente, sufrir reiteradas bacteriemias por este germen y su mala situación basal que contraindicaba la cirugía, fueron determinantes en la evolución del caso.

Discusión: En ancianos, las endocarditis sobre prótesis biológicas presentan limitaciones importantes en el tratamiento antibiótico y el manejo quirúrgico, generalmente derivado de las comorbilidades que estos pacientes suelen asociar. Por lo tanto, el pronóstico suele ser infausto, con una mortalidad elevada.

PC-200. OSTEOPOROSIS SINTOMÁTICA DEL VARÓN DE CAUSA INFRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Pablos Hernández, A. González Ramírez, V. Gómez Ruiz, J.M. Julián Enríquez, A. González-Orús Marcos, D. Pescador Hernández y J.F. Blanco Blanco
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción: La osteoporosis en el varón anciano es a menudo una entidad infradiagnosticada e infratratada, incluso entre aquellos pacientes con antecedentes de fractura por traumatismo de baja energía.

Caso clínico: Varón de 81 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en región lumbar baja y zona glútea tras caída accidental en su domicilio. AP: HTA, portador de marcapasos desde hace 4 años. Situación funcional basal: Katz A. Barthel 100/100. CRF 1/5. Lawton 3/4. Exploración física: dolor a nivel de la musculatura paravertebral lumbar y a la espinopresión (EVA 7); fuerza y sensibilidad preservada en ambos miembros inferiores. Reflejos osteotendinosos conservados y simétricos. Radiografía de columna lumbar: fractura aguda de L3. Ingreso para control analgésico. Tras 72 horas, empeoramiento sintomático con imposibilidad para deambular e incremento del dolor (EVA 10). TC columna lumbar: fractura estallido de L1 y L3 con ocupación de 11mm del canal medular y estenosis de canal a ese nivel con importante conminución. Dada la evolución se decide fijación vertebral de T12 a L4 con tornillos cementados e injerto óseo autólogo más cifoplastia. Hipogonadismo y niveles de testosterona bajos (marcadores tumorales, biopsia intraoperatoria, enzimas hepáticas normales). Estudio genético: compatible con síndrome de Klinefelter (47, XXY). Inicia tratamiento con ácido zolendrónico intravenoso y testosterona.

Discusión: La osteoporosis es la enfermedad metabólica más frecuente, y si bien presenta mayor frecuencia en las mujeres (20%) el porcentaje de hombres con osteoporosis no es despreciable (6%). Aunque la presencia de una fractura mayor por traumatismo de baja energía nos permite iniciar precozmente tratamiento antiosteoporótico, sigue siendo necesario un correcto diagnóstico del mecanismo productor de la osteoporosis subyacente. En el caso que nos ocupa, con dos fracturas vertebrales por traumatismo de baja energía que atípicamente presentan una morfología de estallido, debemos realizar un diagnóstico diferencial con fracturas secundarias a enfermedad tumoral (primaria o metastásica), osteomalacia, mastocitosis o enfermedad de Paget, entre otras. En el caso de la osteoporosis secundaria debemos pensar en patologías genéticas (hemofilia, hemocromatosis, osteogénesis imperfecta), enfermedades hepatobiliares, malabsorción, tabaquismo y enfermedades endocrinas como

la diabetes mellitus tipo I, el hipercortisolismo, hipertiroidismo o, como en este paciente, el hipogonadismo.

PC-201. RECUPERACIÓN DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN UNA ÚLCERA GRADO IV

I. Larena Pereira¹, D. Núñez López¹, E.M. Álvarez Vela¹, A. Noya Baonza¹, F. Gottwald Moreno¹, M. Mendieta Corral¹ y N. Fernández Gutiérrez²

¹Centro Gerontológico Igurco Bilbozar. Bilbao. ²Centro Sociosanitario Igurco Orue. Amorebieta.

Caso clínico: Mujer de 84 años, dependiente total (IBM 0 puntos), demencia avanzada (FAST 7d), escasos recursos sociales. Al ingreso presentaba úlcera por presión grado IV en sacro de mal pronóstico. Valoración inicial; úlcera por presión grado IV en sacro con signos de infección, se tramita cultivo de exudado, resultado positivo a *Escherichia coli*, dimensiones: 13,7 cm largo, 12 cm ancho, volumen de 20 cc. Tejido necrótico 50%, esfacelar 20% y granuladorio 30%. Zona perilesional eritematosa, macerada. Abbey Pain Scale: 11, exudado abundante. Se pautan colchón antiescaras y cambios posturales c/2h. Se realiza valoración nutricional; parámetros antropométricos: IMC 19 kg/m², bioquímicos: anemia, transferrina baja e hipoalbuminemia (desnutrición calórico-proteica severa), inicia suplementación hiper-calórica-hiperproteica y túrmix hiperproteico. Tratamiento analgésico y antibiótico. Curas c/24h aplicando colagenasa + hidrogel + alginato + apósito hidropolimérico y desbridación mecánica. Tras 15 días, cultivo (-). Continúa desbridamiento mecánico, tejido esfacelar 10%, tejido granulación 90%, el tejido necrótico desaparece. Tras 21 días disminuye exudado, olor y tejido esfacelar desaparece. Zona perilesional intacta, úlcera bien delimitada. Dimensiones: 13,5 cm largo, 11,9 cm ancho y volumen de 20 cc. A los 3 meses, la úlcera reduce su tamaño: 10,2 cm largo, 9,2 cm ancho y volumen de 18 cc. Desaparece el olor y exudado. La cura se realiza c/48 horas con colagenasa + apósito hidropolimérico. Falleció a los 5 meses por lo que no se pudo recuperar la integridad cutánea en su totalidad. En la última valoración la úlcera se redujo: 9 × 5,5 cm, por proliferación de bordes, el volumen aumentó a 22 cc. El dolor disminuyó (Abbey Pain Scale: 4), aunque la ingesta alimentaria continuaba siendo algo escasa se objetivo ligero aumento de peso (1,5 Kg).

Discusión: 1. La valoración de la enfermera geriátrica en lesiones cutáneas de evolución tórpida disminuye las complicaciones de las mismas y facilita su resolución. 2. El desbridamiento mecánico disminuye el tiempo de evolución tórpida de la lesión. 3. El tratamiento antibiótico específico actúa sobre los signos de infección de la úlcera, facilitando una mejor evolución. 4. Los apósitos con alginato absorben el exudado de la lesión por lo que disminuye la maceración de los tejidos colindantes.

PC-202. TROMBO MURAL EN AURÍCULA DERECHA EN NONAGENARIO CON FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y DESCOMPENSACIÓN CARDIACA

B. González Glaría¹, I. Iraizoz Apezteguia¹, A. García Baztán¹ y A. Gutiérrez Oliver²

¹Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ²Clínica San Miguel. Pamplona.

Introducción: Los trombos murales en aurícula derecha (AD) son muy poco frecuentes y se han descrito en estudios necrópsicos, con muy escasa representación y en clínica, asociados a FA, miocardiopatías, pericarditis, IAM auriculares, enfermedades reumáticas, neoplasias y sepsis. El ecocardiograma transtorácico es el principal utensilio diagnóstico.

Caso clínico: Paciente de 91 años, alérgico AAS y contraste EV con Carcinoma vesical (cistectomía radical 1993 con neovejiga ileal), litiasis en

neovejiga (litotricia en 2010), ITUs de repetición, ACVA 2007, polimialgia reumática 2007 en tratamiento esteroideo, Anemia crónica por déficit de B12 y hierro suplementada, osteoporosis, herpes zoster intercostal-neuralgia postherpética y DMAE. Vive con hijo, cognitivamente indemne, insomnio controlado y autónomo para su vida cotidiana. Remitido a Urgencias por disnea desde hace diez días, palpitations, edemas bimaleolares y cuadro agudo de disnea nocturna. Al ingreso presenta hipertensión sistólica, arritmia cardiaca a 146 lpm con extrasistolia ventricular frecuente, BRD y hemibloqueo posterior, radiografía tórax: signos de congestión pulmonar. Análítica: insuficiencia respiratoria parcial, insuficiencia renal, elevación PCR y BNP con D-D normal. Sedimento orina: nitritos, piuria y bacteriuria. Ecocardiograma: ligera dilatación e hipertrofia ventrículo izdo con disfunción sistólica leve y disfunción diastólica, dilatación AI, esclerocalcificación de válvulas aórtica y mitral con insuficiencia moderada e imagen de trombo mural en pared de aurícula derecha, sin HTP. Se instaura anticoagulación oral y tratamiento antibiótico, depletorio y antiarrítmico mostrando una evolución clínica satisfactoria.

Discusión: Los trombos de la AD, tanto los murales como los denominados "en tránsito" provenientes del sistema venoso, están asociados con un elevado riesgo de embolismo pulmonar y deben ser abordados terapéuticamente tras su diagnóstico. El tratamiento de los trombos de la aurícula derecha está sujeto a debate y se han propuesto distintas alternativas que incluyen el abordaje quirúrgico para su extirpación, la trombolisis y la anticoagulación con heparina/anticoagulantes orales. Existen casuísticas que encuentran tasas de mortalidad a los tres meses altas para cualquiera de las opciones terapéuticas. En nuestro caso y por las características clínicas del paciente y las del trombo mural auricular derecho, se descartaron tanto la cirugía como la trombolisis optándose por la anticoagulación oral con sintrom.

PC-203. MACROPROLACTINOMA EN PACIENTE OCTOGENARIO. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

C. Bibián Getino, y. Constante Pérez y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Caso clínico: Paciente varón de 80 años de edad derivado por su M.A.P a consultas externas de geriatría por deterioro funcional y cognitivo de varios meses de evolución. Sin alergias medicamentosas conocidas, presenta como antecedentes médicos dislipemia, hipertrofia benigna de próstata, hernia de hiato, reflujo esofágico, EPOC, osteoporosis, fractura de fémur, gammapatía monoclonal. Intervenido quirúrgicamente de fractura de fémur, cataratas y artrodesis dorsolumbar. Situación social: casado, vive en domicilio con esposa. Tiene dos hijos, sin ayudas domiciliarias. Funcionalmente, empeoramiento en estos meses, previamente independiente para ABVD e AIVD. A nivel cognitivo, deterioro de un año de evolución según la familia. Evolución: al interrogatorio y exploración en consulta, destaca paciente hipomímico, con apatía, anomia, bradipsiquia. Dudosa parálisis facial derecha. Disminución de agudeza visual No existe evidencia de apraxias ideomotoras. Precisa ayuda para ABVD en la actualidad con incontinencia mixta ocasional y dificultad para deambulación. A nivel cognitivo, MEC: 25/35 puntos, con reloj de Shulman patológico. Solicitamos pruebas complementarias en las que destacan; AS: PRL > 10.000 uUI/ml, resto normal. TC. cerebral y RNM: macroadenoma hipofisario invasivo. Es diagnosticado de macroprolactinoma, iniciando tratamiento con agonista dopaminérgico (cabergolina). Seguimiento en consulta externa de Geriátría, endocrinología y oftalmología (por hemianopsia bitemporal). A los tres meses, mejoría a nivel clínico, funcional y cognitivo, con Í. Barthel de 100, MEC: 35/35 puntos, y reloj de Shulman normal. Pruebas de laboratorio: Disminución de niveles de prolactina, y pruebas de imagen, disminución del tamaño de macroadenoma hipofisario. Continuar con dosis de mantenimiento de agonista dopaminérgico.

Discusión: El prolactinoma es el tumor hipofisario más frecuente, de naturaleza benigna y pequeño (microadenoma) en la mayoría de los casos (90%). Más frecuente en mujeres (10:1) y edad media de la vida. Causas más frecuentes de hiperprolactinemia: prolactinomas, seguido de fármacos (neurolepticos), frecuentes en nuestros pacientes. Clínicamente destaca hipogonadismo hipogonadotropo, disminución de libido, infertilidad, osteoporosis tardía. En nuestro paciente, con macroadenoma (> 1 cm), se produce clínica de efecto masa, con cefalea, disminución de agudeza visual (hemianopsia bitemporal por compresión fibras inferonasales). Tratamiento médico con agonistas dopaminérgicos.

PC-204. AFECTACIÓN MIOCÁRDICA Y PERICÁRDICA POR VASCULITIS LEUCOCITOCÁSTICA COMO COMPLICACIÓN DE NEUMONÍA POR *CLAMYDIA PNEUMONIAE*

A.L. Martínez González¹, O.I. Fernández Rodríguez², L. Bermejo Aparicio², A. Alonso de Paz² y S. Bendaña Cimadevilla¹
¹Hospital de León. León. ²Residencia Arroyo Valdearcos. Fresno de la Vega.

Caso clínico: Varón de 84 años; ingresa a causa de infección respiratoria de 72 horas de evolución. Se demuestra neumonía bilateral y se inicia levofloxacino. Exploración física: roncus en ambas bases pulmonares y lesiones purpúricas en miembros inferiores y tronco. Rx: condensación bilateral en bases. Leucocitos 21.000, con desviación izquierda. Evolución: a las 48 horas de ingreso presenta hipotensión, depresión nivel de conciencia y elevación de troponina T. Las lesiones purpúricas se extienden a todo el cuello, tronco y dorso. Ecocardiograma: evidencia derrame pericárdico grave, con repercusión sobre cavidades derechas. El estudio inmunológico (ANA, DNA, ENAs, ANCA) fue negativo, a excepción de los inmunocomplejos circulantes, que resultaron positivos. La fracción C3 del complemento disminuyó (50 mg/100), al igual que el CH-50 (135 U/ml). La batería completa de anticuerpos fue negativa, menos los ac. IgG contra *Chlamydia P.* que elevaron su título de 1,7 a 9,6 en 6 días. A pesar de tratamiento antibiótico, bolus esteroideos y pericardiocentesis terapéutica se produce deterioro progresivo, entrando en situación de shock refractario. Cinco días después se produce el exitus letalis. Necropsia: extensas áreas de lesiones hemorrágicas en miocardio y pericardio. Examen microscópico: infiltrado inflamatorio por neutrófilos, afectando a pequeños vasos, con áreas de ulceración y acúmulos de polimorfonucleares en las hojas pericárdicas. Esta fue la causa primaria de la muerte. Se demuestra también vasculitis en riñones, lesiones cutáneas y en menor medida en pulmones, donde se identificaron áreas de neumonía en ambos lóbulos inferiores. Diagnóstico: neumonía por *Chlamydia pneumoniae*. Vaculitis leucocitocástica afectando piel, riñón, miocardio y pericardio.

Discusión: La vasculitis leucocitocástica es la forma más frecuente de vasculitis; sus manifestaciones más típicas son las cutáneas. Su mecanismo de producción es el depósito de inmunocomplejos, que activan C-3 y C-5 dando lugar a la quimiotaxis de polimorfonucleares. El origen de los antígenos es múltiple, e incluye sustancias exógenas (procedentes de virus y bacterias), o endógenas (enf. autoinmunes, antígenos tumorales). En más del 50% de los casos el antígeno no se identifica. Es excepcional que desencadene un cuadro de la violencia descrita, y mucho más que produzca afectación cardíaca que conduzca a la muerte.

PC-205. PRIMER EPISODIO DE PERICARDITIS AGUDA CON DERRAME PERICÁRDICO SEVERO EN OCTOGENARIA

L.D.R. Evangelista Cabrera, M.E. Portilla Franco y A. Estrada Lastra
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La pericarditis aguda requiere por lo menos dos de los siguientes síntomas y/o signos: dolor torácico, roce pericárdico, cambios electrocardiográficos típicos y/o derrame pericárdico. Es una entidad frecuente en varones jóvenes, existen pocos estudios descritos sobre pericarditis aguda en ancianos.

Caso clínico: Mujer de 82 años con antecedentes de HTA, ICC, FA, Hipotiroidismo. En tratamiento con acenocumarol, levotiroxina, omeprazol y bisoprolol. Refiere cuadro catarral 10 días antes del ingreso, con empeoramiento progresivo de su disnea habitual hasta hacerse de reposo, asociado a dolor centrotorácico opresivo que se irradia a región dorsal alta y empeora con el decúbito. Situación funcional basal: Barthel 85/100, Lawton 8/8, FAC 4/5, sin deterioro cognitivo. Exploración Física: Afebril, TA: 100/49 mmHg, FC: 94 lpm, Sat O₂: 98% GN 2 lpm. PVY aumentada; Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos irregulares, normofonéticos, sin soplos; Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales de predominio izquierdo; sin otros hallazgos significativos. Exploraciones complementarias: se solicitan 1) Analítica completa con leucocitosis 12.300, neutrofilia, PCR 23, INR 2,5, perfil tiroideo normal, no otros hallazgos significativos; 2) ECG: FA a 108 lpm, HBAI, sin alteraciones de la repolarización; 3) Rx de tórax: cardiomegalia, derrame pleural bilateral de predominio izquierdo; 4) Ecocardiograma: derrame pericárdico grave (posterior > 20 mm), probablemente serohemático, con datos ecocardiográficos de taponamiento cardíaco (colapso de cavidades derechas). Seguimiento: ingresa en Unidad Coronaria para monitorización, se suspende anticoagulación oral, no se realiza pericardiocentesis por ser el derrame de localización posterior, de difícil abordaje subxifoideo. Remitida nuevamente a Geriátría, presenta buena respuesta al tratamiento con colchicina y diuréticos. La paciente presenta mejoría clínica y analítica con normalización de valores de leucocitos y PCR; disminución marcada del derrame pleural izquierdo en Rx tórax, y ligero derrame pericárdico (8 mm) en ecocardiograma de control. Se reinicia anticoagulación oral, es dada de alta en su situación funcional basal en tratamiento con colchicina. Diagnóstico al alta: derrame pericárdico severo secundario a pericarditis aguda idiopática e insuficiencia cardíaca.

Discusión: El derrame pericárdico grave con signos de taponamiento es la complicación más importante de la pericarditis aguda. El uso de colchicina en el primer episodio de pericarditis aguda ha demostrado mejoría de síntomas y disminución de recurrencias.

