

PC-098

Efectos cognitivos, funcionales y conductuales del tratamiento con EGb 761 a 6 meses en pacientes con deterioro cognitivo ligero

R. Yubero, A. Tejera, L. Fernandez-Arana, P. Gil, V. Garay

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivos:

- Valorar los cambios objetivos en pruebas de valoración cognitiva, funcional y conductual tras 6 meses de tratamiento con 240 mg/día de EGb761 en paciente con deterioro cognitivo ligero (DCL).
- Valorar la impresión subjetiva de cambio en paciente con DCL tras 6 meses de tratamiento con 240 mg/día de EGb 761.

Material y método: Estudio longitudinal prospectivo en pacientes con diagnóstico de DCL (criterios NIA-AA, 2011) valorados en la unidad de Memoria. Se recogen variables demográficas, cognitivas, funcionales y conductuales. Se aplican: MMSE, MOCA, Textos I y II WMS-III, BNT-30, Fluencia verbal, Span de dígitos, Praxias ideomotoras, T. Reloj, Katz, Lawton, Barthel, NPI y entrevista semi-estructurada a familiar y paciente para percepción de cambio. Análisis estadístico SPSS 23.0

Resultados: N=57. Edad $79 \pm 5,6$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables conductuales con NPI-Total, con mejoría de los síntomas a 6 meses (NPI-Total basal: $7,29 \pm 7,0$ // NPI-Total 6 meses: $4,45 \pm 7,5$. $p=0,040$. Disminuye en un 51% de los casos). La impresión subjetiva de familiares y pacientes a 6 meses demostró cambios positivos relacionados con mayor iniciativa y mayor comunicación social. El resto de variables analizadas no demostró diferencias estadísticamente significativas después de 6 meses de tratamiento.

Conclusiones: 1. El tratamiento con EGb 761 240 mg/día a 6 meses disminuye los síntomas conductuales en pacientes con DCL. 2. El tratamiento con EGb 761 240 mg/día a 6 meses favorece la iniciativa y aumenta la comunicación social en pacientes con DCL.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.244>

PC-099

Utilidad de una plataforma online para la valoración integral en personas mayores y la elaboración de planes de abordaje nutricional y de actividad física individualizados

A.C. Algorta Martín, M. Morato, P. Condorhuamán, R. Menéndez Colino, C. Mauleón, L. Eguzkiza, J.I. González Montalvo

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Objetivo: Conocer la utilidad de una plataforma online diseñada para realizar una valoración integral y clasificar a las personas mayores según su situación clínica y funcional y diseñar un plan nutricional y de actividad física adaptado que cumpla sus requerimientos.

Material y métodos: Se utilizó la plataforma PLANEA, una aplicación on-line de uso gratuito que permite clasificar a las personas mayores y facilita un plan de tratamiento mediante instrumentos de valoración geriátrica en las áreas funcional, cognitiva y social. Se presenta la valoración de 3 pacientes-tipo atendidos en un servicio de geriatría de un hospital universitario y que responden a perfiles diferentes: 1) anciano robusto: paciente en domicilio que

acude consulta externa y sin criterios de fragilidad; 2) anciano frágil: paciente en domicilio que cumple criterios de fragilidad, y 3) anciano hospitalizado por enfermedad aguda.

Resultados: 1) Anciano robusto: se recomienda una dieta mediterránea de 1.800 kcal con un requerimiento proteico diario de 78 g/día, junto con un plan de ejercicio adaptado para personas mayores. Reevaluación en un mes. 2) Anciano frágil: se recomienda una dieta de 2.200 kcal/día con requerimiento proteico diario de 80 g/día y recomendaciones nutricionales para el control de la diabetes, junto con un plan de ejercicio para mayores dependientes leves sin deterioro cognitivo. Reevaluación en un mes. 3) Anciano hospitalizado: se recomienda una dieta baja en fibra y grasa de 1.500 kcal/día con 45,6 g de proteína/día y enriquecimiento de la dieta mediante suplementos orales, junto con un plan de ejercicio diseñado para personas dependientes moderadas sin deterioro cognitivo. Reevaluación en una semana.

Conclusiones: La aplicación PLANEA permite personalizar las recomendaciones de nutrición y ejercicio físico adaptado a cada perfil de persona mayor. Puede ser útil para los profesionales que atienden a estos pacientes tanto en atención primaria como en residencias y hospitales.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.245>

PC-100

Factores predictivos de fragilidad tras una fractura de cadera en una serie de pacientes evaluados al año mediante el Short Performance Physical Balance (SPPB)

M. Díaz de Bustamante, R. Menéndez-Colino, P. Condorhuamán, I. Martín Maestre, P. Gotor, T. Alarcón, J.I. González-Montalvo

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Objetivo: Conocer qué factores basales y al ingreso se asocian con una peor puntuación al año en el Short Performance Physical Balance (SPPB) en pacientes que sufren una fractura de cadera (FC).

Método: Se estudiaron los pacientes ingresados en una unidad de ortogeriatría de un hospital universitario seguidos en la consulta externa durante un año. Todos los pacientes fueron sometidos a un tratamiento intensivo multimodal (Programa FONDA) de ejercicio físico, manejo de la osteoporosis, recuperación nutricional y de la anemia, y tratamiento del dolor durante la fase aguda. Se seleccionaron para el seguimiento los pacientes residentes en su domicilio, con buena situación funcional previa. Se incluyeron las variables demográficas, clínicas, funcionales, cognitivas y analíticas obtenidas al ingreso de los pacientes. En la evaluación a los 12 meses se aplicó el SPPB y se dividió a los pacientes en dos grupos: 1) pacientes frágiles, $SPPB \leq 8$, y 2) pacientes robustos, $SPPB \geq 9$. Se realizó un análisis bivariable entre la puntuación en el SPPB y el resto de las variables.

Resultados: De los 509 pacientes ingresados, 100 fueron seguidos durante un año en la consulta. Los pacientes con peor resultado funcional (pacientes frágiles) al año fueron más mayores ($84,5 \pm 5,6$ vs $91,2 \pm 6,6$ años, $p < 0,01$), tenían peor movilidad previa ($FAC 4,75 \pm 0,43$ vs $4,93 \pm 0,24$, $p < 0,05$), peor situación cognitiva al ingreso (Pfeiffer $1,9 \pm 2,1$ vs $1,1 \pm 1,7$ errores, $p < 0,05$) y, en las mujeres, menor fuerza de prensión manual ($13,1 \pm 5,1$ vs $15 \pm 4,5$ kg, $p < 0,05$). Hubo una tendencia a la asociación entre mayor riesgo quirúrgico y fragilidad ($ASA 2,6 \pm 0,5$ vs $2,4 \pm 0,5$, $p = 0,07$). No se encontraron diferencias en la puntuación del SPPB en función del sexo, tipo de fractura, índice de Barthel basal, índice de masa corporal, índice de masa muscular, grado de dolor, ni de los parámetros analíticos basales (hemoglobina, proteínas totales, albúmina y vitamina D).