

Resultados: Se ha estudiado un total de 161 pacientes con una edad media de $76,6 \pm 8,5$ años; 21 hombres y 140 mujeres. El estado civil predominante son los solteros, con un 66,4%, seguido por los casados, con un 44%. El 72,7% sin hijos, con una media de $0,49 \pm 1,28$ hijos. El diagnóstico psiquiátrico más habitual es la esquizofrenia (40%), seguida de la discapacidad intelectual (16%). El 77,6% tienen una patología crónica asociada a su diagnóstico psiquiátrico, por lo que el 70,2% tienen pluripatología. El 50% de los residentes tienen un índice de Karnofsky inferior a 50 y Barthel inferior a 45 puntos. El 22,4% son frágiles y el 57,7% cumplen criterios de pre-fragilidad. El 61% presentan alteraciones en la deglución.

Conclusiones: Los resultados obtenidos del presente estudio han permitido objetivar la necesidad real de implantar una unidad de soporte de Cuidados Paliativos en nuestro centro.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.003>

OC-003

Uso de antibióticos en los últimos días de vida

C. Roca Rabionet^a, N. Latorre Vallbona^a, M. Barneto Soto^b, S. Castejón Hernández^a, M. Cruz Grullon^a, M. Espauella Ferrer^b, J. Espauella Panicot^b

^a Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^b Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España

Introducción: Las infecciones y los episodios febriles son complicaciones frecuentes en pacientes en final de vida. La decisión de tratar una infección o de retirar un tratamiento antibiótico en estos pacientes puede ser difícil por la dificultad de una acertada predicción del curso clínico y, con ella, la administración de la mejor intervención posible.

Objetivo: Cuantificar la prescripción de tratamiento antibiótico durante los últimos 7 días de vida de los pacientes que fallecieron en un hospital de atención intermedia, describir las características de los pacientes, y conocer la indicación, la vía de administración y la intención de su establecimiento (curativo versus sintomático).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes fallecidos durante el periodo de octubre a diciembre de 2017. Disponemos en el territorio de un método de identificación de la complejidad clínica de los pacientes: el paciente crónico complejo (PCC) y el paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA).

Resultados: Fallecieron 95 pacientes; 33 pacientes (34,75%) recibieron antibiótico durante la última semana de vida. Edad media 85 años (80-92,5), 51,5% mujeres, Barthel previo 57,27%, 33,3% con demencia. Un 33,2% estaban identificados de MACA. No estaban identificados como pacientes con complejidad clínica un 45,6%. La mediana de estancia fue de 7 días (3-19,5). En un 63,6% la indicación fue por infección respiratoria y en un 15,2% por ITU. En el 69,7% se administró por vía intravenosa. La intención de tratamiento fue curativa en un 78,8%; en dos pacientes (6,1%) la indicación de tratamiento fue por diferencias entre las expectativas de la familia y el equipo.

Conclusiones: La identificación de pacientes con complejidad clínica y la elaboración de un plan terapéutico individualizado consensuado con el paciente y la familia permiten establecer el nivel terapéutico. Realizar planificación avanzada podría implicar mejorar las intervenciones paliativas en los pacientes en los últimos días de vida y disminuir la utilización de otras terapias, como la antimicrobiana.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.004>

OC-004

Análisis de la mortalidad a largo plazo en pacientes ancianos que ingresan con INR mayor de 3

I. Pulido González, H.S. Rosario Mendoza, I. Ramos Gómez, A. Merlán Hermida, J.A. Martín Armas, A. Conde Martel

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivos: Evaluar la relación entre el INR de nuestros pacientes en Urgencias y la mortalidad y el uso de tratamiento anticoagulante al alta.

Método: El Rufian es un estudio longitudinal observacional donde se incluyeron los pacientes que ingresaron en el Servicio de MI en el periodo de dos años (2014-2016) con fibrilación auricular no valvular (FANV). Se realizó seguimiento hasta junio de 2017.