PC-206. ESÓFAGO NEGRO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A. Birghilescu y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La esofagitis necrotizante (EN) es una patología infrecuente con mortalidad alta. Se define por la coloración negra y difusa del esófago con afectación circunferencial. La clínica es de hemorragia digestiva alta. Factores predisponentes: edad avanzada, compromiso hemodinámico, reflujo gastroesofágico (RGE) grave, estados de hipercoagulabilidad, hipoxemia. El tratamiento es conservador.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, RGE, en tratamiento habitual con enalapril y ranitidina, que ingresa por fractura de cadera tras caída casual. No pérdida de consciencia. No traumatismo craneoencefálico. No pródromos. A las 8 horas del ingreso el paciente presenta vómitos en posos de café sin objetivarse anemización. Valoración geriátrica: Barthel 95/100, KATZ B, Lawton 4/5, FAC5/5. No deterioro cognitivo. Leve discapacidad intelectual. Soltero. Vive solo. Dispone de ayuda social a domicilio. Recibe comida del Ayuntamiento. Nutricional: dieta normal, no pérdida de peso, no disfga. Exploración Física: TA 140/90 mmHg FC 100 lpm T36,8 °C SatO₂ 95%. Consciente, alerta, orientado en las 3 esferas, normocoloreado. AC: arrítmicos. AP: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades: sin edemas, sin signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedíos presentes. Tacto rectal: negativo para melena. Se deja en dieta absoluta con sueroterapia, inhibidores de la bomba de protones a dosis altas y se solicita gastroscopia en la que se objetiva mucosa esofágica isquémica con fibrina y zonas negruzcas necróticas desde los 22 cm a 2 cm de la boca de Killian. Se mantiene

el tratamiento conservador y el paciente evoluciona de manera favorable. A los 5 días se inicia tolerancia oral con buena respuesta. Se realiza gastroscopia de control en la que se evidencia esófago con mucosa de coloración normal con placas de fibrina.

Discusión: El caso descrito es único debido a la ausencia de cualquiera de las condiciones mencionadas anteriormente. Cabe destacar que nuestro paciente desarrolló EN sin evidencia clínica de hipotensión o shock. Probablemente la edad avanzada, la aterosclerosis generalizada y un episodio asintomático de hipotensión arterial pueden haber dado lugar a EN.

PC-207. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. ¿INFRADIAGNOSTICADO EN ANCIANOS?

M. Alvarado Cárdenas, C. Isturiz Mendoza, V. Forero Chaves, J. Ramírez Díaz, C. Arnal, A. San José y J. Barbe Gil-Ortega
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Caso clínico: Varón de 83 años sin alergias medicamentosas, ex fumador, con antecedentes de Dislipemia, EPOC, ventriculomegalia supratentorial no estudiada, ictus isquémico sin déficits residuales, fibrilación auricular permanente y episodio de debilidad de extremidades inferiores en 2008 en un contexto de infección respiratoria vírica inespecífica, sin seguimiento clínico ni secuelas referidas. Consulta a Urgencias por debilidad en extremidades superiores e inferiores, iniciada posterior a cuadro catarral de vías altas. No refería fiebre, mialgias, cefalea, claudicación mandibular ni disfagia. Presentó déficit motor en cinturas escapular y pelviana, e hiporeflexia a la exploración física, con sensibilidad conservada y resto de exploración física sin hallazgos. Cursaba sin anemia y con VSG de 104 mm/hora. Se planteó sospecha clínica de polimialgia reumática y se indicó corticoterapia a dosis de 0,5 mg/kg/día. Un análisis de control en Sala mostró VSG 64 mmol/h. sin otras alteraciones. Ante el antecedente de clínica similar siete años atrás, resuelto espontáneamente, y la ausencia de respuesta inicial a la terapia corticoidea, se replanteó la orientación diagnóstica y se amplió estudio mediante electromiografía (EMG) que mostró hallazgos compatibles con polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante aguda. La radiografía de tórax no mostró alteraciones; el electrocardiograma mostraba trazado de fibrilación auricular. Un TAC toraco-abdominal no objetivó imágenes sugestivas de neoformación y solo mostró bronquiectasias. El estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) no apreció disociación albúmino-citológica. Valorado con Neurología, se orientó como polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda recidivante. Ante la ausencia de alteración del LCR no se indicó terapia específica y se inició fisioterapia con mejoría clínica. Un EMG de control mostró mejoría de los hallazgos.

Discusión: En el estudio de un paciente anciano con miopatía se deben considerar las diferentes variables coexistentes (pluripatología, polifarmacia, autoinmunidad, etc.) para realizar un correcto diagnóstico. La incidencia del síndrome de Guillain-Barré aumenta un 20% cada diez años por encima de la primera década de vida, por lo que no es patología infrecuente en adultos mayores y debe tenerse en cuenta dicha entidad. Los pacientes ancianos en ocasiones no pueden explicarse de manera clara o no presentan la sintomatología típica, por lo que es imprescindible una buena anamnesis y exploración física.

PC-208. COMPLICACIÓN INFRECUENTE POR SOBREDOSIFICACIÓN DE DICUMARÍNICOS

J. Martín Márquez, G. Martín Torres, J. Gil Moreno, N. Parras García de León, V. Mazoterías Muñoz, J.L. Esquinas Requena y N. Fernández Martínez
Hospital General. Ciudad Real.

Introducción: Presentamos un caso de hemoperitoneo espontáneo en un paciente.

Caso clínico: Varón de 84 años con AP de HTA. Enfermedad cerebrovascular crónica. TVP en MID hace años y nueva TVP en MID hace

2 meses. IRC. Cardiopatía hipertensiva. Ingreso hospitalario hace 40 días por sepsis de origen respiratorio. Tratamiento habitual: acenocumarol. Valsartan/HCT, Omeprazol. Situación basal: Barthel 50/100. No deterioro cognitivo. Vive solo. Enfermedad actual: acude al Sº de Urgencias por presentar sensación disneica de forma progresiva hasta hacerse de reposo y no tolerar el decúbito, aumento del perímetro abdominal y edematización de m. inferiores. No datos de sangrado macroscópico. 4 días antes, había acudido a Urgencias por sobredosificación de sintrom (INR 24,54). Evolución: ingresa por sobredosificación de dicumarínicos (INR 6,7) presentado al ingreso hemoperitoneo confirmado por ecografía y TAC abdominal. Se solicita valoración por el Sº de Cirugía que ante la estabilidad hemodinámica considera no estar indicada la actitud quirúrgica, y valoran la colocación de drenaje percutáneo que da salida a 7 litros de contenido hemático. Durante el ingreso, la evolución clínica es tórpida presentando infección respiratoria de vías bajas, IRC reagudizada e insuficiencia cardíaca en paciente con miocardiopatía- HTA. El paciente desde el ingreso expresa su deseo de no realización de medidas invasivas-agresivas, que tras el empeoramiento clínico la familia también así lo decide. El paciente fallece al 15º de ingreso.

Discusión: El hemoperitoneo espontáneo tiene muy diversas causas, entre las más frecuentes se incluyen hemorragia por una neoplasia de alta vascularización, rotura de un quiste ovárico, complicación de embarazo ectópico, pancreatitis o aneurisma, cirugía o procedimientos intervencionistas. El hemoperitoneo no traumático también puede producirse como complicación del tratamiento anticoagulante, como el caso que presentamos. La ecografía es una herramienta diagnóstica inicial, sin embargo la TAC es la técnica de elección en el diagnóstico. Se trata de una urgencia vital, con un alto índice de mortalidad, donde la sospecha clínica es básica para realizar un diagnóstico precoz y poder ofrecer, de forma rápida, el tratamiento quirúrgico como única posibilidad de supervivencia.

PC-209. DISFAGIA TRAS ICTUS EN PACIENTE OCTOGENARIA

J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, G. Martín Torres, N. Parras García de León, V. Mazoterías Muñoz, J.L. Esquinas Requena y N. Fernández Martínez
Hospital General. Ciudad Real.

Objetivos: Presentar un caso de una paciente octogenaria con disfagia tras ictus isquémico.

Caso clínico: La paciente tiene como antecedentes personales 87 años sin RAMC. HTA y dislipemia. Trastorno ansioso depresivo. Fractura de cadera. Ictus isquémico en protuberancia derecha. Tratamiento: simvastatina 40 mg, AAS 300 mg, omeprazol 20, calcio y vitamina D, IECA, lorazepam, citicolina. Situación basal: Barthel 60. Vida cama sillón desde hace 2 semanas. No deterioro cognitivo. Vive en su domicilio con una cuidadora. Enfermedad actual: La paciente reingresa tras el alta por disfagia progresiva, fatigabilidad, ptosis palpebral bilateral y diplopía binocular. Analítica: sistemático de sangre y bioquímica general sin alteraciones. Ac. antireceptor de acetilcolina > 94 (N < 20). Hemocultivos y urocultivo negativos. TAC y RMN cerebral: encefalopatía vascular. Infartos lacunares. TAC torácico: ausencia de timoma. EMG: Trastorno de la transmisión neuromuscular de origen postsináptico. Jitter aumentado. Diagnóstico diferencial: miopatía mitocondrial, botulismo, neuroastenia, síndrome de Eaton Lambert, distrofia oculofaríngea, aminoglucósidos.

Discusión: Tras los resultados la paciente presenta mistenia gravis generalizada que es tratada con gammaglobulinas 0.4 g/kg/día, piri-dostigmina 60 mg cada 8h, prednisona 10 mg. Mejoría de la disfagia y de su deterioro funcional, estando al alta con un Barthel 100 y deambulando con ayuda de un bastón. No utiliza espesantes. La miastenia gravis llamada la gran simuladora es más frecuente en mujeres jóvenes, con una incidencia de 15-20 casos por millón y está siendo una enfermedad emergente en los ancianos.

PC-210. DERRAME PLEURAL DERECHO MASIVO ESPONTÁNEO DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO

P. Alonso Fernández, M.E. Portilla Franco
y L.D.R. Evangelista Cabrera
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Aunque el hemotórax suele originarse por un traumatismo torácico cerrado, puede presentarse de forma espontánea ante enfermedades malignas, anticoagulación, rotura de aneurismas. La rotura de una disección aórtica (DA) es poco frecuente, si bien constituye la primera causa de muerte en pacientes con hemotórax de origen no traumático.

Caso clínico: Varón de 92 años con AP: FA en tratamiento con sintrom. Acude a Urgencias por disnea progresiva hasta hacerse de reposo, de una semana de evolución. No dolor torácico, tos ni palpitaciones. Situación funcional basal: Barthel 40/100, Lawton 0/5, FAC 3/5, sin deterioro cognitivo. Exploración física: TA: 140/90 mmHg, FC: 120 lpm, Saturación de oxígeno 92% con GN 2 lpm; auscultación cardiopulmonar: Ruidos cardiacos arrítmicos, ausencia de murmullo vesicular en hemitórax derecho. Abdomen sin hallazgos significativos. Exploraciones complementarias: Analítica: leucocitos 7.400, 70% neutrófilos, hematocrito 32%, hemoglobina 10,0 g/dl; plaquetas 581.000/ml; glucosa 115 mg/dl; creatinina 1,27 mg/dl; INR 9,3; T-troponina y urianálisis normales. La placa de tórax reveló derrame pleural derecho sin desviación del mediastino. Se instaura tratamiento con vitamina K. Horas después el paciente presenta empeoramiento del patrón respiratorio y desaturación de oxígeno. Se realiza toracocentesis obteniéndose 1.000 mL fluido hemático. Se realiza TC-torácico que muestra disección aórtica con flap intimal, como responsable del hemotórax, momento en que el paciente presenta parada cardiorespiratoria y fallece.

Discusión: La incidencia de DA varía de 2,6-3,5 por 100.000 personas/año, siendo más frecuente en varones de 60-80 años. El hemotórax aparece en el 10% de roturas de aorta descendente, habitualmente en el lado izquierdo, con dolor torácico y compromiso hemodinámico. La DA sin dolor es poco frecuente (6,4%) y tiene elevada mortalidad. Ante la sospecha de DA aguda el TC-torácico es la prueba diagnóstica que aportará información sobre el lado de la rotura y ayudará a evitar complicaciones y planificar el tratamiento. Además de corregir la coagulopatía, el drenaje (toracostomía) es el primer paso en el manejo del paciente estable. El tratamiento quirúrgico con soporte cardiorespiratorio será de elección ante compromiso hemodinámico. La DA es una situación grave que en algunas ocasiones puede presentarse como hemotórax derecho, por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial.

PC-211. UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE DE STATUS CONVULSIVO

J. Manzarbeitia Arambarri, C. Ramón y M. Asenjo
Hospital de Getafe. Getafe.

Caso clínico: Una mujer de 79 años en situación basal excelente hipertensa y diabética ingresa en nuestra planta procedente de otra autonomía tras sufrir un ictus de ACM derecha, con hemiparesia izquierda. La angiorresonancia estenosis suboclusiva en la salida de arteria carótida interna derecha y total de carótida interna izquierda. Una vez estabilizada, se realiza endarterectomía carotídea electiva derecha. La arteriografía de control demuestra permeabilidad residual de la otra carótida, por lo que se implanta un de stent. El postoperatorio en UCI dura 4 días por inestabilidad hemodinámica precisando aminas vasoactivas. Trasladada a planta permanece estable hasta el segundo día en que las cifras tensionales son elevadas y de difícil control con cuatro fármacos. Aparecen crisis parciales simples, no controladas con el control tensional ni antiepilépticos parenterales. Posteriormente se trasforman en crisis complejas entrando en status que no se controla por lo que vuelve a UCI. Actualmente permanece ingresada la evolución es funcional es buena. La endarte-

rectomía carotídea es una técnica quirúrgica que ha demostrado disminuir el riesgo de ictus y muerte en pacientes sintomáticos. La indicación de esta técnica es la estenosis carotídea sintomática mayor del 70%. Dentro de las complicaciones derivadas de la cirugía el síndrome de hiperflujo es una de ellas, cuadro clínico en el que se centra nuestro caso. Esta entidad es una complicación poco frecuente (1-3%) que no se suele contemplar en el diagnóstico diferencial de las complicaciones. Se caracteriza por la triada de cefalea, convulsiones y focalidad neurológica junto a hipertensión arterial. Nuestro caso trata sobre una paciente que desarrolla un status parcial complejo tras realizar la técnica quirúrgica. Es muy importante conocer esta entidad para asegurar un manejo tensional y pre y postoperatorio adecuado para reducir las secuelas funcionales y vitales de la misma.

PC-212. DISECCIÓN ENFISEMATOSA DE LA PARED GÁSTRICA EN MUJER DE 87 AÑOS

O.I. Fernández Rodríguez, A.L. Martínez González,
L. Bermejo Aparicio, A. Alonso de Paz y S. Bendaña Cimadevilla
Complejo Asistencial de León. León.

Caso clínico: Mujer de 87 años que ingresa a causa de dolor abdominal, vómitos y posteriormente hematemesis de 24 horas de evolución. Se realizó gastroscopia en urgencias, que no evidenció patología reseñable. Después de unas 12 horas de ingreso presentó empeoramiento dramático, con fiebre, leucocitosis e hipotensión severa. Se realizó ecografía y radiografía simple de abdomen nuevamente. La radiografía evidenció gas disecando la pared gástrica en todo su recorrido, y la paciente fue tratada con antibioterapia de amplio espectro y soporte hemodinámico con aminas vasoactivas, con mejoría y resolución del cuadro en las 72 horas posteriores. Se aisló *S. aureus* en el aspirado gástrico y en hemocultivos (tres muestras), no evidenciándose otro foco infeccioso en gammagrafía con Galio ni en ecocardiograma. Diagnóstico: gastritis enfisematosa por *Staphylococcus aureus*.

Discusión: La gastritis enfisematosa es una rara forma de enfermedad infecciosa, causada por un pequeño grupo de microorganismos (normalmente productores de gas). El tratamiento de elección es quirúrgico, con gastrectomía subtotal, pero en este caso no fue posible dado el alto riesgo y el deterioro general de la paciente. La recuperación completa en dos semanas, como ocurrió, es excepcional en la literatura, siendo por lo general el pronóstico ominoso sin intervención quirúrgica. Condiciones asociadas a esta entidad son la diabetes mellitus, el alcoholismo, o el infarto gástrico. Todas ellas fueron excluidas en esta paciente.

PC-213. PERICARDITIS CONSTRICTIVA: DIAGNÓSTICO DIFÍCIL EN UN CASO DE ASCITIS DE ORIGEN NO FILIADO

S. Bendaña Cimadevilla, A.L. Martínez González,
L. Bermejo Aparicio, A. Alonso de Paz y O. Fernández Rodríguez
Complejo Asistencial de León. León.

Caso clínico: Varón de 83 años que ingresa por edemas en miembros inferiores de meses de evolución. Había precisado ingreso hospitalario en tres ocasiones durante los dos meses previos. No enfermedad infecciosa evidente previa. Fue diagnosticado clínicamente como insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ventricular izquierda preservada. En el presente ingreso se evidenció dilatación de cava inferior y ascitis ecográficamente, demostrándose la existencia de exudado tras paracentesis, con pruebas de función hepática normales y descartándose la existencia de hipertensión portal (dif. de albúmina). Se realizó TC torácico y RMN que evidenciaron la existencia de gran engrosamiento pericárdico (mayor de 1,5 cm), indicándose estudio hemodinámico que fue compatible con el cuadro clínico sospechado de pericarditis constrictiva. Se realizó pericardiectomía con resolución total del cuadro, no demostrándose en ningún momento la infección tuberculosa activa (diversos estudios microbiológicos, respuesta a interferón gamma).

Discusión: La pericarditis constrictiva debería ser considerada en todos los casos de ascitis de origen indeterminado. La ecocardiografía es un método poco sensible para su detección, siendo la resonancia magnética nuclear y el estudio hemodinámico las pruebas combinadas adecuadas para demostrar el diagnóstico. La infección tuberculosa previa o actual puede estar latente o ausente, como ocurre en la mayoría de los casos.

PC-214. FACILITANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HbA1c CAPILAR EN EL DIAGNÓSTICO Y CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES

J.A. López Trigo, R. López Mongil, M.J. Carranza Priante, B. Pastor Cuadrado, Equipo de Enfermería y A. Gordaliza Ramos
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Analizar la correlación entre los niveles de hemoglobina glicosilada (Hb A1c) en sangre capilar y (Hb A1c) de sangre venosa en una cohorte de pacientes diabéticos de un centro residencial, valorando la posible utilidad y beneficios de esta prueba de cribado, para el diagnóstico de diabetes mellitus (DM) y como indicador de control metabólico.

