

PC-086**Valoración de la fragilidad en unidades de larga estancia y convalecencia en un centro de hospitalización intermedia**

E. Suarez Suchowitzki, L. Ferre Vall, S. Fradejas Moschino, C. Olmedo, D. Quera, N. Saiz

Hospital Mutuam Güell, Barcelona, España

Introducción: La fragilidad es un estado de vulnerabilidad ante factores estresantes de elevada prevalencia en nuestra población. Los pacientes que ingresan en los hospitales sociosanitarios (HSS) presentan una alta tasa de multimorbilidad y cronicidad la cual es difícil de medir y correlacionar con mortalidad. Existen múltiples índices/cuestionarios largos cuyo uso es limitado.

Objetivos: Valorar el grado de fragilidad de los pacientes que ingresaron en la unidad de larga estancia (ULE) y convalecencia (UC) de un hospital sociosanitario mediante la utilización de una nueva herramienta: índice de frágil-VGI, basado en varios ítems de la valoración geriátrica integral, así como su correlación con diagnósticos de ingreso, sexo, edad y unidad en la cual se encuentran.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de pacientes que ingresaron en las unidades de larga estancia y convalecencia de un hospital sociosanitario durante el periodo de septiembre de 2017 a enero de 2018.

En la entrevista de ingreso con la familia se aplica el cuestionario de fragilidad «índice frágil-VGI» preguntando el estado previo del paciente (un mes antes de evento actual) y registrando los datos obtenidos en una base de datos en Excel.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes en total, de los cuales 80 en la unidad de larga estancia (54,4%) y 67 (45,5%) convalecencia. Con una distribución por sexos de 83 mujeres (56,4%) y 64 hombres (43,5%). La edad media de los pacientes ingresados fue de 82,5 años. La mortalidad fue del 16,3%, la mayoría (54%) pertenecientes al grupo de fragilidad avanzada. En la ULE el índice de fragilidad promedio es de 0,44, que se corresponde con fragilidad moderada; pertenecen a este grupo más del 50% de los pacientes. En UC en cambio es de 0,26 fragilidad leve. El diagnóstico de demencia y/o síndrome confusional es el más relacionado con fragilidad elevada. Los pacientes traumatológicos (30,61%) presentan mayormente fragilidad leve.

Conclusiones: No hay diferencia en el grado de fragilidad por sexos, independientemente de la unidad.

La fragilidad leve de los pacientes concuerda con el objetivo de potenciar autonomía, en especial en la unidad de convalecencia.

Los pacientes ingresados después de una descompensación cardiaca obtienen un índice de fragilidad leve.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.232>

PC-087**Fragilidad y prevención de la dependencia en la comunidad**

M.B. Minthe^a, E. Álvarez Gómez^a, C. Cánovas Pareja^a, J.L. Cañada Millán^b, M. Abengoechea Medrano^b, V. Oliete García^b

^a Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

^b Centro de salud La Almozara, Zaragoza, España

Introducción: La fragilidad es un estado de riesgo de desarrollar discapacidad. Actuando sobre un anciano frágil en la comunidad se puede intentar retrasar su deterioro funcional.

Objetivos: Detectar un grupo de ancianos frágiles en la comunidad sobre el que establecer una intervención multidisciplinar que promueva el mantenimiento de su autonomía funcional.

Material y métodos: En pacientes mayores de 70 años con índice de Barthel > 90, cribado de fragilidad mediante el test SPPB en su centro de salud. Se valora el riesgo de caídas anual (1 con repercusión o 2 o más caídas). Si SPPB < 10 o riesgo de caídas, se incluye en estudio de intervención. Programa grupal de actividad física multicomponente (fisioterapia), taller con recomendaciones nutricionales (enfermería especialista). Revisión de la medicación y evaluación de riesgos en el hogar. Percepción subjetiva de salud (0-10). Seguimiento a los 6 meses y al año: Barthel, SPPB, caídas, ingresos, fallecimiento.

Resultados: En 6 meses, 56 pacientes de un cupo; 26 con SPPB < 10 o caídas (46,4%); 30 SPPB > 10.

Grupo de intervención: 13 pacientes, edad media 82,07 años, 9 mujeres. 5 riesgo de caídas. SPPB medio 6,33. Número de fármacos medio: 5,6. Percepción salud: 4,91.

A los 6 meses, buena adherencia 100%. 1 caída, 1 ingreso, 1 fallecimiento (neoplasia). Barthel > 90: 12 pacientes. SPPB medio: 6,41. Número fármacos medio: 5,08. Percepción salud: 5,91.