Resultados: Durante 2014-2016 ingresaron en nuestro servicio 905 pacientes con el diagnóstico de FANV, siendo el 100% mayores de 65 años; de estos, un 45,5% (412) recibían tratamiento con fármacos antivitaminas K (AVK). Disponemos de un total de 358 registros de INR en urgencias. El INR medio de la muestra es de $4,1 \pm 2,9$ y la mediana es de 3,11. Solo el 27% (96) de los pacientes analizados presenta un INR en rango terapéutico. El 19,6% (71) presenta un INR < 2 y el 54,4% (191) de los pacientes presenta un INR > 3. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con INR > 3 es del 12,6% (24), siendo del 60,2% (115) durante el seguimiento. Con relación a los pacientes con INR > 3 que fueron dados de alta, el 64,4% (123) de los pacientes continuó con AVK al alta y en un 4,2% (8) se realizó cambio a anticoagulantes orales de acción directa. Al 15,7% (30) se les retiró la anticoagulación y el 11% (21) fue dado de alta con tratamiento antiagregante exclusivamente. El riesgo relativo de muerte en los pacientes con INR > 3 es de 2,04 (1,33-3,12). Los factores que más se relacionan con la mortalidad en los pacientes con INR > 3 son la enfermedad renal, la enfermedad hepática y ser mayor de 85 años.

Conclusiones: Solo uno de cada cuatro pacientes ingresa con valores de INR en rango en nuestro servicio. Los pacientes con INR > 3 a su ingreso mueren más durante el seguimiento, relacionándose esto con la edad, la enfermedad renal y la enfermedad hepática. Solo se realizan 8 cambios (4,2%) a anticoagulantes orales de acción directa en pacientes que ingresan con sobredosificación de anticoagulantes orales de acción directa.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.005>

OC-005

Adaptación de una escala de valoración funcional para la detección de la alteración cognitiva leve en población urbana y rural catalana

N. López Matons^a, I. Egidio Pérez^b, R. Espinalt Serra^b, D. Conill Badell^a, M. Soler Coromina^b, G. Obrero Cusidó^a, A. Martín López^a

^a UVGI Mutuam, Barcelona, España

^b UVGI Mutuam, Girona, España

Objetivo: Validación del instrumento de valoración funcional «Everyday Cognition» (ECog) para la evaluación de las actividades de la vida diaria en pacientes afectados de alteración cognitiva leve (ACL). El objetivo secundario es valorar su sensibilidad para discriminar a pacientes afectados de ACL de controles sanos y pacientes con demencia.

Método: Se solicitó el permiso del autor para la adaptación del ECog. Se administró el test a población clínica y comunitaria. Los criterios de inclusión para la población clínica eran pacientes mayores de 60 años que acudían a consulta por pérdida cognitiva desde el 15 de marzo de 2017 al 15 de marzo de 2018. Tenían que venir acompañados de un informante, que lo conociera mínimo desde hacía 10 años, quien contestaba el ECog. Al paciente se le realizó una valoración funcional y se administraron las escalas de cribado cognitivo *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) y *Blessed Dementia Scale* (BDS), que forman parte de la práctica clínica habitual. En consenso se diagnosticó a los pacientes como cognitivamente sanos, afectados de ACL y tipo según criterios de la Clínica Mayo o de demencia según criterios de deterioro neurocognitivo mayor del DSM-V.

Se pidió la participación de voluntarios sanos mayores de 60 años de la comunidad para contestar el ECog. Se realizó entrevista clínica previa y se administró el MMSE para descartar afectación neurocognitiva.

Resultados preliminares: Analizados los resultados de 316 personas (127 sanos, 60 ACL y 129 demencia), el ECog muestra correlaciones significativas con el MMSE ($r = -0,706$, $p < 0,01$), CDR ($r = 0,811$, $p < 0,01$) y BDS ($r = 0,639$, $p < 0,01$). El análisis de regresión logística multinomial, ajustado por edad y estudios, muestra una discriminación significativa entre ACL y sanos ($\chi^2 = 29,971$ y $p < 0,01$) y entre ACL y demencia ($\chi^2 = 36,914$ y $p < 0,01$). La sensibilidad del ECog para discriminar demencia de ACL es de 0,91, y controles sanos de ACL, de 0,90.

Conclusiones: Los resultados preliminares muestran el ECog como un instrumento útil en la valoración de pacientes con pérdida cognitiva. Acabado el periodo de reclutamiento y recogida de datos, se replicarán los cálculos, se examinará la estructura interna del ECog y su validez para discriminar entre los tipos de ACL.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.006>

OC-006

Evaluación de los cambios precoces de la retina en la enfermedad de Alzheimer y contribución de la papila en la progresión de la enfermedad

J.M. Ramirez^a, E. Salobar-García^a, R. de Hoz^a, R. Yubero Pancorbo^b, I. López-Cuenca^a, P. Gil Gregorio^b

^a Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo, Madrid, España

^b Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivos: La enfermedad de Alzheimer (EA) es una neurodegeneración en la que se encuentran involucradas áreas del cerebro encargadas del procesamiento visual con la existencia de depósitos de β -amiloide y tau en la retina. El objetivo de este trabajo es el estudio mediante pruebas oftalmológicas para detectar cambios que ayuden al diagnóstico y seguimiento de la EA.