Métodos: Estudio transversal sobre 38 pacientes diabéticos pertenecientes a tres unidades de geriatría (A1, A2, A3), que aceptaron realizarse una analítica con determinación de HbA1c en sangre venosa. Se ha utilizado un analizador Afinion AS 100 para la determinación de HbA1c en una muestra de sangre capilar (procedente de un pinchazo en el dedo). Esta prueba refleja la glucemia media de los dos o tres últimos meses. Diagnóstico de DM según IDF (International Diabetes Federation) > 6,5% control de la diabetes según IDF: En pacientes con buena situación funcional el objetivo es HbA1c: 7-7,5%), en pacientes dependientes 7-8% y en frágiles y demencia hasta 8,5%. El análisis estadístico se ha realizado con Statgraphics Centurion XVI (versión 16.1.03) bajo licencia de la Universidad de Valladolid.

Resultados: Edad media: 82,54 años. Por unidades: A1: 83,55^a, A2: 85,05^a, A3: 76,22a (65% mujeres). El coeficiente de correlación = 0,92005, R² = 84,6%. Se ha estudiado la diferencia de medias entre ambas puntuaciones con pruebas para muestras pareadas y no hay diferencias significativas. Se estudia la capacidad predictiva de HbA1c capilar sobre la venosa centrado en los valores que quedan por encima o debajo del umbral del 6,5% y el 89,19% son aciertos y con el umbral del 7% el 89,19% son aciertos.

Conclusiones: Ambas determinaciones de HbA1c, capilar y venosa miden lo mismo, por lo que puede recomendarse la determinación de la HbA1c capilar, por la mayor comodidad en personas de edad avanzada y la rapidez en la obtención del resultado, lo que supone un avance importante al facilitar tanto el diagnóstico como el control de una enfermedad como la diabetes que es paradigma de cronicidad en ancianos.

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

PS-001. PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE/ CUIDADOR ACTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

I. Redondo Zambrano¹, M.D.C. Gonzalo Jurado², M. Bacariza Cortiñas², J.A. Ferreiro Guri² y T. Díaz Mallo²
¹SERGAS. Santiago de Compostela. ²Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela.

Objetivos: Promover, informando, el envejecimiento saludable y participativo de las personas mayores usuarias de un Centro de Salud comprendidas entre 55-75 años.

Métodos: Como referencia táctica y estratégica se han desarrollado 2 programas durante el periodo comprendido entre 2008 y 2014 con una metodología centrada en la persona y proactiva: 1. Cuidando al cuidador para prevenir el deterioro psicosocial de los cuidadores. 2. Envejecimiento activo (salud y ocio en la tercera edad) para promover formas de vida saludables (alimentación sana y equilibrada, buen uso de la medicación, actividad física e higiene postural, agilidad mental y memoria, control de las emociones y reducción del estrés y la ansiedad, salud afectivo sexual a partir de los 50 años, recursos sociosanitarios y ocio-tiempo libre) para retardar el deterioro físico y mental previniendo así la dependencia.

Resultados: El programa ha beneficiado a 3.500 usuarios/as, del total de 11.000 que reciben asistencia en un Centro de Salud. Los resultados obtenidos han sido: mejorar la información sobre recursos biopsicosociales existentes (50%). Garantizar los cuidados de las personas dependientes a través de un apoyo psicosocial de sus cuidadores (75%). Enseñar al cuidador a “aprender a delegar” como forma de proteger su propio bienestar físico y mental (50%). Información de hábitos de vida saludables para modificar actitudes que aumenten la salud integral de las personas que son objeto del programa (30%). Mejorar la información sobre cómo utilizar el ocio y tiempo libre de una forma positiva para su salud (40%).

Conclusiones: Esta línea de trabajo de Promoción de la Salud desde un enfoque biopsicosocial desarrollada en un Centro de Salud, consigue un empoderamiento de las personas de 55 a 75 años para envejecer activa y saludablemente, saber cuidarse y cuidar, prevenir enfermedades crónicas y así la dependencia. También se consigue que se vea el Centro de Salud como un espacio no solo de enfermedad; si no de salud, con una interacción entre el ciudadano sano, el que tiene alguna enfermedad, el que cuida y los profesionales sociosanitarios. En resumen, es una experiencia de Participación Comunitaria en Salud.

PS-002. VALIDEZ Y CRITERIOS NORMATIVOS DEL AVLT-PA PARA DISCRIMINACIÓN Y PREDICCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEMENCIA

M.D. Calero García y E. Navarro González
Universidad de Granada. Granada.

El aumento del número de personas mayores está provocando una revisión y actualización de los procedimientos utilizados para determinación del deterioro cognitivo y la demencia. Dos son las características que se tienen en cuenta para seleccionar una técnica como procedimiento inicial de screening cognitivo: 1) que sea rápida y 2) que sea aplicable a ancianos de muy diferentes niveles culturales. En esta dirección los tests de memoria han cobrado gran importancia en la evaluación neuropsicológica inicial de las personas mayores, lo que ha motivado la publicación de estudios normativos para dife Uno de los procedimientos más utilizados lo constituye las listas de palabras. De esta tarea existen varias versiones desde la inicial Claperade, 1919. La última de ellas, el AVLT-PA (*Auditory Verbal Learning Test - Potencial de Aprendizaje*) es muy utilizada como medida de la plasticidad cognitiva en mayores. En esta se aumentan los ensayos de 5 a 7 y en los dos intermedios A3 y A4 se introducen una serie de ayudas y de refuerzo sobre la ejecución dirigidas a optimizar la memorización de los ancianos. Para su interpretación se han utilizado diversos índices además de la curva de aprendizaje y de las puntuaciones iniciales de ejecución (puntuaciones pretest): puntuación de ganancia simple, puntuación de recuerdo demorado; c) diferencia A7-A1, ganancia residual y el índice de cambio fiable (RCI). El objetivo de este trabajo ha sido analizar la sensibilidad de los diferentes criterios de interpretación propuestos para establecer el deterioro cognitivo o la demencia y establecer su validez predictiva del declive cognitivo en un seguimiento realizado a los 1, 2 y 3 años. Un segundo objetivo ha sido aportar criterios normativos útiles para su uso en nuestro

país. Han participado 660 ancianos de 60 a 98 años de edad. De ellos se ha recogido datos al año, a los dos años y a los tres. Se muestran resultados sobre la utilidad de los diferentes índices respecto al establecimiento del estatus cognitivo y la predicción de su evolución y los posibles criterios normativos para ancianos españoles.

PS-003. IMPACTO DE LA ACTUACIÓN EN EL CENTRO DE DÍA EN EL GRADO DE DEPENDENCIA Y DETERIORO COGNITIVO

L. Amunarriz Eceiza, M.A. Cruz Montes y M.C. Martínez Burgui
Residencia Zorroaga. Donostia.

Objetivos: Valorar en los usuarios del centro de día el impacto de la psicoestimulación en su dependencia física y deterioro cognitivo.

Métodos: Entre el 1/1/2014 y el 30/3/2015 a los nuevos usuarios del centro de día se les valoró física y cognitivamente delimitando su estado al ingreso. Las mismas escalas se utilizaron a los 3, 6 y 12 meses. Al ingreso se definieron según los resultados obtenidos, el grupo de trabajo de psicoestimulación. También se especificó tras valoración por fisioterapia, la necesidad o no de realizar ejercicios de rehabilitación específicos. Sobre una población de 12 usuarios de edad media de 79,9 años. 3 residentes fueron valorados en 4 ocasiones, 6 en 3 y 3 sólo 2 veces. Pasamos el test de lobo, test del reloj y nº de animales en 1 minuto para valorar el estado cognitivo; NPI para los cuadros de agitación; Cornell y Yessavage para la depresión y Barthel. Todos realizaron terapias de psicoestimulación, musicoterapia y psicomotricidad (de flexibilidad y resistencia), ninguno hizo fisioterapia. El 58,3% tenían diagnóstico de demencia, 2 deterioro cognitivo sin criterios de demencia y 3 tenían integridad cognitiva. 4 de ellos tenían alteración de conducta y nosotros detectamos 3 casos más al ingreso. Funcionalmente 1 era autónomo, 7 dependientes leve, 3 moderados y 1 total.

Resultados: Cognitivamente destaca que el 75% mejoran o se mantienen en concentración, atención y memoria. Conductualmente el 85,7% mejora, la mitad completamente. No hubo casos nuevos de alteración de conducta. Funcionalmente el 16,6% mejoraron, el resto mantuvo la dependencia. De los usuarios 4 tenían resultados compatibles con estado depresivo, de los cuales el 75% mejoraron hasta desaparecer y uno empeoró.

Conclusiones: Las actividades realizadas, producen importantes mejoras en la cognición; en nuestra muestra más del 40% y mantienen el nivel cognitivo un 33% (75% con demencia o deterioro cognitivo previo). Ayuda a mantener el nivel funcional, y en un 16,6% a mejorar. Los trastornos conductuales mejoran, llegando a desaparecer en el 66% de los casos, o controlarse con facilidad en el resto. Mejoran su estado depresivo el 75% de los usuarios que lo padecían.

PS-004. FRECUENCIA DE PRODUCCIÓN DE LAS RESPUESTAS A 20 CATEGORÍAS SEMÁNTICAS EN ADULTOS JÓVENES Y PERSONAS MAYORES

I. Lizaso y A. Aizpurua
Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Introducción: A pesar de la importancia de disponer de datos normativos de categorías semánticas para poder analizar procesos cognitivos básicos como la atención, la memoria y el lenguaje, existe poca investigación relacionada con la normalización de categorías en castellano en personas mayores.

Objetivos: El objetivo principal fue recopilar en el mismo contexto temporal y sociocultural las respuestas a veinte categorías semánticas en adultos jóvenes y personas mayores.

Métodos: Se empleó el procedimiento de producción categorial con 285 adultos jóvenes (M = 20,21 DT = 2,12, 58,1% mujeres) estudiantes de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y 272 personas mayores (M = 63,75, DT = 4,76, 61,4% mujeres) pertenecientes a la Universidad

para personas mayores de 55 años. Cada participante tenía un cuadernillo con una primera parte donde se recogieron datos sociodemográficos y una segunda parte donde se pidió que escribieran el mayor número posible de palabras para 20 categorías semánticas durante 30 segundos por categoría.

Resultados: Se calculó, para cada categoría, en la muestra total y para cada grupo de edad, la frecuencia total y la media de producción de respuestas, el número de ejemplares diferentes y el índice de semejanza entre las respuestas producidas. En la media de producción se encontraron diferencias significativas entre los adultos jóvenes y mayores en 15 categorías, con los jóvenes con una media superior en 11 categorías y las personas mayores en 4 categorías, diferencias que ponen de manifiesto la necesidad de utilizar datos normativos adecuados a cada grupo de edad.

Conclusiones: Este conjunto de normas categoriales constituye un instrumento de trabajo válido para investigadores de distintos ámbitos como la psicología, la lingüística y la neuropsicología.

PS-005. AUZOLANDEGIAK, UN PROYECTO INTERGENERACIONAL

O. Formoso Nogales
Residencia Mizpirualde. Bergara.

Esta comunicación viene a ser descriptiva, con el objeto de contar la experiencia de este proyecto intergeneracional en una Residencia de la Tercera Edad de Guipúzcoa. Es una actividad socio-asistencial, que se puede entender como un proyecto intergeneracional, ya que un número de jóvenes determinado de todo el estado toman parte en él e interactúan con los residentes durante todo un mes, bajo la supervisión y directrices de la trabajadora social, psicóloga y coordinadora del programa de intervención psicosocial y monitora del centro. Se lleva a cabo en coordinación con el Gobierno Vasco y el Ayuntamiento de la localidad de la residencia. Objetivos del Programa Auzolandegiak: Fomentar el conocimiento mutuo y las relaciones entre personas de generaciones diferentes. Fomentar la creatividad de los/as residentes mediante diversas actividades. Romper con la rutina establecida del centro. Concienciar a los jóvenes de la importancia de la persona mayor en la sociedad. Mantener la Memoria histórica mediante verbalizaciones (reminiscencias) de los/as residentes. Abrir la residencia a otros jóvenes y al pueblo en general. En la comunidad se intentará exponer esta experiencia que viene repitiéndose desde el 2009 y su metodología.

PS-006. VOLUNTARIADO EN PERSONAS MAYORES: ANÁLISIS DE SU MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN

P.J. Castañeda García y R. Rodríguez Acosta
Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna.

Objetivos: Conocer el perfil de un grupo de personas voluntarias a través de tres tipos de variables: a) sociodemográficas; b) tipo de motivación, y c) nivel de satisfacción vital.

Métodos: Estudio transversal descriptivo que incluyó 70 participantes, entre los 50 y 82 años de edad, mitad mujeres y mitad hombres, sin dependencia física ni cognitiva, y voluntarios en 5 organizaciones socioasistenciales, religiosas y civiles. Para obtener los datos sociodemográficos personales les preguntamos directamente; para medir su motivación voluntaria les aplicamos el Inventario de Funciones del Voluntariado (Clary, Snyder, Ridge, Copeland, Stukas, Haugen y Miene, 1998) y para medir la satisfacción vital, la Escala de Filadelfia (Lawton, 1972). La aplicación se desarrolló en los lugares de su actividad voluntaria.

Resultados: El perfil sociodemográfico de nuestra muestra de voluntarios corresponde a personas emparejadas, jubiladas, con pocas cargas familiares y buena salud. Participan tanto en organizaciones civiles como religiosas, y dedican un promedio de 13 horas semanales. Las personas voluntarias emparejadas (67,1%) son las que llevan

más años con esa actividad ($p < 0,05$), siendo los hombres los que mayor implicación tienen en las organizaciones, tal vez debido a que las mujeres suelen tener más responsabilidades domésticas y familiares que atender. El tipo de motivación mayoritaria para su voluntariado es la de valores altruistas ($p < 0,05$), seguida por la de conocimiento. Por el contrario, la motivación menos elegida fue la de mejora del propio currículo. Por otro lado, tener alguna persona a cargo disminuye el tipo de motivación social ($p < 0,05$). Además, la situación laboral parece influir en el tipo de motivación. La mayoría de estos voluntarios, se perciben, en general, muy satisfechos (65,7%), especialmente aquellos que tienen, alguna persona a su cargo, y que continúan trabajando y sin diferencias por el tipo de organización.

Conclusiones: El grupo de voluntarios mayores de este estudio muestra un posible modelo de envejecimiento positivo en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, lo que se corresponde con las recomendaciones de la ONU para el siglo XXI.

PS-007. LA ABUELIDAD EN FUNCIÓN DE ACTIVIDADES DINÁMICAS Y SEDENTARIAS

P.J. Castañeda García y N. Ramos Pérez
Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna.

Objetivos: Conocer la percepción que tienen los abuelos sobre algunas actividades de tipo dinámico y sedentario que comparten con sus nietos. También si éstas están relacionadas tanto con la edad como con el género de los abuelos. Además, se estudia la relación de estas actividades compartidas con el nivel de ejercicio físico propio de los abuelos en su tiempo libre.

Métodos: Estudio descriptivo con muestreo transversal, compuesto de 60 participantes, 30 abuelas y 30 abuelos, de 45 a 89 años, del área metropolitana de Santa Cruz-La Laguna (Tenerife). Se aplicaron tres cuestionarios: uno primero, para la información sociodemográfica; un segundo, previamente normativizado, donde medíamos qué tipo de actividades dinámicas y sedentarias realizan los abuelos con sus nietos, y un tercer cuestionario donde medíamos el ocio y el tiempo libre de los propios abuelos.

Resultados: Los abuelos realizan tanto actividades dinámicas como actividades sedentarias con sus nietos, siendo la actividad más frecuente entre ambos una sedentaria: Echarse a ver la TV en el sofá o la cama (87,5%), y la menos frecuente, otra sedentaria: Conectarse a Internet (10%). La edad de los abuelos no guarda relación con la frecuencia de esos dos tipos de esas actividades compartidas. También los resultados muestran que el género de los abuelos tiene relación con esos dos tipos de actividades compartidas y con la frecuencia con la que se llevan a cabo, pues las abuelas realizan un mayor número de esas actividades con sus nietos que los abuelos ($p < 0,001$). Ellos sólo sobresalen en Hablar en lugares públicos con nietos mayores de 17 años ($p < 0,049$). Además, no existe relación entre el ejercicio físico propio que realizan los abuelos y las actividades compartidas con sus nietos.

Conclusiones: El aumento de formas de ocio vinculadas a las tecnologías y calificadas como sedentarias podría aumentar en un futuro la frecuencia de actividades de estilo pasivo frente a las de estilo activo que ya se vienen dando con anterioridad, y que podrían incidir en factores como el aumento de la obesidad si no tomamos medidas educativas preventivas.

PS-008. IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE VIDEOCONFERENCIAS EN CENTROS PARA MAYORES

A. Ramón Costa¹ y B. Gómez Llorens²
¹Novaire Babel. Alicante. ²Novaire Condomina. Alicante.

En 2011, Novaire pone en marcha "Mayores 2.0", un proyecto destinado a enseñar a las personas mayores que viven en sus centros, los avances tecnológicos, sus beneficios directos para ellos, así como la

forma de usarlos; con el objetivo final de facilitar su desarrollo personal y social, fomentando relaciones interpersonales y contacto con el entorno. En 2013 se implanta el Servicio de videoconferencias, poniendo a disposición de usuarios y familiares un sistema de comunicación más cercano, directo y completo. Las videoconferencias van dirigidas a usuarios sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve asociado a la edad de los centros y a sus familiares. Se dotó, a los centros de equipos informáticos (tabletas y ordenadores), así como de las aplicaciones necesarias para su desarrollo (Facetime y Skype). Para su puesta en marcha, contamos con la colaboración del personal del centro y voluntarios. La difusión del proyecto se realizó en 2 fases: una interna, a través de cartas informativas a los familiares; y una externa, mediante carteles, folletos y artículos en el Diario Información de Alicante. Desde la puesta en marcha de este servicio, se han realizado múltiples videoconferencias con familia y amigos, se han potenciado también encuentros intergeneracionales. Se ha conectado a los usuarios con la actividad cultural de la ciudad, acercándoles, mediante videoconferencias con voluntarios, a visitar museos, fiestas locales. Los familiares que tienen dificultad para hacer consultas a los profesionales del centro, también tienen la posibilidad de contactar con ellos por esta vía. Se ha observado que este tipo de comunicación facilita el desarrollo de las relaciones interpersonales y el contacto con el entorno, independientemente de la capacidad de movilidad del individuo o de la situación espacio-temporal en que se encuentre. Mediante el uso de las videoconferencias, se reduce el sentimiento de soledad y se favorece el contacto con la actualidad cultural y los avances tecnológicos, integrando a los usuarios del servicio en la sociedad y reduciendo los prejuicios y estereotipos que, aún hoy en día, existen con respecto a este sector de población, cada vez más preparado e interesado en cualquier tipo de avance.

