

sarcopenia y en las enfermedades neurodegenerativas al incorporar actividad física y una dieta con un aporte proteico y perfil de aminoácidos adecuado.

Durante 8 meses se seleccionan un total de 213 pacientes con edades comprendidas entre 70 y $98 \pm 2,256$ años durante su ingreso en el Hospital Virgen de la Torre; 98 de ellos tenían alguna patología neurodegenerativa, y se les realizó un cuestionario sobre la calidad de su dieta y la actividad física previa o actual.

Resultados: Un 83% del total de los pacientes ingresados no tenían por costumbre realizar ningún tipo de actividad física.

La ingesta proteica en el 53% de estos pacientes no cubría las necesidades recomendadas.

En los estudios se demuestra una evidencia entre ejercicio físico y una ingesta proteica adecuada, con un aumento de la masa libre de grasa, la masa muscular esquelética y la fuerza, y también mejora otros aspectos que contribuyen al bienestar: descenso en la proteína C reactiva o incremento del factor de crecimiento similar a la insulina.

Conclusiones: La sarcopenia desempeña un papel determinante en la fisiopatología de la fragilidad, y a través de ella predispone a las caídas, al deterioro funcional, a la discapacidad, a un mayor uso de recursos hospitalarios y sociales, a una peor calidad de vida y, finalmente, a la muerte.

Diferentes mecanismos, como un aumento del volumen en diferentes regiones cerebrales, se asocian a la práctica de la actividad física con una mejora de la salud neurocognitiva.

Las evidencias apuntan a que una ingesta adecuada de proteínas, aminoácidos esenciales y vitamina D combinada con un programa de ejercicio adecuado ya supondría mejora en la composición corporal y la función neuronal.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.162>

PC-017

¿Es la escala de Morse (MFS) la más idónea para valorar el riesgo de caídas en usuarios ingresados en hospitales sociosanitarios de Tenerife?

Y. Dorta Guanche^a, C.A. Angobaldo Coveñas^a, A.M. García Hernández^b, P.R. Brito Brito^c

^a IASS Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Universidad de la Laguna, San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^c Gerencia de Atención Primaria, Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

Objetivos: Hemos observado la incidencia de un elevado número de caídas no correspondientes con los niveles de riesgo al valorar con la escala Morse (MFS). Nuestro objetivo es mostrar si existe congruencia entre los resultados de la MFS y el número de caídas en usuarios de hospitales sociosanitarios de Tenerife.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal. Criterios de inclusión: usuarios del hospital objeto de estudio. Criterios de exclusión: pacientes en situación terminal. Se incluyó una muestra de 97 usuarios, con una media de edad de 75,1 años (rango: 44-93). Se revisaron las historias clínicas con una temporalidad anterior al inicio del estudio de un año, registrando el nivel de riesgo según la MFS y comparando, a posteriori, el número de caídas en dichos pacientes.

Resultados: Un 38,1% de pacientes sufrieron caídas con un total de 65 episodios. Empleando la MFS establecida por el protocolo de «Prevención y actuación ante caídas», se detectaron los siguientes niveles de riesgo: 48,4% sin riesgo, de los cuales 29,8% sufrieron caídas; 50,5% con riesgo bajo, presentando caídas el 44,9%; el 1% de riesgo alto, con un 100% de caídas.

Conclusiones:

- Según los datos obtenidos, parece que la MFS no predijo un alto porcentaje de caídas acontecidas en usuarios valorados como sin riesgo o bajo riesgo.
- Se han detectado diferencias en los rangos de nivel de riesgo de la MFS en las distintas traducciones de la escala propuestas por la autora. Su traducción española cuenta con los siguientes rangos: RIESGO 0 (0-24 ptos), RIESGO 1 (25-44 ptos), nivel de RIESGO 2 (45-125 ptos). Los rangos empleados en las instituciones sanitarias españolas no se corresponden con los propuestos por la autora, siendo: SIN RIESGO (< 24 ptos), RIESGO BAJO (25-50 ptos), RIESGO ALTO (> 50 ptos).
- De acuerdo con el perfil de usuario del hospital de referencia, ningún paciente debe considerarse con RIESGO 0 o SIN RIESGO.
- Dados los hallazgos y al no encontrar evidencias bibliográficas suficientes sobre la validación española de la MFS, su uso parece, a priori, desaconsejable. Convendría analizar y comparar otros instrumentos disponibles en nuestro contexto, de mayor validez psicométrica, o crear una nueva herramienta sensible a la práctica enfermera.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.163>

PC-018

Seguimiento de los pacientes que consumen fármacos anticolinérgicos en una unidad de estancia diurna



M.D. Nieto de Haro, C. Urbano Lima, V. Aguilar Pérez

Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Málaga, España

Introducción: Algunos de los fármacos más comúnmente prescritos en pacientes mayores incluyen aquellos con efectos anticolinérgicos.