Grupo no intervención: 13 pacientes, edad media 80,07. 10 mujeres. 6 riesgo de caídas. SPPB medio: 6,69, Número fármacos medio: 5,38. Percepción salud: 6,84.

A los 6 meses: 2 caídas, 1 ingreso. Barthel > 90: 12 pacientes. SPPB medio: 6,92. Número de fármacos medio: 6,07. Percepción salud: 6,24.

Conclusiones:

1. Elevada prevalencia de anciano autónomo frágil en la comunidad sobre el que actuar.
2. Buena adherencia con mejoría en la percepción subjetiva de salud.
3. Mantenimiento de funcionalidad y reducción de medicación en el grupo intervención.
4. Necesidad de ampliar la muestra para confirmar esta tendencia.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.233>

PC-088**Atención a pacientes subagudos de más de 95 años en un centro de hospitalización intermedia**

S. Fradejas Moschino, L. Ferre Vall, E. Suarez, F. Hernandez, D. Quera, N. Saiz

Hospital Mutuam Güell, Barcelona, España

Introducción: El envejecimiento poblacional es una realidad que conlleva un aumento de personas con patologías crónicas avanzadas. Son personas que ante una descompensación no necesitan una elevada tecnología diagnóstica pero requieren atención sanitaria especializada. Estos pacientes se pueden beneficiar de ingreso en centros de atención intermedia y manejo multidisciplinar.

Objetivos: Valoración de comorbilidades y resultados obtenidos en el tratamiento de pacientes de más de 95 años procedentes de urgencias de un hospital de tercer nivel derivados a un hospital sociosanitario.

Metodología: Revisión de historias clínicas de los pacientes de más de 95 años que ingresaron en la unidad de subagudos durante el año 2017. Se valoró la comorbilidad, la intensidad terapéutica y la evolución de los pacientes.

Resultados: Ingresaron 115 pacientes (97 mujeres y 18 hombres), 14 tenían más de 100 años. La estancia media fue de 9,6 días. La mayoría (72%) regresó a su domicilio o residencia, el 3,4% ingresaron en cuidados paliativos y el 22,6% fallecieron en la unidad.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: infecciones respiratorias (68,7%) y descompensaciones cardíacas (62,6%), que a menudo van asociadas. Otros diagnósticos frecuentes fueron: insuficiencia renal (36,5%), infecciones urinarias (22,6%) y otras infecciones (sepsis, colangitis, celulitis...) (13%). La FA es muy prevalente, aunque no como diagnóstico principal. El 56% de los pacientes tenían Barthel inferior a 20. Como complicaciones destacamos: broncoaspiración (5 pacientes), hemorragias (4 pacientes), IAM (1 paciente). Aumentan la complejidad los tratamientos endovenosos, oxigenoterapia y nebulizaciones. Observamos disfagia 76%, síndrome confusional 65,2%, demencia 71,3% y úlceras por presión 22,6%. Únicamente 7 pacientes tuvieron reingresos en nuestro centro.

Conclusión: El manejo en hospital sociosanitario obtiene buena respuesta clínica.

En este grupo de pacientes, la problemática social con frecuencia está ya resuelta. Son personas que mayormente viven en residencia y que tienen dependencia muy elevada.

En el momento del ingreso es difícil prever la evolución; la comorbilidad y la complejidad son indicadores, pero lo es más la trayectoria del paciente en los últimos 6 meses.

La intensidad terapéutica se adecuó al estado basal del paciente. Nos planteamos un seguimiento para conocer los reingresos y mortalidad a un año.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.234>

PC-089

Perfil de pacientes ingresados por patología cardiaca en una unidad de cuidados paliativos (UCP): comparación según su procedencia



L. Maciel, C. Roqueta, S. González, J. Moreno, O. Vázquez, J. Planas, C. Farriols

Servicio de Geriatría. Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Objetivo: Comparar las características de pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca en una UCP según su procedencia (servicio de urgencias [SU] versus unidad de hospitalización de agudos [UH]).