PS-009. VERSIÓN INFORMATIZADA DE UNA BATERÍA DE ACTITUDES HACIA EL ADULTO MAYOR Y EL ENVEJECIMIENTO

M. Ornelas Contreras¹, J.R. Blanco Ornelas¹, G. Gastélum Cuadras¹ y J. Viciiana Ramírez²

¹Universidad Autónoma de Chihuahua. México. ²Universidad de Granada. Chihuahua. México.

Introducción: La coincidencia entre desarrollos psicométricos y avances en informática representa una auténtica revolución en el diseño y aplicación de tests. Los sistemas automatizados de medida permiten obtener datos más precisos y fiables; aumentando la rapidez y eficacia en su análisis, presentación y almacenamiento. Por ello se hace necesario y es factible desarrollar este tipo de sistemas que permitan a los investigadores construir, aplicar y tabular tests de manera automatizada.

Objetivos: Diseñar la versión informatizada de tres escalas: actitudes hacia el adulto mayor de Kogan, ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender y estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE). El objetivo final consiste en aumentar la rapidez y eficacia en su aplicación y tabulación, para administrarlos a una mayor cantidad de personas en menor tiempo; desligando así al investigador de labores rutinarias y mecánicas.

Métodos: 1) Análisis, en varias reuniones el grupo de investigadores definieron a detalle los componentes y funciones del sistema. 2) Diseño y prueba de las versiones beta y 1.0, realizadas las correcciones y modificaciones a la versión beta se logró contar con un software relativamente libre de errores y con una calidad adecuada para ser utilizada por los usuarios finales. 3) Diseño del módulo de instalación, una vez lograda la versión 1.0, mediante el paquete Install Shield 5.5 se diseñó el instalador para distribuirlo a los usuarios finales.

Resultados: Se elaboró la versión informatizada de tres cuestionarios tipo Likert, asistidos por computadora, que constan de enunciados relacionados con los adultos mayores, la ansiedad ante el propio envejecimiento y de prejuicios hacia la vejez; donde el encuestado

responde, en una escala de 0 a 10 su grado de acuerdo con cada uno de los aspectos propuestos.

Conclusiones: Los resultados del uso del sistema permiten considerarlo un medio efectivo para la aplicación y calificación del cuestionario, al permitir el almacenamiento de los datos sin etapas previas de codificación, con una mayor precisión y rapidez; lo que repercute fundamentalmente en la confiabilidad de los datos obtenidos, además de que la etapa de recolección y tabulación de los resultados se lleva a cabo con facilidad y economía de tiempo.

PS-010. DISEÑO AMBIENTAL DE CENTROS SOCIO SANITARIOS PARA LA DISMINUCIÓN DE LOS SPCD EN PERSONAS CON DEMENCIA

P. Suárez López, N. Carcavilla González y R. Sánchez-Ostiz Gutiérrez
Idea S.L. Pamplona.

Objetivos: La intervención farmacológica permite resolver temporalmente el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en personas con demencia, sin embargo puede incrementar los niveles de confusión e inquietud del paciente y ocasionar reacciones o respuestas inadecuadas. Proporcionar un ambiente donde “encajen” los cambios cognitivos de los pacientes con demencia no solo conduce a un entorno más seguro, además, proporciona al personal una herramienta necesaria para mejorar la atención a esta población, disminuyendo considerablemente los niveles de “burn-out”. Se presume fundamental revisar la literatura para unificar todas aquellas características que ha de cumplir el entorno para disminuir los SPCD en personas con demencia y mejorar su calidad de vida. Estudiar los atributos sensoriales necesarios para un correcto diseño ambiental en domicilios e instituciones de personas con demencia. Analizar la relación clínica entre el diseño ambiental y los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en personas con demencia. Integrar el Diseño Ambiental como Terapia No Farmacológica en el abordaje de los SPCD.

Métodos: Se ha llevado a cabo un meta análisis sobre los atributos sensoriales cuya efectividad ha sido demostrada para la disminución de las conductas disruptivas (SPCD) de las personas con demencia en centros sociosanitarios.

Resultados: Los atributos modificables dentro del diseño ambiental en centros sociosanitarios cuya efectividad para la disminución de los SPCD ha sido demostrada científicamente son los siguientes: el uso de determinados colores, el tipo de luz y luminosidad, el manejo de las sombras, el ruido, la temperatura, el olor, la disposición y cantidad de los muebles, home-like, diseño del comedor y el clima social.

Conclusiones: Este meta-análisis demuestra el potencial que tiene el medio ambiente para contribuir a una mejora en los SPCD de las personas con demencia. La adaptación ambiental conlleva por tanto a una mejora en la salud, del comportamiento y la calidad de vida de las personas con demencia y, al mismo tiempo, del bienestar del personal responsable de sus cuidados. El desarrollo del conocimiento y la comprensión de esta área ofrecerán una experiencia mejorada para la provisión de cuidados de calidad a personas con demencia.

PS-011. ¿QUIÉN NECESITA AYUDA EN EL CUIDADO FAMILIAR?

N. Pousa Mimbbrero, I. González y V. Lizarraga
Fundación Bizizen. Durango.

Objetivos: Dar a conocer datos actuales del cuidado familiar en la CAPV.

Métodos: Los datos están extraídos de un servicio de asesoramiento y apoyo para personas cuidadoras de la CAPV que se llama “JAKITEN”, el cual está subvencionado por Gobierno Vasco. Este servicio pretende mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras y de sus familiares con dependencia proporcionando información básica sobre ayudas,

consejos de cuidado, desahogo emocional, y pautas para el autocuidado de las cuidadoras. Es gratuito, personalizado y confidencial. A él se puede acceder vía; teléfono, email, correo postal o redes sociales; Facebook y Twitter. Comenzó en el 2010 y tuvo el reconocimiento de Buenas Prácticas de Gobierno Vasco. Desde el inicio ha tenido una gran acogida y se han llegado a 770 intervenciones directas.

Resultados: El 78,3% son mujeres. Suelen tener entre 40 y 60 años. Edad media 47. El 64,4% son hijos/as y el 20% son pareja de la persona con dependencia. La mayoría acaban de empezar a cuidar. El 40% llevan cuidando entre 0 y 2 años y conviven con la persona dependiente (64,3%). En general tienen buena relación con la persona a la que cuidan (58,6%), pero aun así el 92,1% de las personas cuidadoras sufren malestar emocional. La persona cuidada sobre todo tiene una dependencia relacionada con la edad. El 78% tiene más de 75 años. La mayoría son mujeres (63,6%). Cuentan con un recurso domiciliario, el 36,2%. El 21% no cuentan con recursos para su cuidado. Un dato significativo, el 90% dice que su familiar sufre de algún tipo de deterioro cognitivo y/o funcional. Y que sufren trastornos de comportamiento (75%). El 47% de las intervenciones es para pedir información sobre ayudas y recursos. Se detecta mucha desinformación en torno a la dependencia y sus procesos. También llaman para pedir ayuda para el malestar de las personas cuidadoras. En el 25% de las llamadas hacen esta petición de forma directa. Y en un 85% esta petición está encubierta, pero se ha realizado un apoyo emocional.

Conclusiones: Son cuidados recientes, sufren malestar y gran desorientación con respecto a los recursos y ayudas.

PS-012. DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE BIOÉTICA PARA PROFESIONALES ASISTENCIALES SOCIO SANITARIOS. ESCALA DE BIOÉTICA EN RESIDENCIAS

M. Villaceros, F.J. Rivas, E. López, J.L. Lillo, M.L. Mejías, M.D. Arribas y E. Santos
Centro San Camilo. Tres Cantos.

Introducción: La calidad conlleva un compromiso con determinados objetivos en las organizaciones dedicadas al cuidado del ámbito de la dependencia. En el propósito continuo de la mejora del cuidado, queremos profundizar en la formación y desempeño ético de los profesionales sociosanitarios, ya que la transversalidad de la ética afecta al cuidado del anciano en todas sus dimensiones; biológica, psicológica, social y espiritual. En concreto, el objetivo de este estudio fue el diseño y validación de una escala de medida sobre Bioética en Residencias.

Métodos: Tras una revisión bibliográfica sobre concepto bioética aplicado al mundo de la Geriátría se elaboró un listado de 42 ítems con afirmaciones que planteaban situaciones ante las que cabe el conflicto ético. Se ordenaron en torno a los 5 principios (beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y confidencialidad). Tras la revisión de los expertos se seleccionaron 31 ítems que se enviaron en formato cuestionario online a aproximadamente 7.000 personas de una base de datos de un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid. En dos semanas habían contestado 191 personas. Se realizó un análisis factorial exploratorio (Mínimos Cuadrados Generalizados y rotación Varimax) para valorar que ítems saturan más y que estructura factorial ofrecía el cuestionario. Se calculó el índice alfa de Cronbach para el análisis de fiabilidad por consistencia interna.

Resultados: De los 31 ítems se eliminaron 10 por no cumplir los siguientes criterios; comunalidad >0,3, índice de homogeneidad corregida >0,3, información no redundante. La estructura del cuestionario se organizó en 6 factores que explicaban un 41,4% de la varianza y con una fiabilidad de 0,7220.

Conclusiones: Se presenta un cuestionario de 21 ítems para valorar la actitud ética de profesionales asistenciales del ámbito de la Geriátría, en proceso de validación pero con adecuadas propiedades de validez y fiabilidad.

PS-013. EXPERIENCIA INTERGENERACIONAL DE COAPRENDIZAJE: TRANSMISIÓN DE VALORES A TRAVÉS DE VARIAS GENERACIONES

A.B. Navarro Prados, M.V. Martín Cilleros, M.B. Bueno Martínez, M.C. Sánchez Gómez y J. Buz Delgado
Universidad de Salamanca. Salamanca.

Introducción y objetivos: Los Programas Intergeneracionales son un instrumento para el intercambio de recursos y aprendizaje entre generaciones mayores y las más jóvenes con el fin de lograr beneficios individuales y sociales potenciando el envejecimiento activo. Se ha llevado a cabo un proyecto para promover el intercambio de información, conocimiento, experiencias, acciones y recursos entre maestros mayores y maestros en formación, para contribuir a su desarrollo continuo, al aumento de sus saberes, al aprendizaje mutuo y conjunto, potenciando una visión positiva de las personas mayores.

Métodos: Se formaron 11 grupos compuestos por 4-5 alumnos de Grado en Educación Infantil y un maestro mayor matriculado en el Programa Interuniversitario de la Experiencia de Zamora. Se aplicó un cuestionario en formato de preguntas abiertas donde se recogían opiniones acerca de beneficios, aprendizajes que consideraban que iban a tener como maestro en formación y como maestro mayor al participar en ese intercambio intergeneracional, cómo creía que era un maestro mayor y cómo cree que debería ser un maestro. Así como un cuestionario para evaluar el estereotipo de la vejez que incluyen la dimensión salud, carácter-personalidad y motivación-social, formado por unas preguntas en formato tipo Likert (Blanca, Sánchez y Trianes, 2005; Montorio e Izal, 1991). Con el fin de valorar el aprendizaje de competencias, se llevó finalmente a cabo una discusión en grupos focales.

Resultados: Sentimientos de utilidad, poder prolongar su vocación, nuevos aprendizajes o transmisión de experiencias vivenciales son algunos de los beneficios que los mayores manifestaron. Los jóvenes encontraron aprendizaje de recursos y metodologías, ideas, formas de resolver problemas y anticipar las dificultades en el aula. Compartir información, conocimientos, experiencias, acciones y recursos entre maestros mayores y maestros en formación, permitió abordar valores como el respeto a la diversidad y mejorar sentimientos de utilidad en los mayores a partir del reconocimiento social positivo.

Conclusiones: Participar en experiencias intergeneracionales promueve un mayor aprendizaje de competencias por parte de los maestros en formación de cara al ejercicio de su profesión a través de la transmisión tradicional de conocimientos, así como el reconocimiento social de los mayores.

PS-014. 20 AÑOS EN UN CENTRO

J. Marí Marí, A. Serapio Costa, V. Rivero Moreno-Ortiz y P. Muñoz Tartalo
Hogar La Paz. Hogar de Ibiza. Eivissa.

Introducción: Durante estos 20 años de existencia el Hogar de Ibiza, un centro diurno, modalidad sociocultural y dependiente del Consell Insular d'Eivissa, ha promovido el envejecimiento activo, ofertando una serie de servicios accesibles y centrados en los/las usuarios/as, así como de sociabilización y, una variedad de actividades socioculturales con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores usuarias del centro y, así, combatir su posible aislamiento social. En estas dos décadas el Hogar de Ibiza ha tendido puentes a sus usuarios/as, facilitándoles la disponibilidad de servicios y actividades que han sido determinantes en su salud y bienestar, así como en su proceso de envejecimiento activo, digno e indispensable para su vida personal y social.

Objetivos: Identificar al usuario activo en un centro sociocultural con 20 años en funcionamiento.

Métodos: Hemos recogido una muestra de los/as 200 primeros/as socios/as inscritos en el Hogar.

Resultados: En esta muestra que nos parece significativa hemos extraído el porcentaje de usuarios/as que aún siguen acudiendo al Centro y beneficiándose de los servicios y actividades realizadas en el mismo.

Conclusiones: El Hogar de Ibiza es un centro consolidado y de referencia en la sociedad ibicenca, así como necesario e imprescindible para el bienestar de las personas mayores de la isla.

PS-015. PROYECTO FORMATIVO Y DE INTERCAMBIO ENTRE NIÑOS DE 9 AÑOS Y PACIENTES CON DEMENCIA

J.J. Roldán Larreta¹, C. Sánchez Tornero¹, B. Intxaurrendó² y J. López de Giokoetxea¹

¹*Clínica Josefina Arregui. Alsasua.* ²*Hospital de Día. Pamplona.*

Objetivos: El conocimiento por parte de los niños de las demencias, centrándonos en la enfermedad de Alzheimer y la interrelación entre niños/as y ancianos/as. Asimismo, intenta recuperar la cultura del respeto hacia los mayores, rebatir las ideas estereotipadas sobre la vejez, reconocer el valor de sus experiencias, educar a los niños en la enfermedad del Alzheimer, ayudando a combatir la estigmatización asociada a esta enfermedad y establecer un espacio de encuentro y comunicación que estimule positivamente a los usuarios del centro de día.

Métodos: El perfil cognitivo de los ancianos estaría dentro del GDS 3,4. El perfil de los niños/as, son edades comprendidas entre 9-10 años. Se realizarán 3 sesiones con una duración cada una de 1,45 horas. Dos de ellas se realizan en el centro educativo y otra en nuestra Clínica. Anteriormente y tras las 3 sesiones los niños rellenan un cuestionario de conocimiento general sobre la enfermedad de Alzheimer. Primera sesión: sesión formativa. Los profesionales de la clínica, explicarán de manera interactiva la enfermedad del Alzheimer a los niños, con ayuda de un sistema informático llamado: "El Alzheimer desde la visión de un niño". Como introducción, nos serviremos del cuento sobre Alzheimer llamado "La vecina de Miguelito". Segunda sesión: 5 pacientes acuden a la escuela. Explican las diferencias entre la escuela de antes y la actual y los diferentes juegos a los que jugaban nuestros mayores, fomentando esos juegos en los niños/as. Tercera sesión: 10-15 alumnos, visitarán la clínica dónde realizarán sesiones de estimulación con usuarios del centro de día.

Resultados: Los resultados de los cuestionarios indican que la percepción, valoración y el conocimiento de la enfermedad antes y después de la experiencia ha cambiado. En el cuestionario de conocimiento previo a las actividades el resultado medio de aciertos era 7,1/10 y en el posterior es 9,5/10.

Conclusiones: Se produce una mejora en el conocimiento general de las características de la enfermedad de Alzheimer por parte de los niños. El intercambio entre ancianos y niños ha resultado satisfactorio para ambas partes trabajando diferentes valores como la solidaridad y eliminando rasgos negativos asociados a la tercera edad.

PS-016. RESULTADOS PRELIMINARES. ¿SE PUEDE MEJORAR EL EQUILIBRIO Y EL MIEDO A CAERSE CON LA CONSOLA WII DE NINTENDO?

P. Montero Alía¹, J.L. Albarrán Sánchez², M. Jiménez González¹, C. Benedicto³, L. Muñoz¹, M.C. Rodríguez Pérez⁴ y P. Torán⁴

¹*EAP La Rera Mataró-1. Mataró.* ²*EAP El Masnou. El Masnou.* ³*EAP Rocafonda Mataró-3. Mataró.* ⁴*USR IDIAP Jordi Gol. Mataró.*

Objetivos: Evaluar la utilidad de una intervención con la consola Wii de Nintendo en la mejora del equilibrio y en la disminución del miedo a caerse.

Métodos: Ensayo clínico multicéntrico controlado aleatorio que compara personas que reciben un entrenamiento del equilibrio con la consola Wii de Nintendo, con un grupo control en cinco centros de

salud de España y en adultos de más de 70 años con capacidad de deambulación autónoma (con o sin ayuda técnica). Se calculan 760 personas repartidas en los dos grupos estimando un 20% de pérdidas. La asignación del grupo es aleatoria. El reclutamiento se realiza mediante llamadas telefónicas de listados de pacientes seleccionados por edad. El grupo intervención realizará un entrenamiento con ejercicios de equilibrio de 30 minutos con la consola: 2 sesiones a la semana durante 3 meses en grupos de 4 personas acompañados de un monitor. Se evaluará el equilibrio mediante los test de Tinetti y Unipodal al final de la intervención (3 meses) y al año post inclusión, y el miedo a caerse mediante el test FES-1 abreviado. Seguimiento telefónico trimestral para recoger las caídas.

