

**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. Ramírez<sup>a</sup>, E. Salobrano-García<sup>a</sup>, R. de Hoz<sup>a</sup>, R. Yubero Pancorbo<sup>b</sup>, I. López-Cuenca<sup>a</sup>, P. Gil Gregorio<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo, Madrid, España

<sup>b</sup> 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  $\beta$ -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 fóvea ( $-7,29\%$ ) 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 fóvea, 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 progresó 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  $87 \pm 2$  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  $^32$ ; 25% urea  $> 72$ ; un 10% presentaron trastornos a nivel electrolítico. A nivel hormonal: 10% TSH  $^34$ ; 25% Vit B12 £ 300 (10% Vit B12 £ 200); 50% Ac. fólico £ 7 (25% £ 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 bivariante, 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; IC95%: 1,120-4,354) y albumina (OR: 0,049; IC95%: 0,253-0,796).

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

vulnerables, y se pueden establecer como indicadores indirectos de un peor estado de salud.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.008>

## OC-008

### Equipos de atención continuada domiciliaria en cuidados paliativos: Pades AC modelo 7 x 24 h

P. Romero Aznar<sup>a</sup>, B. Madueño Valencia<sup>b</sup>, A. Torner Busquet<sup>b</sup>



<sup>a</sup> MUTUAM, Barcelona, España

<sup>b</sup> MUTUAM, MPS, Barcelona, España

**Objetivo principal:** Mostrar la eficiencia del nuevo dispositivo de atención continuada (AC) en pacientes/familias con necesidades paliativas las 24 h al día, incluidos en el programa de soporte de los equipos de atención primaria.

- Valorar las intervenciones realizadas.
- Identificar el activador del dispositivo.
- Diferenciar las patologías atendidas y el tipo de atención realizada.
- Clasificar los motivos de activación y conocer la resolución de los casos.

**Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo de 2017 de AC las 24 h del día. La población total de la ciudad de Barcelona es de 1.637.153 habitantes, y en los 16 equipos el promedio de prevalentes fue de 810 pacientes. Se registraron las diferentes variables para dar respuesta a los objetivos y la explotación se realizó mediante el programa informático interno «Aegerus» y encuestas de satisfacción.

#### Resultados:

##### Diurno:

- Intervenciones: 4.803.
- Demanda: persona/familia: 84,14%, equipos 15,19%, SEM 0,67%.
- Identificación de pacientes: PCC 11,44%, MACA 32,64%, sin identificar 55,92%.
- Patología: oncológica 22,14%, no oncológica 77,86%.
- Atención realizada: 4.803.
- Motivo llamada: 27,7% agitación, 26,3% dudas régimen terapéutico, 15,5% dolor, 16,3% disnea, 11% deterioro, 2,1% vómitos/náuseas y 1,1% hipo/hiperglucemia.
- Resolución: Pades 96,32%, Hosp. Ag. 1,74%, SEM 1,41%, CSS 0,37%.

##### Nocturno:

- Intervenciones: 5.337.
- Demanda: persona/familia 74,06%, equipos 16%.
- Identificación pacientes: PCC 13,4%, MACA 30,7%, sin identificar 55,9%.
- Patología: oncológica 80,40%, no oncológica 19,60%.
- Atención realizada: 5.337.
- Motivo llamada: 29% agitación, 22% dudas régimen terapéutico, 15% dolor, 14% disnea, 9% deterioro, 8% vómitos/náuseas y 3% hipo/hiperglucemia.
- Resolución: Pades 98,6%, Hosp. Ag. 0,6%, SEM 0,5%, CSS 0,3%.

#### Conclusiones:

Equipo AC proporciona:

- Atención continuada a pacientes paliativos.
- Mayoritariamente activa la propia persona/familia, permitiendo mayor accesibilidad, equidad, seguridad y no fragmentación de la atención.

- La identificación de las personas (MACA).
- Observamos que el dispositivo es más utilizado en personas con patología oncológica.
- Respuesta telefónica asegurada que resuelve dudas: de régimen terapéutico, administrativo y soporte emocional.
- Resolución elevada de los casos.
- Derivaciones a otros dispositivos: UCIES hospitalarias o HSS por procesos agudos de difícil control domiciliario o por claudicación familiar.
- Satisfacción de las persona/familias 99%.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.009>

## OC-009

### Riesgos de clasificar a un anciano como «paliativo» en el servicio de urgencias. A propósito de 4 casos



G. Somoza Fernández, V. Romero Estarlich, J.I. Mendizábal Choy, N.M. González Senac, F.J. Ortiz Alonso, M.T. Vidán Astiz, J.A. Serra Rexach

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

**Objetivos:** Exponer cuatro casos de ancianos clasificados como terminales en el servicio de urgencias (SU) e ingresados en planta con el plan de «sedación paliativa».

**Métodos:** Se presentan cuatro pacientes con edades entre 71 y 94 años que ingresan desde urgencias desestimados para tratamiento activo. A su ingreso en nuestra unidad de agudos se retiró la sedación paliativa dada la mejoría clínica objetivada.

**Resultados:** Mujer, 94 años, con diagnóstico en el SU de infarto agudo de miocardio Killip III. Dada la inestabilidad cardiorrespiratoria, se inició sedación paliativa. En planta se objetivó mejoría clínica, retirándose la sedación e iniciándose tratamiento médico conservador. Fue dada de alta a los 15 días. Transcurridos 5 meses, permanece asintomática y preserva su funcionalidad.

Varón, 92 años, diagnosticado en el SU de hematoma subdural tras traumatismo craneoencefálico. Debido a su situación neurológica se inició sedación paliativa, que fue retirada dada la favorable evolución clínica y radiológica. El paciente fue sometido a intervención quirúrgica, siendo dado de alta a los 14 días. Tras 5 meses, mantiene un índice de Barthel de 100.

Mujer, 87 años, diagnosticada en el SU de sepsis severa de origen respiratorio. Dada la presencia de shock séptico y su antecedente de carcinoma endometrioides activo, se inició sedación paliativa, que fue retirada ante la evolución clínica favorable. Fue dada de alta a la semana. Tras 2 meses se encuentra en seguimiento por Cuidados Paliativos, permaneciendo confortable y en situación estable.

Mujer, 71 años, diagnosticada en el SU de perforación intestinal. Dada la severidad del cuadro, se inició sedación paliativa. En planta se retiró la sedación y se inició tratamiento antibiótico, con óptima evolución clínica y radiológica. Fue dada de alta a los 42 días. Tras 2 meses, permanece asintomática.

**Conclusiones:** Los SU no parecen ser el dispositivo más apropiado para calificar a un paciente anciano como frágil por la patología aguda por la que acude a urgencias. La elevada presión asistencial y la dificultad para realizar una valoración geriátrica integral en las condiciones adecuadas hacen que debamos ser especialmente cautos a la hora de etiquetar a un paciente como terminal y únicamente subsidiario de tratamiento paliativo.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.010>