La carga anticolinérgica es definida como el efecto acumulativo de tomar uno o más fármacos capaces de desarrollar efectos adversos anticolinérgicos. Se han establecido muchas medidas para evaluar la exposición a este tipo de medicamentos.

Objetivos: En nuestra unidad de estancia diurna los pacientes vienen siendo medicados por sus médicos de atención primaria.

Hemos querido evaluar el riesgo farmacológico que supone la administración de fármacos con efectos anticolinérgicos mediante el *Drug Burden Index* (DBI), un sistema computarizado de apoyo a la toma de decisiones clínicas.

La recolección de datos del cuestionario se llevó a cabo durante el mes de julio. Posteriormente se hizo un seguimiento a los 6 meses.

Resultados: Se han analizado un total de 39 pacientes (27 mujeres y 12 hombres) con una edad media de $82 \pm 6,9$ años. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes corresponden a demencias en el 77% de los casos. GDS 6 (déficit cognitivo grave) en el 43,6% de los pacientes. IB medio de 61.

A la patología psiquiátrica se añade la pluripatología en un 46% de los casos y la polifarmacia en el 92%.

El 84% de los pacientes están en tratamiento con fármacos que presentan efecto anticolinérgico. El 53,8% toman más de dos fármacos con dichos efectos.

Haciendo los cálculos con la calculadora que nos mide la exposición a anticolinérgico según dosis diaria (DBI), encontramos que el 48% están sometidos a un alto riesgo de efecto anticolinérgico. El 30% no están sometidos a riesgo y el 22%, a un riesgo medio.

Del total de los pacientes, 8 han requerido ingresos hospitalarios, 6 trasladados a urgencias, 4 han sufrido caídas y 3 han fallecido. No

hemos encontrado asociación estadística entre el rango de DBI y estos factores.

Hemos encontrado diferencias entre esta herramienta (DBI) y otras escalas de exposición a fármacos anticolinérgicos.

Conclusiones: Debería establecerse una lista consensuada de medicamentos con efectos anticolinérgicos y propiedades sedantes que se actualizara regularmente y que fuera conocida desde atención primaria.

Al mismo tiempo, debería haber un consenso sobre la escala a utilizar.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.164>

PC-019

Disfagia: comparativa en el abordaje entre geriatría y el resto de especialidades médicas



C. Palicio Martínez^a, M. Moral Carretón^a, L. Bárcena Goitiandia^a, E. Martín de Francisco Murga^a, M. Herrera Abian^a, C. Martín-Benito Bustos^b

^a Hospital Infanta Elena, Madrid, España

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

Objetivos: Comparar el manejo de la disfagia orofaríngea en pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos respecto al resto de áreas médicas, y demostrar la necesidad de formar en el manejo de este síndrome geriátrico.

Métodos: Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en geriatría y resto de unidades médicas durante el segundo semestre del año 2017, estudiados mediante interconsulta a otorrinolaringología (test volumen-viscosidad, fibroscopia).

Resultados: *Ingresados en geriatría (332 total): N 33 (6 mujeres, 10 hombres). Edad media 86,75. Resultados test volumen-viscosidad positivos: 21 (62,6%). Textura néctar 10 (47,6%), miel 7 (33,3%), pudding 4 (19%). De ellos, con deterioro cognitivo: 31 (93,93%); grado leve 12 (38,7%), moderado 9 (29%), grave 4 (19%). El 69,7% ingresó por infección respiratoria: vías bajas 7 (21,21%), neumonía 12 (36,36%), sepsis 4 (12,12%); de los pacientes con neumonía, el 58,3% tenían disfagia. El 66,6% (22) procedían de residencia; de ellos, el 67,6% fueron diagnosticados de disfagia al ingreso. En todos los casos se ha hecho la indicación y pautado espesantes al alta.*