Resultados: 951 personas reclutadas. 461 GC y 490 GI. La muestra ha aumentado al aumentar las pérdidas en el GI superiores al 20%. Media edad 76 años. A los tres meses analizando 312 personas en GC y 214 GI se observa una mejora estadísticamente significativa del test Unipodal (77,9% visita 1 y 89,4% post entrenamiento $p = 0,001$) en el GI al igual que una disminución del miedo a caerse. Sin embargo en el test de Tinetti se observa una tendencia a la mejora sin ser estadísticamente significativo. Al año, con el 34,7% de la muestra analizada, se observan diferencias estadísticamente significativas con la disminución de caídas en el GI y no se observan diferencias significativas en ninguno de los ítems que valora el equilibrio.

Conclusiones: Un entrenamiento sencillo y económico con la consola Wii de Nintendo mejora el test Unipodal y reduce el miedo a caerse a corto plazo. Podría también reducir caídas aunque es prudente esperar a concluir toda la muestra y a su análisis.

PS-017. GEROTRASCENDENCIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO A LO LARGO DEL DESARROLLO ADULTO: UN CAMINO POR EXPLORAR

J.J. Zacarés González, C. Jatahy Peixoto y M. Hernández López
Facultad de Psicología. Universitat de València. Valencia.

La gerotranscendencia tal como fue definida por Tornstam en 1993 se concibe como “un cambio en la metaperspectiva desde una visión materialista y racional de la vida y del mundo a una más cósmica y trascendente, acompañada, por lo general, de un incremento de satisfacción vital”. Desde la teoría de la gerotranscendencia se defiende la existencia de un proceso positivo evolutivo natural y potencialmente posible para cualquier persona a partir de la juventud adulta. También expresa el estadio final de tal progresión natural: lograr la gerotranscendencia implica lograr sabiduría y el desarrollo de esa nueva perspectiva. Se va generando por el “normal vivir” pero puede ser detenido o acelerado por las crisis vitales y por factores culturales. El póster presenta algunos datos relevantes que con carácter exploratorio en nuestro contexto responden a dos cuestiones básicas en este marco: a) ¿se produce el previsto aumento con la edad en gerotranscendencia a lo largo del desarrollo adulto?; b) ¿se asocia la gerotranscendencia con el bienestar psicológico? ¿es dicha asociación igualmente significativa en todas las etapas adultas? Se operativizó el bienestar hedónico como satisfacción vital evaluada mediante la escala de Diener y el bienestar eudaimónico como sentido o propósito vital evaluado mediante el cuestionario PIL. Se evaluó igualmente la gerotranscendencia mediante la escala de Gerotranscendencia revisada (GS-RR, 2008). Los participantes en el estudio fueron 120 adultos distribuidos en tres grupos de edad (jóvenes adultos, mediana edad y mayores) Los resultados confirman, por un lado, la relación positiva lineal entre gerotranscendencia y edad y la ausencia de diferencias asociadas al sexo o nivel de estudios en gerotranscendencia. Por otro lado, se mostró una clara conexión de la gerotranscendencia con el bienestar psicológico, si bien la fuerza de la relación variaba a lo largo del período adulto según la faceta de bienestar evaluada: en la juventud adulta y en la vejez la relación fue más intensa con la satisfacción vital mientras que en la mediana edad lo fue con la experiencia de sentido y propósito en la vida.

PS-018. LA INFLUENCIA DE LAS TECNOLOGÍAS EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO

I. Pardo Planas¹, R. Malfeito Jiménez² y L. López González¹

¹EOXI Pontevedra Norte. Pontevedra. ²Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

Introducción: La tecnología está presente en todos los aspectos y etapas de nuestra vida. A lo largo de los últimos años se han desarrollado instrumentos que pretenden favorecer el envejecimiento saludable, la situación física y mental, calidad de vida del anciano.

Objetivos: Evaluar el impacto de las nuevas tecnologías en la calidad de vida del anciano.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura publicada en los últimos 10 años en PUBMED incluyendo revisiones sistemáticas, estudios cualitativos o ensayos que hablen de calidad de vida en el anciano y nuevas tecnologías. Se seleccionaron 17 artículos de los cuales solo 3 cumplieron los criterios de inclusión. Se diseñó una tabla para la extracción de datos y lectura crítica de los artículos. Para la selección de artículos, dos revisores extrajeron los datos mediante el formulario acordado.

Resultados: Los estudios evaluaron la percepción de calidad de vida con respecto a distintos instrumentos tecnológicos: un programa de entrenamiento cognitivo y otro físico con el apoyo de dispositivos tecnológicos donde la percepción de mejora en la calidad de vida estuvo ligado a la buena aceptación y facilidad de uso de los instrumentos. En cuanto al papel de los robots como acompañantes de pacientes con Alzheimer mostraron un efecto positivo disminuyendo los comportamientos negativos y la agresividad. La utilización de nuevas tecnologías para la optimización de la iluminación en los lugares de residencia aportaron un impacto positivo sobre la calidad de vida de los ancianos.

Conclusiones: Los estudios revisados muestran una influencia positiva de la tecnología analizada en la calidad de vida de los usuarios. Dado el escaso número de artículos encontrados y que éstos versan sobre tecnologías muy concretas creemos que serían necesarios estudios de calidad que evalúen el impacto real de la tecnología en la vida de los mayores.

PS-019. LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES. MIRADAS CÓMPLICES, UNA HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO

J.A. Rabadán Sánchez e I.L. Garis Villa

Novaire. Alicante.

Objetivos: La imagen de las personas mayores ha sido y es en la actualidad una imagen negativa y estereotipada. Estos aspectos repercuten directamente en el trato dispensado hacia las personas mayores por la sociedad y su efecto se traduce en la minusvaloración, exclusión, mutismo, dependencia y rechazo. La lucha contra la imagen negativa y estereotipada de la vejez constituye un punto de partida de Miradas Cómplices. Desde 2008, trabajamos en proyectos comunicativos, con el fin de invitar a la reflexión social sobre la imagen y el trato que reciben las personas mayores y, cuyo último objetivo es el necesario avance dentro de sus derechos.

Métodos: Proyectos como “Miradas Cómplices” promocionan una imagen de las personas mayores más ajustada a la realidad, a través de diverso material gráfico y audiovisual como la fotografía, libros, calendarios, documentales, cuadernos y página web.

Resultados: Se trata de un proyecto comunicativo que ha recibido importantes reconocimientos y apoyos por parte de organismos institucionales, entidades sociales, importantes medios de comunicación a nivel nacional, profesionales del sector y, fotógrafos profesionales, aficionados y público en general del ámbito nacional e internacional. Un proyecto que cada vez crece más en participación y difusión.

Conclusiones: Son varias las cuestiones que venimos trabajando para ir reconduciendo esta situación. Por un lado a través del cui-

dado de la terminología y el lenguaje utilizado, buscando y promoviendo la supresión de ciertas denominaciones peyorativas. Por otro, mediante la realización de publicidad que genere imágenes positivas, de respeto y que fomenten la dignidad de las personas mayores, aun cuando estas campañas han supuesto en algunos casos un asalto a la tradición estética publicitaria vigente que se ofrece de la persona mayor, con el consecuente revuelo y disparidad de opiniones. Miradas Cómplices es un paso más en este camino. Un camino en el que organizaciones, profesionales, medios de comunicación y las mismas personas mayores hemos de seguir trabajando. Una necesidad que surge también de un ejercicio de responsabilidad empresarial y profesional para fomentar el empoderamiento, la autonomía, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

PS-020. LÁMINAS DE TRABAJO PARA PERSONAS MAYORES. EL CUADERNO DE MIRADAS CÓMPLICES

J.A. Rabadán Sánchez e I.L. Garis Villa
Novaire. Alicante.

Objetivos: Una de las carencias evidentes para poder trabajar con personas con enfermedad de Alzheimer o cualquier tipo de demencia es el escaso material de trabajo especializado para el desarrollo de programas de estimulación cognitiva que podemos encontrar. El infantilismo es una forma de maltrato a personas mayores, realizado de forma no voluntaria, en la que la persona mayor es tratado como un niño, hablándole como si lo fuera, proporcionando ayuda cuando no la necesita, empleando diminutivos cuando nos dirigimos a ellos, etc. Y también cuando les proporcionamos un material de trabajo infantil para colorear, algo especialmente ridiculizante para una persona con enfermedad de Alzheimer, desde nuestro punto de vista.

Métodos: De este problema y necesidad y del gran repositorio fotográfico que hemos generado dentro de la organización en todas las campañas que hemos realizado en estos últimos años ha nacido este cuaderno, con el fin de ofrecer una opción más digna, amena e interesante para las personas mayores que tengan necesidad de trabajar con estos materiales. Porque entendemos que de pasar a colorear unos dibujos de Walt Disney y unos castillos con princesas a las fotografías de Ari Seth Cohen y otros grandes fotógrafos, hay un gran salto cualitativo e intencional.

Resultados: El propio sujeto puede ver láminas en las que las personas mayores son tratadas de una forma más ajustada a la realidad en la que nos encontramos, emponderada, más respetuosa y normalizada, y por la cual se puedan ver reflejados dentro de las limitaciones de su deterioro. Este cuaderno es un material útil para todos los profesionales que desarrollan su trabajo en centros como los nuestros.

Conclusiones: Con este cuaderno hacemos nuestra aportación para que este material se vaya dirigiendo hacia la especialización en los centros de atención a personas mayores en situación de dependencia y sobre todo a la concienciación de la erradicación del infantilismo en estos centros.

PS-021. MIRADA ACTIVA DE MAYORES EN EL MUNICIPIO DE BILBAO

A. Vega Carrillo, K. Acedo Gil, I. Álvarez Lombardía
y S. Moreno Barrio
Grupo SSI. Bilbao.

Objetivos: Contribuir a la reducción de situaciones de riesgo social por situación de soledad entre las personas mayores del municipio de Bilbao, a través de la colaboración público-privada y el voluntariado social.

Métodos: En una primera fase, se construyó una red activa de personas mayores voluntarias, encargada de realizar la identificación de casos de posible riesgo social por situación de soledad. Para ello, se informó a las 53 asociaciones de mayores del municipio de Bilbao, y se identificaron dos personas en cada asociación, referentes del proyecto o "antenas", que fueron formadas. En una segunda fase, las personas mayores de las asociaciones procedieron a identificar los casos de posible riesgo social, y los remitieron mediante una ficha de recogida de información a la "antena" de su asociación. Esta "antena" los envió a la persona responsable del proyecto en la empresa S.S.I. Esta persona cotejaba junto con el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao si los casos detectados se encontraban dentro del circuito de los servicios sociales municipales o no. En una tercera fase, por un lado, el Área de Acción Social, para los casos que estaban dentro del circuito de los servicios sociales municipales, y las auxiliares de ayuda a domicilio de S.S.I. para los que no estaban, realizaron visitas domiciliarias para valorar la situación, y llevar a cabo las actuaciones necesarias y/o derivar al recurso que procediera.

Resultados: Se identificaron 215 casos de posible riesgo social. El 53% estaba fuera del circuito de los servicios sociales municipales. De estos, solo el 35% accedió a la valoración. El perfil fue el de una mujer, con una edad media de 81 años que vive sola. El 24% refirió encontrarse en situación de soledad. Otros riesgos identificados fueron: falta de accesibilidad en la vivienda, hábitos de vida poco saludables, o posible trato inadecuado. El 20% se valoró como caso urgente.

Conclusiones: La activación de las personas mayores asociadas, para mejorar las condiciones de vida de otras personas mayores, ha demostrado ser una estrategia de intervención social comunitaria satisfactoria.

PS-022. MANOS VIVAS: PROGRAMA INTERGENERACIONAL DE TEATRO CON MARIONETAS

R. Malla Mora¹, M. Vozmediano² y M.E. Limousin³
¹UPV/EHU. San Sebastián. ²Estudiante. San Sebastián. ³CR Uzturre. Tolosa.

El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia del programa intergeneracional Manos Vivas implantado en Tolosa. Un programa intergeneracional busca fomentar interacciones entre niños, jóvenes y personas mayores de forma continuada y beneficiosa (McCrea, Weissman y Thorpe-Brown, 2004). Los beneficios que se pueden obtener son múltiples en todos los rangos de edad. Más concretamente, en las personas mayores podrían mejorar la autoestima, salud, satisfacción (Newman y Larimer, 1995), capacidades cognitivas (Newman, Karip y Faux, 1995), habilidades de resolución de problemas y reducir los síntomas depresivos (Fried et al, 2000). En los más jóvenes, este tipo de programas fomentarían el desarrollo de cualidades como la flexibilidad, apertura, empatía, creatividad, sentimiento de responsabilidad social (Goff, 2004). Aun más, en ambos casos los programas intergeneracionales pueden cambiar las actitudes de un colectivo hacia el otro (Zeldin et al, 2000 y Marx et al, 2000). Manos Vivas es un programa fruto de la colaboración entre dos centros: un centro escolar y un centro residencial. La actividad consiste en diseñar y representar un teatro con marionetas: primero desarrollan la historia y planifican los diálogos, después elaboran el material necesario para representar las diferentes escenas y decoran las marionetas y, por último, representan la obra en el centro Uzturre. Esta iniciativa comenzó en el año 2013 y actualmente participan 11 personas mayores y 15 adolescentes del centro escolar. Los participantes se dividen en grupos de trabajo de entre cinco y ocho personas para crear diferentes historias. Cada martes, exceptuando las vacaciones escolares y días festivos, los adolescentes se acercan al centro residencial donde trabajan con los mayores durante hora y media en las zonas comunes. Este programa no cuenta actualmente con una evaluación que haya registrado los beneficios obtenidos mediante una

escala u otro método cuantitativo. Sin embargo, cuenta con información descriptiva recogida mediante la observación por parte de las encargadas del programa (terapeuta ocupacional, psicóloga del centro residencial y profesora responsable del centro escolar) y el trabajo reflexivo que se lleva a cabo con los jóvenes y mayores una vez finalizada la actividad. Dicha información apunta hacia efectos beneficiosos para ambos colectivos.

PS-023. PROYECTO ¡HABLEMOS!: EXPERIENCIA DE COMUNICACIÓN VIRTUAL INTERCENTROS

R. Vaca Bermejo, I. Ancizu García y D. Moya Galera
SARquavitae. Barcelona.

Objetivos: Analizar los resultados parciales de un proyecto cuyo objetivo es proporcionar a los usuarios de los centros SARquavitae espacios virtuales de interacción social a través de videoconferencias con el fin de mejorar su bienestar.

Métodos: Participan en el proyecto 14 centros SARquavitae que realizan una videoconferencia mensual entre ellos de manera que interactúen con un centro diferente cada vez. En cada sesión, se tratan diferentes temáticas que han sido elegidas en función de los gustos y preferencias de los usuarios. Para analizar los resultados, se utiliza un cuestionario *ad hoc* que debe cumplimentar el profesional responsable de la actividad en los centros una vez finalizada cada videoconferencia. Así se valoran en una escala tipo Likert de 1 (peor puntuación) a 4 (mejor puntuación) las siguientes áreas: nivel de participación, grado de motivación, nivel de interacciones, comprensión y emoción de cada participante. Además, en cada encuentro, el responsable debe valorar el ajuste de la temática con las preferencias de los participantes, su impacto en ellos y realizar una valoración global de la sesión. Finalmente se pide a los usuarios que valoren diferentes aspectos de cada videoconferencia tales como la temática, la duración de la actividad, su satisfacción y si quieren volver a participar en otra videoconferencia.

Resultados: A fecha 28 de febrero han participado en el proyecto 218 usuarios en 26 videoconferencias. Puntuaciones medias obtenidas en la valoración de los responsables: Participación = 3,28 (dt = 0,82); Motivación = 3,31 (dt = 0,75); Interacciones = 3,30 (dt = 0,74); Emoción = 3,58 (dt = 0,58); Comprensión = 3,67 (dt = 0,56); Temática = 3,57 (dt = 0,64); Impacto = 3,24 (dt = 0,84) y Valoración Global = 3,74 (dt = 0,53). Puntuaciones medias obtenidas en la valoración de los participantes: Temática = 3,46 (dt = 0,69); Duración = 3,40 (dt = 0,63); volverían a participar = 3,77 (dt = 0,52) y Satisfacción Global = 3,62 (dt = 0,61).

Conclusiones: Tanto los profesionales responsables de la realización del proyecto como los usuarios participantes han valorado muy positivamente esta actividad. De manera específica, más allá de la temática tratada en la reunión, agradecen tener la oportunidad de conocer personas de otros lugares mientras pasan un rato divertido y se familiarizan con el uso de las nuevas tecnologías.

PS-024. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOEMOCIONAL EN PERSONAS CON ENFERMEDADES AVANZADAS

I. Ancizu García¹, C. Ibars², J.O. Vinyes² y V. Aresté²

¹SARquavitae. Barcelona. ²Equipo Atención Psicosocial Fundación SARquavitae. Lleida.

Introducción: La especial vulnerabilidad en la que se encuentran las personas en situación de final de vida requiere un enfoque técnico y ético impecable que permita maximizar el resultado terapéutico. El Equipo de Atención Psicosocial Fundación SARquavitae de Lérida (EAPS FSARq), como equipo especializado que trabaja en un marco de atención integral, persigue la máxima eficacia en la actividad asistencial con el objetivo de mejorar el bienestar de las personas atendidas.

Objetivos: Identificar las variaciones en el estado emocional (estado de ánimo y ansiedad) de los pacientes entre la primera y la segunda visita del EAPS FSARq.

Métodos: Estudio longitudinal en pacientes atendidos por el EAPS SARquavitae desde el mes de enero del 2010 hasta el mes de diciembre del 2014 (n = 890). Los pacientes evaluados se encuentran, indistintamente, ingresados en una unidad hospitalaria o en domicilio. Se valoran dos dimensiones emocionales (estado de ánimo y ansiedad) a través de una ENV (0-10). Para analizar los datos se realiza la prueba t de Student para muestras relacionadas. Se ha comparado la primera y la segunda visita de todos los pacientes atendidos. El nivel de significación utilizado es del 5%.

Resultados: En todos los casos se produce una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad y un incremento también significativo del estado de ánimo. Parece, por tanto, que la intervención es efectiva con respecto a la situación basal obtenida tras la evaluación de la primera visita.