Método: Estudio longitudinal, retrospectivo, observacional de pacientes que ingresaron en UCP durante un periodo de 8 años consecutivos (2009-2016) por insuficiencia cardíaca avanzada. Se registraron las siguientes variables: síntomas (disnea, ansiedad, depresión, dolor); parámetros analíticos (filtrado glomerular [FG], albúmina plasmática); variables funcionales al ingreso (índice de Karnofsky e índice de Barthel); número de ingresos previos por insuficiencia cardíaca; mortalidad durante el ingreso; síndromes geriátricos (delirium, disfagia, úlceras por presión); seguimiento previo por equipo PADES y variables sociales (escala de complejidad de la intervención social con adultos en contexto hospitalario [Escala ECISACH-BCN PSMAR]). Se clasificaron los pacientes en función de su procedencia: UH y SU. Se compararon las variables registradas entre ambos grupos.

Resultados: De los 2.812 pacientes ingresados en UCP, 68 (2,42%) ingresaron por cardiopatía. Dieciocho (26,47%) procedían de UH y 43 (63,24%) de SU. Se excluyeron 7 (10,29%) procedentes de domicilio. La media del FG de los de UH fue $30,61 \pm 11,55$ y del SU fue $40,58 \pm 16,45$ ($p < 0,05$). La media del número de ingresos previos por insuficiencia cardíaca de UH fue $5,01 \pm 1,49$ y del SU fue $3,97 \pm 1,66$ ($p < 0,05$). De los 18 pacientes de UH, 16 (88,89%) fallecieron, y de los 43 del SU, fallecieron 31 (72,09%) ($p = 0,15$). De los 18 pacientes procedentes de UH, ninguno recibía seguimiento por equipo PADES; de los 43 procedentes de SU, 20 (46,51%) ($p < 0,001$).

No se hallaron diferencias significativas en el resto de variables registradas.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes ingresados en una UCP por insuficiencia cardíaca terminal fue muy bajo en relación con otras patologías (2,42%). Los pacientes procedentes de UH presentaron de forma significativa peor función renal y mayor número de ingresos previos por insuficiencia cardíaca. Los pacientes procedentes del SU recibían de forma significativa mayor seguimiento por el equipo PADES.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.235>

PC-090

Prevalencia de sarcopenia y su asociación con variables antropométricas en residencias de mayores: resultados del *Granada Sarcopenia Study*



A.I. Rodríguez Rejón Rejón^a, M.D. Ruiz López^a, A. Zuñiga^b, A. Puerta^b, R. Artacho Martín-Lagos^a

^a Universidad de Granada, Granada, España

^b Centros residenciales de Granada, Granada, España

Objetivo: El objetivo del estudio fue determinar la composición corporal mediante medidas antropométricas y conocer su asociación con la presencia de sarcopenia en personas mayores institucionalizadas de la provincia de Granada (España).

Metodología: Estudio transversal que forma parte del *Granada Sarcopenia Study*. Para determinar la composición corporal se pesó y talló a los participantes, se midió el pliegue del tríceps y circunferencias de brazo y pantorrilla (CP). Las medidas fueron realizadas con material homologado por una dietista-nutricionista certificada por ISAK como antropometrista nivel I. Con ello se calculó el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia muscular del brazo (CMB). La sarcopenia se evaluó siguiendo las recomendaciones del Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSO). La masa muscular se midió con un impedanciómetro, la fuerza muscular con un dinamómetro y la velocidad de la marcha en una distancia de 4 metros.

Resultados: En la muestra estudiada ($n = 249$, edad media $84,9 \pm 6,7$ años) se observó un porcentaje de sarcopenia mayor en mujeres (68%) que en hombres (46%) ($p = 0,005$). Los resultados de las variables antropométricas (IMC, CP y CMB) fueron significativamente menores en el grupo de sujetos con sarcopenia ($p = 0,001$, $p < 0,001$ y $p < 0,001$, respectivamente). Al categorizar las variables, el porcentaje de sujetos con sarcopenia era significativamente mayor en sujetos con CP baja (< 31 cm) en comparación con los que tenía CP normal (≥ 31 cm) (86% vs 48%, $p < 0,001$). Del mismo modo ocurre con la CMB (84% vs 56%, $p < 0,001$). En el caso del IMC, se observó que el porcentaje de sujetos con sarcopenia es mayor cuanto menor es el IMC, de modo que entre los participantes con $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$ el 88% tienen sarcopenia, mientras que entre los participantes con $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ solo un 29% tienen sarcopenia ($p < 0,001$).

Conclusiones: Existe una asociación negativa estadísticamente significativa entre las variables antropométricas (IMC, CP y CMB) y la presencia de sarcopenia, presentándose como potenciales factores de riesgo de dicha condición en personas mayores institucionalizadas.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.236>