Resto de áreas médicas (1.106 total): N 16 (19 mujeres, 14 hombres). Edad media 78,9. Resultados test volumen-viscosidad positivos: 13 (81,3%). Textura néctar 5 (38,4%), miel 2 (15,3%), pudding 1 (16,2%). Contraindicación vía oral 5 (38,4%). De ellos, con deterioro cognitivo: 9 (56,3%); grado leve 5 (55%), moderado 9 (44%). El 30% ingresó por infección respiratoria. El 30,8% (4) procedían de residencia. De ellos, el 80% con disfagia. Solamente el 23% (3) con espesantes al alta.

Conclusiones: La diferencia de porcentajes diagnósticos entre geriatría y el resto podría deberse a una tendencia a un diagnóstico precoz ante problemas deglutorios más sutiles por parte de geriatría.

La mayoría de los pacientes diagnosticados presentaban el grado más leve de este síndrome, precisando una especial atención para llevar a cabo una valoración dirigida para detectarlo.

Existe una mayor prevalencia en los pacientes de medio residencial, y una insuficiente pauta de espesantes al alta en pacientes con disfagia demostrada en el resto de especialidades médicas.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.165>

PC-020

Cumplimiento de la prescripción de espesante en pacientes con diagnóstico de disfagia de novo desde la atención primaria



S. del Rey Vitó, C. Fernández Martínez, A. Martínez Forte, L. Pérez Campos, P. Ferre Moreso

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Introducción: La disfagia es un trastorno que consiste en la dificultad para deglutir. Este síndrome frecuente, cuya prevalencia aumenta con la edad y que repercute de forma muy negativa sobre la calidad de vida, requiere la participación de equipos médicos especializados y multidisciplinarios para su correcto diagnóstico y tratamiento. No obstante, la orientación diagnóstica realizada por atención primaria es esencial para un manejo precoz y correcto. Desde el año 2017 en el CAP Terrassa Est se ha implantado una prueba piloto que consiste en detectar, tratar y seguir la disfagia a nivel ambulatorio.

Objetivos: El estudio dentro del proyecto DISFAP consiste en realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados de disfagia de nueva aparición así como el cumplimiento de la administración de espesante.

Material y métodos: De los 77 pacientes diagnosticados de disfagia se descartan los pacientes con un diagnóstico previo, quedando un total de 21 pacientes con diagnóstico de disfagia de novo. Hasta la actualidad se han hecho un total de 30 seguimientos, de los cuales 18 cumplen con las pautas del espesante prescrito (60%).

Conclusiones: El bajo cumplimiento de la ingesta de espesante es debido a varias causas, entre las cuales se encuentran la falta de conocimiento de la disfagia así como de sus consecuencias. El hecho de ser diagnosticados por primera vez en atención primaria conlleva que este tipo de paciente no ha tenido una patología importante secundaria a la disfagia, por lo que no ha requerido ingreso hospitalario. Otro factor a tener en cuenta es la baja aceptación de la textura recomendada en el hábito dietético diario del paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.166>

PC-021

Disfagia: visión global y multidisciplinar



S. del Rey Vitó, C. Fernández Martínez, A. Martínez Forte, L. Pérez Campos, J. González Valdiveiro, M. Capo Pallas, M. Quero

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Introducción: La disfagia es una alteración asociada a la deglución. Se define como la incapacidad tanto para formar el bolo como para su desplazamiento hasta el estómago. En este trastorno están implicados múltiples mecanismos de la nutrición, por lo que tanto su etiología, formas de presentación y tratamiento deberán ser abordados por un equipo multidisciplinar capaz de tener una visión global del paciente con disfagia.

Objetivos: La creación de este equipo en torno a la disfagia formado por diferentes especialistas de atención primaria y atención hospitalaria pretende realizar un abordaje integral y un seguimiento del paciente tanto en patología aguda hospitalaria como la detección y el seguimiento desde la atención primaria y domicilio.

Material y métodos: Se crea una Comisión de Disfagia integrada por geriatra, farmacólogo, logopeda, nutricionista, médicos