Conclusiones: La intervención del EAPS SARq resulta eficaz en el marco de una atención integral sanitaria y social, independientemente del contexto en el que se realice. Resulta esencial actuar de forma coordinada para que los efectos positivos se mantengan en el tiempo.

PS-025. ESCALA SARQUAVITAE PARA LA VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES: RESULTADOS DEL PILOTAJE

F. Torralba¹, I. Ancizu García², M.D. Fontanals de Nadal²,

J. Tomás Sábado³, R. Vaca Bermejo² y J. Pascual Torramadé²

¹Universitat Ramon Llull. Barcelona. ²SARquavitae. Barcelona. ³Escola Universitària Gimbernat. Sant Cugat del Vallès.

Introducción: La competencia para la toma de decisiones se refiere a la habilidad de un individuo para tomar decisiones libre y responsablemente referentes a la gestión de su propia vida. En el ámbito asistencial, es especialmente importante identificar la competencia de los individuos para la toma de decisiones con el objetivo de mantener su autonomía y evitar actitudes paternalistas por parte de los profesionales. El objetivo de la Escala SARquavitae para la Valoración de la Competencia es diferenciar entre grados de competencia ética de una persona que reconozca el grado de autonomía de una persona en un momento determinado y establezca las decisiones que puedan tomar de forma competente.

Objetivos: Pilotar la Escala SARquavitae para la Evaluación de la Competencia para la Toma de Decisiones con las siguientes dimensiones: Información: Exploración de lo que sabe el usuario. Comprensión: análisis del nivel de conocimiento asociado a la decisión. Consecuencias: discernimiento de los posibles efectos de la decisión. Coacciones externas e internas: investigación de los posibles elementos externos e internos que puedan influir en la decisión. Expectativa: exploración de las esperanzas de la persona asociadas a la decisión.

Métodos: 25 personas de cinco centros residenciales SARquavitae diferentes fueron evaluados con la Escala. Cada persona fue entrevistada por dos profesionales para analizar el grado de acuerdo entre ellos y la fiabilidad interjueces de la Escala.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en las respuestas de los dos evaluadores en ninguno de los ítems de la Escala.

Conclusiones: La Escala SARquavitae para la Evaluación de la Competencia para la Toma de Decisiones obtuvo, en esta fase de pilotaje, las garantías psicométricas suficientes como para comenzar la fase de validación. La definición y desarrollo de esta Escala está basado en el trabajo conceptual realizado por el Comité de Ética de SARquavitae durante los últimos tres años. Actualmente, se cuenta con resultados preliminares muy positivos de la validación y baremación inicial de la Escala.

PS-026. CASO R.M.D.: USO DE VIDEOCONFERENCIA EN UN CASO DE ALZHEIMER

R. Malla Mora
UPV/EHU. San Sebastián.

Objetivos: Objetivo principal: mejorar la comunicación no presencial de la paciente. Objetivos específicos: eliminar la respuesta ansiosa ante la comunicación no presencial. Mantener las posibilidades de comunicación con los hijos que residen fuera de la ciudad donde vive la paciente. Orientación psicoeducativa de los hijos.

Métodos: La intervención consistió en sustituir las llamadas telefónicas de los hijos por video conferencias a través de Skype. Para ello, se contrató una línea ADSL con wifi para el domicilio de la paciente y se le regaló un ordenador portátil por su cumpleaños. Se acordó con los cuidadores un horario de conexión similar al que se mantenía en las llamadas telefónicas, como parte de la rutina de la paciente, para que estuvieran conectados y en línea ya que son ellos los mediadores que establecen la conexión Skype. A la familia se la orientó sobre las características de las alteraciones del lenguaje que sufre la paciente y se les dieron algunas pautas de comunicación (uso de frases cortas, hablar despacio y claro, dar tiempo a responder, etc.).

Resultados: Se ha eliminado la respuesta ansiosa ante las llamadas de los hijos. Las dificultades de comunicación son similares a las que se manifiestan en la comunicación presencial. La paciente utiliza la movilidad del ordenador para mostrar los objetos o personas que no consigue nombrar. La paciente recuerda con claridad la falta de llamada y pregunta por la causa (esto no ocurría cuando las llamadas se realizaban por teléfono). Ha mejorado la comunicación emocional entre la paciente y sus hijos. La paciente manifiesta interés por "estar guapa" (para que sus hijos la vean bien cada día (ir a la peluquería, cambiarse de ropa, etc.).

PS-027. ACOMPAÑAMIENTO ACTIVO (PARA MEJORAR LA VIDA DE LAS PERSONAS)

I. González Calvo, A. Arruti Lejarzegi, N. Alberdi Salterain y V. Lizarraga Armentia
Bizitzen Fundazioa. Durango.

Introducción: Entre diferentes entidades de la comarca de Lea-Artibai (Bizkaia) y Fundación Bizitzen, y enmarcada en el ámbito del empleo y la formación, durante el año 2013 se puso en marcha el proyecto "Acompañamiento Activo".

Objetivos: Mediante este programa se formó a un grupo de personas de colectivos en riesgo de exclusión en técnicas especializadas de cuidado a mayores para así dotarles de un empleo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras y de sus familiares dependientes estimulando a estos últimos a nivel cognitivo y motor.

Métodos: En un primer momento se captaron a 12 personas beneficiarias de formación en cuidado a terceros, de las cuales se seleccionaron a 6 de ellas para los puestos de trabajo. Posteriormente se comenzó con la captación y evaluaciones iniciales de las personas usuarias del proyecto en donde se recogieron los datos socio demográficos de las personas cuidadoras y de sus familiares, y el estado cognitivo, funcional y sintomatología neuropsiquiátrica de la persona dependiente; finalmente se trabajó con 46 personas dependientes durante 5 meses en sus propios domicilios, recibiendo cada una de ellas 60 horas de servicio. De esta manera a la persona cuidadora se le daba la posibilidad de tomarse un tiempo de respiro. La última fase correspondió a la de las evaluaciones finales en donde se volvió a recoger el estado cognitivo de la persona usuaria y la satisfacción con el programa.

Resultados: Se dotó de empleo a 6 personas, las cuales trabajaron con 46 personas usuarias en total. Al final del proyecto se dio una ligera mejoría en las capacidades cognitivas de las personas dependientes. Un 54% de las personas cuidadoras consideró que el pro-

grama disminuyó su ansiedad y a un 77% de las mismas les permitió tomarse un momento de respiro. La puntuación media global del programa fue de 8,8 sobre 10.

Conclusiones: El programa mejoró las habilidades cognitivas de las personas usuarias y tuvo un impacto aceptable en la disminución de sintomatología ansiosa de las personas cuidadoras, asignando empleo a personas en riesgo de exclusión social.

PS-028. HOGAR DE ANCIANOS RURAL. UNA EXPERIENCIA RIOPLATENSE

M. Volonte y M. Charlin
Hogar Miguelete. Uruguay.

Objetivos: Construir un hogar de ancianos en una comunidad rural con el fin de alojar adultos mayores y brindar servicios a la comunidad.

Métodos: La inquietud de dos o tres personas proyectadas a la comunidad, más el apoyo de 16 instituciones de la localidad, se forma primer comisión directiva quien se encarga de crear Asociación Civil Pro Bienestar Social de la tercera edad cuyo cometido específico es la creación del hogar. Se consigue donación del predio por medio de una Iglesia Evangélica. Con el aval de esta Iglesia y el apoyo de la comunidad se hace frente al 20% de la obra.

Resultados: El 18 de mayo de 1996 se inaugura con 8 huéspedes logrando gran desafío no solo de ponerlo en marcha sino de que perdure en tiempo. En el 2000 ya está funcionando con 32 huéspedes. Se crea comisión directiva y subcomisiones: admisión, personal, cocina, residentes, mantenimiento y proyección comunitaria. Año 2004 se construye sector dependientes permitiendo alojar 8 camas más y ampliar enfermería. Construcción de lavadero y sala de planchado brindando servicio de lavandería a la comunidad. Se implementan los objetivos pactados en atención domiciliaria, servicio de comedor, viandas, dosificación de medicamentos, estadía diurna y organización de vacaciones en entidades estatales. Hoy cuenta con 45 huéspedes, estadía diurna con un capital humano de personal sumamente unido donde participan, cuidadores, auxiliares de servicio, acompañantes, cocineras, enfermeras, psicóloga, asistente social, fisioterapeuta, prof. educación física, psicomotricista, prof. de informática, odontólogo, realizando una variada sumatoria de actividades que forman parte de un envejecimiento activo y saludable bajo criterios gerontológicos.

Conclusiones: Después de 19 años el hogar es un centro de referencia en la zona, en una ciudad rural de 1000 habitantes donde siempre se manejó un sistema de gestión teniendo en cuenta los sentimientos y las esperanzas de las personas. Gracias a la sumatoria del capital humano que conforma la institución y al apoyo de la comunidad se fortaleció un compromiso con y para la comunidad donde desde sus raíces se contemplaron - Al Residente: A la Comunidad y Al Personal del Hogar.

PS-029. ROL DE ABUELIDAD Y SATISFACCIÓN AUTOPERCIBIDA

E. Isábal de Marta, P.J. Castañeda García y H. Jiménez Betancort
Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna.

Objetivos: Conocer los siguientes aspectos del rol de abuelidad: a) Actividades que comparten con sus nietos y satisfacción con las mismas; b) Ayuda económica a sus hijos, y c) Nivel de satisfacción vital.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se entrevistó a 68 abuelos, de 39 a 98 años; a la mitad se le pidió su género y a la otra no. Se utilizó dos cuestionarios, uno de elaboración propia que incluía tanto preguntas relacionadas con las actividades compartidas y su grado de satisfacción, como con la colaboración económica; y otro cuestionario, sobre la satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

Resultados: Las tres actividades más frecuentes de este grupo de abuelos con sus nietos fueron: "Dar de comer en casa de los abuelos" (70,5%), "Dejar a dormir en c. a." (63,2%) y "Cuidar en vacaciones en c. a." (50%). La mayor satisfacción para estos abuelos se la produjo (de 0 a 5): "Dejar a dormir en c. a." (4,7), "Dar de comer en c. a." (4,6), y "Cuidar en vacaciones en c. a." (4,5). El 64,5% de los abuelos no ayudan económicamente a sus hijos; el 11,3% ayudan con 1-200 €; y el 17,7% con 201-400 €. El nivel de satisfacción medio con la vida fue de 5,3, (escala de 1 a 7). En cuanto a resultados estadísticamente significativos encontramos que a mayor satisfacción con la vida menor satisfacción con la actividades de "Recoger a los nietos del colegio" ($r = -0,44$) y "Llevarlos al médico" ($r = -0,41$). En cuanto a los participantes que no dieron su género (abuela/abuelo) se encontró menor satisfacción en varias actividades con sus nietos que los que sí lo dieron ($p < 0,006$). También, en satisfacción con la vida hubo diferencias entre los que dieron su género y los que no, puntuando más alto los primeros.

Conclusiones: A partir de estos resultados se apunta la necesidad de realizar más estudios sobre la verdadera satisfacción que perciben los abuelos en su relación con los nietos, eliminando las respuestas que puedan deberse a la discapacidad social en ese rol.

PS-030. PREOCUPACIÓN, INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE, AFECTO NEGATIVO Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

I. Montorio Cerrato¹, D. Brugos² e I. Cabrera³

¹Universidad Autónoma de Madrid. Cantoblanco. ²Comunidad de Navarra. Navarra. ³Universidad Nebrija. Madrid.

Objetivos: Algunas de las dimensiones clínicas de valor transdiagnóstico en psicopatología como son la preocupación, la intolerancia a la incertidumbre (II), el afecto negativo o la disregulación emocional se han relacionado con la aparición y el mantenimiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), uno de los trastornos más prevalentes entre las personas mayores que apenas ha sido estudiado empleando muestras clínicas. Esta investigación se dirige a estudiar la preocupación, la intolerancia hacia la incertidumbre y la disregulación emocional en una muestra de personas mayores con TAG comparando con un grupo control.

Métodos: Se identificaron y seleccionaron 33 personas mayores con TAG y 28 personas mayores controles mediante entrevista clínica en un centro de salud de Atención Primaria de la Comunidad de Navarra. Ninguna de las personas seleccionadas cumplía criterios para otro trastorno clínico, incluyendo Trastornos del Estado de Ánimo. Todas las personas cumplimentaron una batería de evaluación incluyendo psicológica incluyendo el Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (WAQ) de Dugas et al (1995), la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (EII) de Freston et al (1994), el cuestionario STAI de Spielberger et al (1983) y la Escala de Procesamiento Emocional (EPE) de Baker et al (2010). Asimismo, se determinó la presencia de sintomatología depresiva mediante una versión abreviada de la GDS (Montorio et al, 2010).

Resultados: El grupo control y el grupo con diagnóstico TAG no se diferencian en su estado cognitivo. Mediante pruebas estadísticas de comparación de medias, se encontró que las personas mayores con un diagnóstico clínico de ansiedad generalizada mostraban una mayor preocupación, más intolerancia a la incertidumbre, mayor afecto negativo y una peor regulación emocional, así como mayores niveles de depresión (GDS).

Conclusiones: Se sugiere que la preocupación, la intolerancia a la incertidumbre, el afecto negativo y la regulación emocional pueden considerarse como posibles factores de riesgo para la aparición y mantenimiento del TAG en personas mayores, así como la clara pre-

sencia de síntomas depresivos en personas con este diagnóstico que apoyarían el modelo tripartito de los trastornos afectivos.

PS-031. RELACIÓN ENTRE CUIDADOR INFORMAL Y GANANCIA FUNCIONAL TRAS LA HOSPITALIZACIÓN POR FRACTURA

M.D. Calero¹, E. Navarro¹, M.J. Calero-García² y A.R. Ortega²

¹Universidad de Granada. Granada. ²Universidad de Jaén. Jaén.

En los últimos años la figura del cuidador informal ha ocupado un papel cada vez más importante en la gerontología pues ha ganado espacio en el sistema de ayudas a las personas mayores. Este aumento de la presencia de personas, sin formación sanitaria específica, que por ser familiares o como un trabajo remunerado se incorporan al sistema sanitario y psicosocial del anciano, está recibiendo cada vez más atención por parte de los investigadores; sin embargo, hasta el momento, el grueso de trabajos se ha centrado en el impacto que el cuidado supone para el cuidador, en la carga del trabajo, etc. (Elliott, Scott, Stirling, Martin y Robinson, 2012; Razali, Ahmad, Nazriabd, Rahman, Midin y Sidi, 2011). Últimamente se demanda cada vez más una formación específica para este colectivo, y están empezando a surgir interesantes trabajos sobre modos de atención a ancianos dependientes, con enfermedades crónicas o con problemas de conducta con resultados muy positivos (Goyder, Orrell, Wenborn y Spector, 2012; Hutchinson et al, 2011; Liddle et al, 2012; Lee y Thomas, 2011). No cabe duda de que la persona más próxima al anciano, esto es el cuidador principal, es la de mayor influencia en su autonomía y autogestión y en una Europa que envejece cada vez es más relevante el papel de los cuidadores en esta dirección, siendo esta un área prioritaria de investigación para los años venideros. En esta dirección, el trabajo que se presenta es un estudio inicial sobre la relación entre tipo de cuidador informal y la ganancia funcional que experimentan en los tres meses posteriores al alta, los ancianos que han permanecido encamados en un hospital por fractura ósea. Han participado 259 ancianos de 65 a 105 de edad, 21,6% hombres y 78,4% mujeres, que han sido evaluados con una entrevista y diferentes medida de autonomía funcional (índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody) y estado cognitivo (Fototest, S-IQCODE). En la comunicación se analizarán las relaciones entre el tipo de cuidador, las características sociodemográficas de los ancianos y su ganancia funcional en el domicilio tras el alta hospitalaria.

PS-032. EUSKADI Y SU CAPACIDAD PARA ENVEJECER BIEN: EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (AAI)

O. Mayoral¹, E. del Barrio¹, M. Sancho¹ y L. Amilibia²

¹Matia Instituto. Madrid. ²Eusko Jaurlaritz. Vitoria.

Objetivos: El Índice de Envejecimiento Activo (AAI) es una herramienta elaborada conjuntamente por la Comisión Europea y la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas (UNECE) que de forma sintética evalúa cuatro dimensiones relevantes en la medición del envejecimiento activo: empleo, participación, independencia y capacidades o entorno propicio para envejecer activamente. La obtención del AAI en Euskadi se ha realizado por encargo del Departamento de Empleo y Políticas sociales del Gobierno Vasco (DEPS) para detectar aquellas áreas en las que es necesario incidir en las políticas públicas que promuevan la calidad de vida de la ciudadanía; y para realizar una comparativa con los países europeos que nos sitúe en el estado de la cuestión.

Métodos: El cálculo del AAI en Euskadi, que incluye datos en función del sexo, se ha llevado a cabo utilizando datos procedentes de distintas fuentes estadísticas (Eustat, DEPS y su Órgano Estadístico Específico). Empleo (Encuesta de población en relación con la actividad, 2013): tasa de ocupación 55-59; 60-64; 65-69; 70-74. Participación social (Encuesta de condiciones de vida mayores de 55 en Euskadi: ECV, 2014): actividades de voluntariado; cuidado de hijos/nietos; de

adultos y mayores; participación política. Vida autónoma e independiente (Módulo EDPS-pobreza de la encuesta de necesidades sociales y ECV, 2014): ejercicio físico; acceso a sanidad y salud dental; vida independiente; seguridad financiera; seguridad física; aprendizaje a lo largo de la vida. Capacidades y entorno propicio (registro de mortalidad, encuesta sobre la sociedad de la información familias y ECV, 2014): esperanza de vida a los 55; esperanza de vida libre de discapacidad a los 55; bienestar mental; uso de las TICs; conectividad social; nivel de instrucción.

Resultados: El cómputo del AAI en Euskadi le otorga el puesto número 7 del ranking de los 28 países de la UE analizados. Destaca especialmente el dominio de capacidades y entorno propicio para envejecer activamente donde nos situamos en el puesto número 2 de Europa, sólo por detrás de Suecia.

Conclusiones: La puntuación obtenida por Euskadi en el AAI es altamente satisfactoria y nos posiciona como uno de los territorios de referencia para el envejecimiento activo y saludable.