Métodos: Treinta y dos pacientes con EA leve, 20 pacientes con EA moderada y 35 controles se sometieron al examen de la agudeza visual (AV), sensibilidad al contraste (SC), pruebas de percepción de color y examen del espesor de la retina mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). Todos los pacientes fueron clasificados de acuerdo con la Escala de deterioro global (GDS).

Resultados: Se encuentran diferencias significativas ($p < 0,01$, Mann-Whitney) entre el grupo EA leve y EA moderada respecto al control en la AV ($-12,29\%$) y en todas las frecuencias de la SC, siendo las frecuencias más altas las que muestran un mayor descenso (frecuencias bajas de -14% y en altas del -40%). En la visión del color, a pesar de que no hay una discromatopsia definida,

a mayor progresión de la enfermedad los pacientes tienen más fallos inespecíficos, siendo significativos ($p < 0,01$, Mann-Whitney) tanto en la región del azul como en la del rojo-verde. El espesor de la OCT macular en la EA leve tenía una disminución significativa en la fovea ($-7,29\%$) y en el anillo interno (excepto en nasal) respecto al control. En la EA moderada respecto a la EA leve se encontró un aumento significativo ($p < 0,01$, Mann-Whitney) de la fovea, anillo macular interior y anillo macular exterior (excepto inferior), así como un aumento significativo del volumen macular ($+4,35\%$). El espesor peripapilar mostró una disminución significativa ($p < 0,01$, Mann-Whitney) en el cuadrante inferior de la EA moderada respecto a ambos grupos (-12%), mientras que en los pacientes con EA leve respecto al control no había diferencias significativas.

Conclusiones: Precozmente, en la EA se aprecian cambios maculares y de los test psicofísicos, mientras que cuando la enfermedad progresa los cambios se evidencian a nivel peripapilar, lo que permitiría una evaluación de la progresión de la enfermedad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.007>

OC-007

Parámetros analíticos de rutina como factor pronóstico de mortalidad

C. Elías de Molins Peña, B. Gamboa Huarte

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

Objetivos: Determinar los parámetros analíticos solicitados de forma rutinaria que puedan justificar de manera independiente la mortalidad al año en pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría.

Material y métodos: Estudio analítico retrospectivo de pacientes ingresados en el servicio de geriatría en la unidad de agudos del Hospital Nuestra Señora de Gracia durante los meses de junio a noviembre de 2014, con seguimiento al año de su fecha de alta. Como variable resultado se analizó la asociación entre distintos parámetros analíticos, con la mortalidad al año del alta.

Resultados: Se estudiaron 318 pacientes, con una edad media de 87 ± 2 años, cuyo antecedente médico más frecuente era la patología cardiovascular (82,39%).

Estancia media (EM): (50% EM: 9 días). Mortalidad intrahospitalaria: 15,41%; mortalidad 6 meses: 26,3%; mortalidad 12 meses del alta: 10,15%. Institucionalizados al ingreso: 17,37%; supervivientes al año residentes en institución: 14,04%.

Anomalías en parámetros analíticos: a nivel renal, 5% creatinina ≥ 2 ; 25% urea > 72 ; un 10% presentaron trastornos a nivel electrolítico. A nivel hormonal: 10% TSH ≥ 4 ; 25% Vit B12 ≤ 300 (10% Vit B12 ≤ 200); 50% Ac. fólico ≤ 7 (25% $\leq 4,5$).

Anemia 68,14%; proteínas totales < 5 g/dl 46,47%, albumina < 3 g/dl 86,67% y < 2 g/dl 25,4%.

En el estudio bivalente, dentro de los parámetros analíticos registrados presentaron una mayor asociación con muerte al año, presencia de anemia ($p = 0,03$), valores de hemoglobina < 10 ($p = 0,0276$), valores de albúmina < 3 ($p = 0,00$) y de ácido fólico < 9 ($p = 0,0046$).

En el análisis multivariante, dos parámetros analíticos demostraron relación independiente con la mortalidad al año: anemia (OR: 2,26; IC 95%: 1,120-4,354) y albumina (OR: 0,049; IC 95%: 0,253-0,796).

Conclusiones: La anemia y la hipoalbuminemia presentan asociación independiente con mayor mortalidad al año. Parámetros analíticos de rutina pueden ayudar a identificar a los pacientes más