PS-033. HASTA CUÁNDO VIVIRÁ TU GENERACIÓN. AÑOS DE VIDA RESTANTE SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA. ESPAÑA, 1960-2013

J. Pérez, A. Abellán, R. Pujol y D. Ramiro
CSIC. Madrid.

Introducción: Las tablas de mortalidad señalan para cada edad la esperanza de vida (años que se espera que viva de media el conjunto); por ejemplo, a los 65 años se espera que los varones vivan 19,0 años adicionales (hasta la edad de 84,0 años) y las mujeres 22,9 (87,9 años) (2013). Pero no todos morirán a esas edades, unos fallecerán antes y otros después.

Objetivos: La descomposición de la estructura por sexo y edad de la población española por años de vida restante permite conocer en qué proporción y cuándo irán desapareciendo progresivamente las personas de cada edad, en caso de mantenerse el patrón de defunciones definido en las tablas de mortalidad.

Métodos: Cifras de población y Tablas de mortalidad (INE y HMD). Descomposición de los efectivos de cada edad y sexo, según su probabilidad de muerte, a 1 año, 2 años, etc.; acumulación en grupos decenales de años de vida restante. Construcción de la pirámide de población descompuesta. La fórmula empleada para la descomposición es: $P_{x,y} = P_x * d_{x+y}/l_x$, $x, y = 0,1,2,\dots, w$ donde $P_{x,y}$ indica la población de edad cronológica x con y años de vida restante, P_x la población con edad cronológica x , d_{x+y} las defunciones de personas de entre x y $x+y$ años de edad, l_x el número de supervivientes a la edad x y w la edad extrema a la que ya no hay supervivientes (en nuestro caso 100, como límite inferior del intervalo abierto de 100 o más años).

Resultados y conclusiones: La intensidad del color, en conjunto y para cada franja de edad, representa la cantidad de años de vida restante: cuanto más oscura, mayor duración de la vida restante y viceversa. Ejemplo: en 1960, al 18% de los hombres y 28% de las mujeres de 65 años, les quedaban más de 20 años de vida, morirían con 85 o más años; en 2013 estos porcentajes son 48% y 68%, un aumento del 166,7% y 142,9%, respectivamente. Esta pirámide cuenta la historia demográfica de España y además aporta información predictiva sobre la desaparición escalonada de sus generaciones.

PS-034. ESTUDIO DE LA IMPLICACIÓN/ENGAGEMENT EN UN GRUPO DE PERSONAS CON DEMENCIA CON ATENCIÓN TRADICIONAL Y UN GRUPO CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

A. García Soler¹, P. Díaz Veiga¹, N. Suárez Pérez de Eulate², G. Mondragón Olan³ y M. Sancho¹

¹Matia Instituto. Madrid. ²Centro Argixao. Zumárraga. ³Centro Fraisoro. Zizurkil.

Introducción: Las personas con demencia en contexto residencial presentan un grado elevado de apatía y desconexión con el entorno. La ausencia de estimulación y la baja frecuencia de actividades normalmente estructuradas en sesiones podrían ser elementos contextuales que favorecen estos comportamientos. El modelo de atención centrado en la persona (MACP) propone que las personas realicen sus actividades de la vida diaria de manera más autónoma y acorde con sus intereses y necesidades. De esta manera se hipotetiza que las personas en un MACP aumentarán sus comportamientos de implicación en comparación con un modelo tradicional (MT).

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar la frecuencia de conductas de implicación y desimplicación en dos grupos, recibiendo uno de ellos MT y otro MACP.

Métodos: Se realizaron observaciones en línea base y durante la intervención. Los grupos se compusieron por 28 participantes (18 mujeres y 10 hombres): 14 en GC en entorno residencial tradicional y 14 en GE en una unidad de convivencia. Se utilizó el instrumento observacional de categorización de la conducta Registro de Implicación Engagement (RIE) y se recogió en ambos grupos la frecuencia de 12 categorías de comportamiento por intervalos de observación a lo largo de un día en línea base y 18 meses después. La observación se secuenció en 5 períodos con distinta actividad.

Resultados: El GC aumentó sus conductas de implicación promedio en 3,69 en la fase post en todas las secciones del día con la excepción de la inactividad durante la mañana, aunque también aumentó en un total de 6,48 sus conductas de desimplicación. En el GE se encontró un aumento de 2,59 comportamientos de implicación por persona y día y una disminución de los comportamientos promedio de desimplicación.

Conclusiones: Ambos grupos vieron incrementadas sus conductas de implicación en el período post, sin embargo el grupo experimental disminuyó los comportamientos de desimplicación mientras el grupo control los duplicó. Acorde con los datos, un MATCP podría minimizar los comportamientos de desconexión con el entorno que suceden en el contexto residencial vinculándolos al contexto y permitiéndoles participar e implicarse en las actividades de la vida diaria.

PS-035. EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO LUGAR PARA DETECTAR VIOLENCIA DE PAREJA EN ANCIANOS: DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO

C. Fernández Alonso, M. Lázaro del Nogal, P. Serrano Cuesta, A. Santiago Sáez, A. Benito García, P. Villavicencio Carrillo y T. Martín Acero
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Realizar un registro hospitalario informatizado de los casos detectados de violencia de pareja en ancianos de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato al anciano en instituciones sanitarias elaborado en el Hospital Clínico San Carlos.

Métodos: La Comisión contra la Violencia Hospitalaria ha elaborado un procedimiento comprometiendo a todos los profesionales sanitarios implicados (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo) para detectar la sospecha de malos tratos. Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación y creación de un sistema para la disociación de identidades en pacientes susceptibles de especiales medidas de seguridad. Nos centramos para el análisis en el grupo de mayores de 65 años.

Resultados: Se han registrado en urgencias 13 casos de malos tratos al anciano. 4 de esos casos han sido de violencia de pareja. 3 casos en mujeres y 1 en hombre. Las 4 víctimas presentaron maltrato físico y psíquico. El registro de sospecha de malos tratos fue efectuado por el médico de guardia y la Trabajadora Social de Urgencias. Seguimiento: Servicios Sociales+ Atención Primaria: 1 caso; Servicios Sociales+ Servicios Específicos: 1 caso. Orden de alejamiento en estos 2 casos. Derivación a Centro de Apoyo: 1 caso. Fiscalía: 1 caso.

Conclusiones: 1. La urgencia es el lugar dónde se detectan el mayor número de casos. 2. El registro y seguimiento de los casos de violencia de pareja es fundamental para la actuación correcta de este problema de salud pública.

PS-036. PLAN INTEGRAL DE DETECCIÓN DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO EN INSTITUCIONES SANITARIAS: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS (2012-2014)

M. Lázaro del Nogal, P. Serrano Cuesta, C. Fernández Alonso, A. Santiago Sáez, P. Villavicencio Carrillo, L. Gallego y T. Martín Acero
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Realizar un registro hospitalario informatizado de los casos detectados de sospecha de malos tratos en el anciano de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato al anciano en instituciones sanitarias elaborado en el Hospital Clínico San Carlos.

Métodos: La Comisión contra la Violencia, como órgano encargado de las estrategias para detectar el maltrato en el anciano ha elaborado un procedimiento comprometiendo a todos los profesionales sanitarios implicados (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo). Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación. Mediante la hoja de registro se ha podido conocer el tipo y características de los ancianos con sospecha de malos tratos vistos en el Hospital.

Resultados: Durante 3 años (2012-2014) se han registrado 160 casos de sospecha de malos tratos: 16 en pacientes > 65 años (10%). Edad media: 79,5 ± 9,2. Mujeres: 87,5%. Historia de violencia previa: 12 (75%). Dependencia física: 11 (68,7%) Deterioro cognitivo: 9 (56,2%). En 14 casos el agresor convivía con el anciano. Profesional que realiza la notificación: T. social: 12 casos (5%). Médico: 3 casos. Enfermera: 1 caso. Lugar del registro: Urgencias: 13 casos (81,2%). Hospitalización: 3 casos. Tipos de malos tratos: físicos: 3 casos; psíquicos: 2; negligencia: 3; económicos: 1; mixtos: 7.

Conclusiones: 1. Retrato robot de víctima: mujer con importante deterioro físico y cognitivo. 2. Los malos tratos mixtos son los más frecuentes. 3. El servicio de urgencias es el lugar donde más se detecta este problema. 4. El registro hospitalario de casos de malos tratos es fundamental para la detección y seguimiento del maltrato en el anciano.

PS-037. EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN DIFERENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA EN VARIABLES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES VIVIENDO EN SUS CASAS

A. García Soler¹, J. Salazar Irusta¹, M. Leturia¹, A. García², P. Castejón², P. Rodríguez² y M. Sancho¹

¹Matia Instituto. Madrid. ²Fundación Pilares. Madrid.

Introducción: El objetivo “envejecer en casa” es promulgado desde los organismos expertos que se ocupan del envejecimiento. En este contexto, surge la iniciativa del Gobierno Vasco de desarrollar el proyecto Etxean Ondo Domicilios y Entorno, que se dirige a desarrollar e implementar un modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) para personas que con fragilidad, discapacidad o dependencia precisen de apoyo y atención profesional para seguir viviendo en su hogar con la mejor calidad de vida posible y desarrollando su propio proyecto de vida. El proyecto involucró a 180 usuarios de 10 municipios en la provincia de Álava.

Objetivos: El objetivo de este estudio es establecer las diferencias en variables relacionadas con la calidad de vida de las personas según una intervención diferencial de AICP.

Métodos: El Grupo Experimental (GE-SAD; n = 50) dispuso de los servicios de cartera tradicionales con aumento de horas de servicio

de ayuda a domicilio (SAD) un segundo GE (GE-AO; n = 20) adicionalmente a lo anterior, dispuso además de los servicios de Acompañamiento y Orientación. Para evaluar el cambio diferencial acorde con los diferentes subgrupos se estratificó la muestra en Grupo Control (GC; n = 62), GESAD y GEAO y se obtuvieron medidas de cambio entre la línea base y después de la intervención en las variables: calidad de vida, soledad, depresión y estado de ánimo, por un lado y sobrecarga, depresión, satisfacción con el tiempo libre y salud percibida del cuidador, por otro.

Resultados: El GC y el GESAD mostraron pocas variaciones pre-post muy similares entre sí en las variables analizadas (entre 0,49% y 5,55%), mientras que el GEAO mejoraba en calidad de vida (9,45%), soledad (5,68%) depresión (11%), estado de ánimo (10,9%), sobrecarga (2,87%) y depresión del cuidador (10,66%).

Conclusiones: Teniendo en cuenta que las dificultades metodológicas de la intervención y la baja muestra en el grupo de GEAO impiden hacer análisis estadísticos fiables, los resultados obtenidos muestran una mejora en el grupo con los servicios de Acompañamiento y Orientación que apuntaría a la implementación de este tipo de apoyos basados en las necesidades e intereses de las personas para mejorar su calidad de vida.

PS-038. AYUDAS PRESTADAS POR LAS PERSONAS MAYORES EN TIEMPOS DE CRISIS

E. del Barrio¹, M. Sancho¹, O. Mayoral¹ y L. Amilibia²

¹Matia Instituto. Madrid. ²Gobierno Vasco. Vitoria.

Objetivos: Contabilizar las ayudas informales prestadas por las personas de 65 y más años en el País Vasco y analizar el balance del cuidado por esta cohorte de edad.

Métodos: Análisis de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas de 55 y más años en Euskadi, 2014. (N = 2.496, H = 55%, M = 45%). Se compone de 9 bloques temáticos. Aquí se analiza el Bloque 3: Tejido social e intercambio de ayudas. Variables: cuidados –hijos/as, nietos/as, mayores y/o discapacitados/as-, ayudas económicas, acogimiento en el hogar, ayuda con las tareas del hogar y de otra forma.

Resultados: Un 24,9% de las personas de 65 y más años prestan ayuda a sus hijos/as, un 28,9% realiza tareas de cuidado de nietos/as y un 7,7% cuida de algún familiar mayor y/o con discapacidad (total cuidadoras 49,7%). Por otro lado, un 8,4% presta ayudas económicas, un 3,2% presta ayudas en las tareas domésticas a otros hogares, y un 5,3% ha acogido a algún familiar en su hogar. El tipo de ayudas que más se ha incrementado por la crisis son las económicas (62,3%), le sigue el acogimiento familiar (46,4%), las tareas de cuidado de hijos/as y domésticas han aumentado para un 20%, mientras que el cuidado de nietos o el cuidado de mayores son las que menos han aumentado por ese motivo (14,2% y 10,1%). Balance de cuidados: un 49,7% de las personas de 65 y más años presta cuidados, frente a un 11,2% que los recibe; un 8,4% presta ayudas económicas, frente al 1,6% que las recibe; un 5,3% ha acogido a algún familiar, mientras que un 0,7% ha sido acogido; y un 3,2% presta ayuda en tareas domésticas, frente a un 11,1% que la recibe.

Conclusiones: La crisis está enfatizando la importancia de la solidaridad intergeneracional donde son protagonistas las personas mayores. Muy al contrario de los estereotipos más recurrentes que recaen sobre este grupo, éstas personas son, en mayor porcentaje, proveedoras de cuidados y ayudas que receptoras de ellos, realidad desconocida que combate el estereotipo de “carga social” asociada a la vejez.

PS-039. ROMPIENDO ESTEREOTIPOS SOBRE LA VIDA EN RESIDENCIA

N. Landeta, A. Marra, A. Lamapereira, J. Aguión, C. Núñez,

A.Y. Barrios y R. Bustillo
Residencia Olimpia. Bilbao.

Objetivos: Analizar y desmontar los siguientes estereotipos sobre la vida en residencia: 1. El perfil de residente es el de una persona muy deteriorada, que requiere ayuda en la mayoría de las AVD. 2. Lugar donde las familias “aparcen” a sus mayores. 3. La única atención que recibe el residente es la asistencial, obviando lo referente a actividades de ocio, relaciones sociales...

Métodos: Analizaremos una serie de variables en relación al total de residentes del centro (114). 1. Dependencia asistencial: Escala Barthel. Deterioro cognitivo: Escala MEC-LOBO. 2. Porcentaje de “autoingresos”. 3. Implicación familiar. Registro de visitas de enero/febrero 2015. 4. Porcentaje de residentes con cuidador/a informal. 5. Horas semanales de actividades de elección personal.

Resultados: 1. Barthel: escala funcional. Dependencia total: 31,6%. Dependencia agrave: 33,34%. Dependencia moderada: 17,54%. Dependencia escasa: 7,02%. Independiente: 10,5%. GDS: MEC-LOBO. GDS 1: 21,05%. GDS 2: 10,5%. GDS 3: 8,8%. GDS 4: 18,42%. GDS 5: 15,8%. GDS 6: 3,5%. GDS 7: 21,93%. 2. 23% Autoingresos. 3. Visitas residente/mes (análisis de enero/febrero 2015). Enero: 3.099. Media: 99,96 visitas/día. Febrero: 2.893. Media: 103,32 visitas/día. 24 residentes tienen cuidador/a = 21,05%. 4. Distribución semanal de tiempo por actividades (9 a 19:30 horas): 1. Animación sociocultural, fisioterapia, peluquería: 63%. 2. Comidas 28,5%. 3. Actividades religiosas 1,36%. 4. Varios 7,14%. 5. Grado de participación en servicios ofrecidos (análisis del 14 al 27 de febrero). Animación Sociocultural, Fisioterapia, Peluquería: 79,8%. Actividades Religiosas: 51,3%.

Conclusiones: Existe un porcentaje significativo de residentes autónomos o con un nivel mínimo de dependencia. El 23% son “autoingresos”, lo que rompe con la idea de que es la familia quien decide por él/ella. El elevado número de visitas, unido a la presencia de un 21,05% de cuidadores informales, evidencia el alto grado de implicación de la misma. El amplio abanico de posibilidades ofertadas, y su importante aceptación, rompe con la idea de que el mayor permanece casi todo el tiempo sentado delante del televisor.

PS-040. FACTORES EXPLICATIVOS DE LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE ENVEJECER ENTRE LOS ADULTOS-MAYORES EN ESPAÑA

M.E. Prieto-Flores¹, G. Fernández-Mayoralas², F. Rojo-Pérez², V. Rodríguez-Rodríguez², M.J. Forjaz³ y C. Rodríguez-Blázquez⁴

¹Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid.

²Instituto de Economía, Geografía y Demografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IEGD. CSIC). Madrid.

³Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ⁴Instituto de Salud Carlos III y CIBERNED. Madrid.

Objetivos: Envejecimiento saludable, activo, productivo o satisfactorio son conceptos íntimamente relacionados y asociados con diferentes características de los individuos. El objetivo de este trabajo es identificar factores que ayuden a explicar la satisfacción con el propio proceso de envejecimiento.

Métodos: Se utilizaron los datos procedentes de la encuesta piloto del Proyecto Estudio Longitudinal Envejecer en España (Proyecto ELES-EP), sobre una muestra representativa de 1.747 individuos con 50 y más años de edad, residiendo en vivienda familiar. Se aplicaron modelos de regresión lineal para conocer los factores explicativos de la satisfacción con el propio envejecimiento (variable dependiente), a partir de variables demográficas, socioeconómicas, de salud, de relaciones sociales y del entorno residencial.

Resultados: Una mayor satisfacción con el propio proceso de envejecimiento se relacionó positivamente con la edad de los entrevistados (coeficiente de regresión: 0,15, $p < 0,01$) mientras que, comparados con las mujeres, los hombres se mostraron menos satisfechos ($-0,24$, $p < 0,05$). El estado de salud percibido ($0,36$, $p < 0,001$) y la capacidad funcional ($0,14$, $p < 0,05$) se asociaron también positivamente con la percepción del propio proceso de envejecer. Por su parte, el

sentimiento de soledad reduciría la satisfacción con el propio proceso de envejecimiento ($-0,39$, $p < 0,001$). Asimismo, los obstáculos para moverse en transporte público tendrían un efecto negativo ($-0,59$, $p < 0,01$).

Conclusiones: Esta investigación provee nueva información sobre la experiencia multidimensional del proceso de envejecer, con implicaciones potenciales relacionadas con el papel de las características sociodemográficas, la salud, la soledad y las barreras en el entorno residencial exterior. Este estudio se beneficiará de datos longitudinales de las sucesivas oleadas del proyecto ELES, que permitirán la evaluación de asociaciones causales de los factores analizados.

PS-041. ESTUDIO PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA PERSONAS SIEMPRE: ASPECTOS CONDUCTUALES

L. Pérez del Tío, V. Busquets Bordomas y E. Sánchez Garay Iubilite-Ballesol. Madrid.

Introducción: El programa Personas Siempre es una intervención terapéutica, centrada en la estimulación sensorial multimodal, como medio para potenciar la calidad de vida de las personas con demencia avanzada y sus familias. La intervención va dirigida tanto a los Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD) como a los déficit cognitivos. En este análisis preliminar se exponen solo los datos referentes a SPCD durante un periodo de 6 meses de seguimiento.

Objetivos: La intervención sobre SPCD va encaminada a la disminución de respuestas motoras y conductuales desadaptativas, como la irritabilidad y la agitación; y al incremento de un estado de ánimo eutímico.

Métodos: La muestra se compuso de 69 personas mayores con demencia avanzada institucionalizadas. Las personas son mujeres 81,2%, con una media de edad de 89,13 años (6,29 DE), Barthel de 28,22 (18,13 DE) y en Pfeiffer de 9,47 (0,96 DE). Se realizaron dos evaluaciones una pre otra post intervención. La intervención consistió en el Programa Personas Siempre (www.personassiempre.com). Para valorar los resultados de la intervención se aplicaron de forma semestral las siguientes pruebas: NPI y Cohen Mansfield.

Resultados: En cuanto a los SPCD medidos mediante la escala NPI, aparecen diferencias significativas entre las puntuaciones pre-post intervención en la puntuación total del NPI ($p < 0,05$), y en los siguientes ítems específicos: delirios ($p < 0,005$), alucinaciones ($p > 0,05$), depresión ($p > 0,05$) y euforia ($p > 0,05$). Al analizar de manera pormenorizada los datos del NPI para averiguar si lo que disminuye es la frecuencia o la gravedad de estos síntomas se obtuvieron los siguientes resultados: disminuyó la frecuencia de: delirios ($p > 0,05$) y alucinaciones ($p > 0,05$); disminuyó la gravedad: delirios ($p > 0,05$), agitación ($p > 0,05$), depresión ($p > 0,05$) y euforia ($p > 0,05$). Sin embargo los resultados de la escala Cohen Mansfield no son significativos en ninguno de sus ítems, tal vez debido a la especificidad de los mismos y a su baja prevalencia.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo muestran la utilidad del Programa personas Siempre en el control de los SPCD. En un estudio más extenso se analizarán una muestra mayor de sujetos y un periodo mayor de seguimiento de los mismos.

PS-042. RELACIÓN DE LOS SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS SOBRE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

L. Carpio García¹, G. Pérez Mora², R. Yubero Pancorbo¹ y P. Gil Gregorio¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos: Investigar las alteraciones de comportamiento que contribuyen a incrementar la sobrecarga del cuidador en este tipo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo longitudinal realizado del 2002 hasta el año 2014, en pacientes con DCL (medido según criterios de Petersen 2005), que realizan seguimiento en la Unidad de Memoria de nuestro servicio. Se recogieron datos socio-demográficos, valoración funcional, Mini-Mental State Examination (MMSE) de la primera visita, los psicofármacos prescritos previamente y la conversión futura o no a demencia. A todos los pacientes se realizó una valoración neuropsicológica completa. Fueron evaluados 95 pacientes usando la escala Neuropsychiatric Inventory (NPI), para determinar trastornos neuropsiquiátricos. La sobrecarga del cuidador se evaluó usando el test de Zarit. El análisis se usó el SPSS 15.0. Ya que la muestra no sigue una distribución normal, se empleó el test de correlación de Spearman. $p < 0,05$.

Resultados: N = 113; mujeres: 69,9%; Edad mediana: 78,00 (RIC: 73-81); Katz A-B: 89,6%; Barthel: 95,0, Lawton: 7. MMSE: 26; Convertidores tardíos: 25 convertidores precoces: 28; no convertidores: 58; NPI mediana: 8 (RIC: 3-16); Zarit de primera visita mediana: 15 (RIC: 6-27). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el NPI total y la puntuación en el Zarit en el grupo de convertidores ($p: 0,033$) y no convertidores ($p: 0,003$). Los síntomas neuropsiquiátricos relacionados con el incremento del estrés del cuidador fueron en los convertidores: ideación delirante, agresividad y desinhibición; en los no convertidores fueron: depresión, ansiedad e irritabilidad. La depresión ha sido el síntoma que presenta una mayor correlación positiva sobre la puntuación en el Zarit (Coef: 0,517), seguida de irritabilidad/labilidad (Coef: 0,343) y desinhibición (Coef: 0,306). No se vieron diferencias significativas entre el NPI de convertidores frente al de no convertidores.

Conclusiones: Los trastornos del comportamiento están presentes en fases previas al diagnóstico de demencia y suponen un incremento de la sobrecarga del cuidador. Una evaluación periódica detallada y el manejo de estos síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con deterioro cognitivo leve, es necesario para incrementar la calidad de vida del paciente, así como reducir la sobrecarga del cuidador desde los primeros estadios de la enfermedad.

PS-043. SELECCIÓN DE ÍTEMS Y VALIDEZ DE CONTENIDO EN EL DESARROLLO DE UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN EN PERSONAS MAYORES

O. Mayoral¹, A. García-Soler¹, M. Delgado-Losada², I. Lizaso³, A.J. García-González⁴ y participantes en el Estudio DICUIMVE⁵
¹Matia Instituto. Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ³Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Gipuzkoa. ⁴Universidad de Sevilla. Sevilla. ⁵Grupo de Trabajo de Imagen y Envejecimiento SEGG.

Introducción: Desde el acuñamiento del término edadismo (*ageism*) por Butler (1969) se han venido estudiando los estereotipos y conductas discriminatorias en la vejez. Sin embargo, no existe un instrumento que tenga en cuenta la imagen de la vejez integral y actualizada acorde con los cambios a nivel sociológico, al margen de la dicotomía positiva/negativa.

Objetivos: El objetivo de este estudio es desarrollar un instrumento de valoración de la imagen sobre las personas mayores y el proceso de envejecimiento.

Métodos: Se realizó una revisión de las escalas relacionadas con estereotipos, imagen en los medios, autoimagen, actitudes, conocimientos, satisfacción con la vida y edadismo. Se recogieron los ítems de todas las escalas que fueron relevantes para el constructo de imagen de la vejez y se administraron a un grupo de expertos ($n = 8$) para que valorasen su inclusión por relevancia en una escala según un formato Likert de 0-3 (0 = Nada relevante, algo relevante, muy relevante, 3 = imprescindible). Se obtuvo el promedio, desviación típica de cada ítem y su distribución en la selección por encima de un punto de corte acordado $> 1,5$.

Resultados: Se seleccionaron 29 ítems (esto fue debido a que se solicitó que se seleccionaran solo 30 ítems como máximo) de 8 escalas diferentes de un total de 273 ítems de 9 escalas en total. Los ítems seleccionados tuvieron una media de $X = 1,89$; $DT = 0,26$ (rango 1,57-2,5).

Conclusiones: La selección de ítems por medio de un panel de expertos favorecerá el desarrollo de una escala de medida de la imagen de las personas mayores con base en las escalas previamente desarrolladas en el campo acercándose a la validez de contenido generada por el procedimiento.

PS-044. EUSKADI LAGUNKOIA: DISEÑO DE UNA GUÍA PARA PROMOVER MUNICIPIOS Y AGENTES AUTÓNOMOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AMIGABILIDAD

E. del Barrio¹, M. Sancho¹, A. Tomasena¹ y S. Pinazo²
¹Matia Instituto. ²Universidad de Valencia. Valencia.

Objetivos: Diseñar herramientas metodológicas para la implementación del programa de amigabilidad. Animar a todos los municipios de Euskadi a sumarse al movimiento de amigabilidad. Fomentar la autonomía de municipios y agentes para poner en marcha la iniciativa.

Métodos: Esta guía se ha desarrollado después del trabajo de implementación del programa en 13 municipios piloto del País Vasco y contando con la colaboración de 77 agentes. Se tomó como base la metodología marcada por la OMS y el Protocolo de Vancouver. Este pilotaje ha servido para diseñar, analizar y poner en práctica la metodología e instrumentos necesarios para avanzar en la amigabilidad de los territorios. Las herramientas diseñadas según las fases: 1. Diagnóstico: cuestionario de amigabilidad (1.194 cuestionarios recogidos); Instrumentos y consejos sobre el diseño, trabajo de campo y análisis de datos; Grupos, encuentros y entrevistas (345 personas participantes); Guión, diseño, análisis, y herramientas prácticas y consejos de uso. 2. Áreas de mejora y Plan de amigabilidad: ejemplos de estructura de documentos. 3. Implementación de acciones: Diseño y puesta en marcha de programas piloto: Establecimiento amigable; Quiero mi barrio y mapa de lugares amigables; Banco de tiempo; Auzokoa Lagun; Legado. 4. Evaluación: Indicadores cuantitativos de participación, de objetivos y cuestionario de evaluación. Indicadores cualitativos: Evolución de procesos por grupos de trabajo, realización de grupos focales y encuentros ciudadanos y entrevistas en profundidad.

Resultados: La guía se puso a disposición de todos los municipios y agentes interesados el 27 de noviembre de 2014. Desde entonces varios municipios (4) y agentes (2) han comenzado a poner en marcha el proyecto de forma autónoma. Entre ellos destacan municipios como Eibar o Antzuola, donde los grupos y encuentros están coordinados y desarrollados de forma autogestionada por ciudadanos/as con la colaboración de AGIJUPENS.

Conclusiones: Esta guía se pone a disposición de todos los municipios, ciudades y pueblos de Euskadi para que servir de apoyo y orientación en el camino hacia la mejora de la calidad vida de sus residentes fomentando un proceso de investigación acción participativa para avanzar aprendiendo juntos.

PS-045. SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO EN INSTITUCIONES SANITARIAS: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS (2012-2014)

P. Serrano Cuesta, C. Fernández Alonso, M. Lázaro del Nogal, M.A. Benito García, A. Santiago Sáez, L. Gallego y T. Martín Acero
 Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Realizar un seguimiento de los casos detectados de sospecha de malos tratos en el anciano de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato al anciano en instituciones sanitarias elaborado en el Hospital Clínico San Carlos.

Métodos: La Comisión contra la Violencia, como órgano encargado de las estrategias para detectar el maltrato en el anciano ha elaborado un procedimiento comprometiéndolo a todos los profesionales sanitarios implicados (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo). Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación. Mediante la hoja de registro se ha podido conocer el tipo y características de los ancianos con sospecha de malos tratos vistos en el Hospital. A través de este plan integral se ha conseguido un seguimiento de los casos de malos tratos.

Resultados: Durante 3 años (2012-2014) se han registrado 160 casos de sospecha de malos tratos: 16 en pacientes > 65 años (10%). Edad media: 79,5 ± 9,2 Mujeres: 87,5%. Seguimiento de los casos de sospecha de malos tratos: Derivación a Atención Primaria: 3 casos; Servicios Sociales: 5 casos; Servicios Sociales + Atención Primaria: 5 casos; Servicios Sociales+ Servicios Específicos: 2; Coordinación con Juzgado: 1. Han precisado ingreso hospitalario: 5 casos. Institucionalización: 4 casos. Tras un año de seguimiento han fallecido 9 pacientes: 4 en el hospital; 2 en Residencia, 2 en domicilio y 1 en Centro de Apoyo.

Conclusiones: 1. La coordinación socio-sanitaria es clave tras la detección de los casos de malos tratos en el anciano para continuidad de cuidados y ubicación correcta (domicilio, centro de apoyo, residencias). 2. En nuestra serie fallecen al año de seguimiento más de la mitad de los casos registrados.

PS-046. DIMENSIONES Y CUIDADOS ESPIRITUALES AL FINAL DE LA VIDA

M.P. Gómez Martín¹, M. Merino Alainez² y V.L. Molero³
¹FISJ-ESH Hospital de Getafe-ESAPD Sur. ²FISJ-ESH. Hospital Universitario 12 de Octubre. ³Fundación Instituto San José. Madrid-FISJ.

Objetivo: La atención a necesidades espirituales en personas con enfermedad avanzada es todo un reto para la atención integral del equipo de cuidados paliativos (CP). Explorarlas, darle valor en el proceso de atención es objetivo del estudio, mostrando los resultados de dimensiones sociales, necesidades y cuidados espirituales que precisan personas mayores de 65 años que han recibido atención social inicial especializada.

Métodos: Estudio cuantitativo multicéntrico, descriptivo, prospectivo, análisis entrevista estructurada EAPS (equipo atención psicosocial), dirección científica ICO, por iniciativa de Fundacio La Caixa, realizando 2 trabajadoras sociales, 3 equipos CP, 2 hospitalarios (ESH) y 1 domiciliario (ESAPD).

Resultados: Analizamos resultados, valoración social inicial, actividad asistencial 3 equipos CP, año 2014. N = 302. ESH 12 Octubre: edad media 81,32, rango (65-102), sexo: M 45%, H 55%, casado 60%, viudo 32%. DX: oncológico 69%, no oncológico 31%. E. ánimo: bien 39%, mal 13%. Sufrimiento, paso del tiempo: lento 60%, rápido 1%. Comunicación familia: sí 28%, escasa 41%. Adaptación: buena 25%, escasa 6%. Dimensión sentido: buen balance vital 44%, falta sentido 4%. Dimensión paz/perdón: reconciliado 76%, sin temas pendientes 3%, falta paz/perdón 1%, creencias religiosas 75%. ESH. Getafe: edad media 78, 28, rango (65-96), sexo: M 37%, H 63%, casado 69%, viudo 20%. E. ánimo: bien 16%, mal 2%, sufrimiento-tiempo: lento 56% Rápido 5% Comunicación familia, si 50%, escasa 16% adaptación buena 23%, escasa 13%, dimensión sentido vida buen balance vital 57%, falta de sentido 1%. Dimensión paz y perdón: reconciliado 41%, ausencia temas pendiente 21%, falta paz/perdón 3%, creencias religiosas 76%. ESAPDSUR: Edad media. 78, 28 rango (65-96), sexo M 50 %H 50%

Casado 57% viudo 33% DX E. animo Bien 35% mal 11%. Sufrimiento/tiempo: lento 41%, rápido 6%. Comunicación familia: sí 50%, escasa 5%. Adaptación: buena 27%, moderada 29%, escasa 9%. Dimensión sentido: buen balance vital 57%, falta de sentido vital 3%. Dimensión paz y perdón: 45%, ausencia temas pendiente 8%, falta paz/perdón 3%, creencias religiosas 74%.

Conclusiones: Las personas mayores colaboran, expresan necesidades esenciales/espirituales al final de vida, existe relación en variables de elevado sufrimiento en relación al paso de tiempo, moderada dificultad de comunicación con familia, significativa expresión paz/perdón consigo mismo y los demás, ausencia de temas pendientes, existencia creencias religiosas y buen balance vital.

PS-047. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, CUIDADORES MAYORES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD AVANZADA

M.P. Gómez Martín¹, M. Merino Alainez² y V.L. Molero³
¹FISJ-ESH Hospital de Getafe-ESAPD Sur. ²FISJ-ESH. Hospital Universitario 12 de Octubre. ³Fundación Instituto San José. Madrid-FISJ.

Objetivo: Presentar el perfil y necesidades sociofamiliares de los cuidadores mayores de 65 años que realizan la tarea de cuidador principal de personas con enfermedad avanzada que han recibido atención social inicial especializada, sobre cobertura y capacidad para los cuidados, sobrecarga, vínculo familiar y adaptación situación.

Métodos: Estudio cuantitativo multicéntrico, descriptivo, prospectivo, análisis entrevista estructurada EAPS (equipo atención psicosocial) dirección científica ICO, por iniciativa de Fundacio La Caixa, realizado 2 trabajadoras sociales, 3 equipos CP, 2 hospitalarios (ESH) 1 domiciliario (ESAPD).

Resultados: Analizamos resultados, valoración social inicial, actividad asistencial 3 equipos CP, año 2014. N = 148. ESH 12 Octubre: N = 64, edad media 76,18, rango (65-101), +80: 39% sexo M 69%, H 31%. Estado civil: casado 83%, viudo 14%, cónyuge 68%, hijo 13%, hermano 6%, padre/madre 6%. Cobertura de cuidados: sí 81%, vínculo familiar sólido 89%, frágil 11%, comunicación fluida 83%, difícil 17%, capacidad cuidadora adecuada 20%, limitada 53%, insuficiente 27%, sobrecarga leve 11%, moderada 70%, severa 19%, adaptación buena 11%, moderada 76%, escasa 11%, nula 2%. ESH Getafe: N = 50, edad media 74,88, rango (65-95), +80: 28%, sexo M 69%, H 31%. Estado civil: casado 92%, viudo 8%, cónyuge 70%, hijo 8%, hermano 2%, padre/madre 14%. Cobertura de cuidados: sí 80%, vínculo familiar sólido 84%, frágil 16%, comunicación fluida 58%, difícil 42%, capacidad cuidadora adecuada 24%, limitada 53%, insuficiente 24%, sobrecarga leve 22%, moderada 48%, severa 30%, adaptación buena 40%, moderada 48%, escasa 10%, nula 2%. ESAPD Sur Getafe: N = 34, edad media 75,38, rango (65-93), +80: 38%, sexo: M 85%, H 15%. Estado civil: casado 70%, viudo 21%, cónyuge 70%, hijo 15%, hermano 9%, padre/madre 6%. Cobertura de cuidados: sí 94%, vínculo familiar sólido 82%, frágil 18%, comunicación fluida 56%, difícil 44%, capacidad cuidadora adecuada 24%, limitada 58%, insuficiente 24%, sobrecarga leve 44%, moderada 24%, severa 32%, adaptación buena 49%, moderada 32%, escasa 13%, nula 6%.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad avanzada el cuidador principal mayor de 65 años, es en el 35% mayor de 80 años, que cuida del cónyuge, con un vínculo familiar sólido, comunicación fluida entre paciente y cuidador, sobrecarga moderada y riesgo de claudicación, convirtiéndose en prestador y receptor de cuidados de otros miembros de la familia y el entorno.