

## 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).

**Conclusiones:** En pacientes con FC tratados mediante un protocolo intensivo multimodal y seguidos en una FLS, los factores que se asocian a peor puntuación en el SPPB al año son la edad y el estado funcional y cognitivo basales. No se encontraron factores modificables que sugieran otra intervención que la ya realizada.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.246>

#### PC-101

##### Diagnóstico, planificación de cuidados y supervivencia en pacientes con demencia avanzada hospitalizados



J. Mateos-Nozal, C. López Rivero, C. Zárate Sáez, A. Ortiz, B. Montero-Erasquín, A.J. Cruz-Jentoft, L. Rexach Cano

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

**Objetivo:** Describir el diagnóstico, la planificación de cuidados y la supervivencia de pacientes con demencia grave ingresados.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en geriatría con diagnóstico de demencia avanzada valorados por cuidados paliativos. Se incluyeron pacientes durante un año de forma consecutiva a partir del registro de cuidados paliativos excluyendo los reingresos.

Se recogieron variables sociodemográficas, diagnóstico, etiología y gravedad de la demencia y valoración previa por neurología o geriatría. Además se evaluó la planificación de cuidados antes y durante el ingreso y la supervivencia desde el ingreso, con un seguimiento posterior durante un máximo de 28 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes con edad media de 90,7 años, 87,7% mujeres y 35,1% institucionalizados. Fueron evaluados previamente por geriatría 28,1%, neurología 31,6%, ambas 31,6% y ninguna 8,7%.

Antes del ingreso tenían diagnóstico de demencia el 89,5%, el 77,2% diagnóstico etiológico y el 64,9% diagnóstico de gravedad, sin diferencias según la ubicación previa del paciente. Además se había realizado planificación de cuidados previo al ingreso en el 24,6% de los pacientes, sin diferencia según valoración por especialistas o ubicación previa.

Al alta hospitalaria se informó de demencia grave en el 96,5% y se realizó planificación de cuidados en el 91,2%. Durante la hospitalización fallecieron el 29,8%, y el 70,2% fueron dados de alta. El 62,5% de los pacientes volvieron a su domicilio habitual y el 37,5% se trasladaron a unidad de cuidados paliativos (UCP).

Durante el seguimiento fallecieron el 86% de los pacientes, con una supervivencia media de 5,83 meses (rango 0,03-24,93) y una supervivencia media de 11,2 meses en los pacientes que volvieron a su domicilio previo y 3,12 meses en los derivados a UCP ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** No se realiza un diagnóstico de demencia ni del estadio grave en todos los pacientes, siendo preciso mejorar el reconocimiento de esta patología. Destaca la escasa frecuencia de planificación de cuidados antes del ingreso, siendo frecuente el inicio de esta durante la hospitalización. La supervivencia de los pacientes con demencia avanzada es muy heterogénea, y hay que individualizar los cuidados y el destino al alta.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.247>

#### PC-102

##### Ajuste de la dosis de antibiótico en función de la ecuación utilizada para estimar el filtrado glomerular



P.E. Solla Suárez, J. Montero Muñoz, E. López Álvarez, J.J. Solano Jaurrieta, J. Gutiérrez Rodríguez

Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

**Introducción:** La enfermedad renal crónica es una patología muy prevalente en el paciente anciano y puede condicionar la necesidad de ajustar las dosis de antibióticos en función del grado de insuficiencia renal. Actualmente la ecuación más utilizada para estimar el filtrado glomerular (FGe) es la ecuación CKD-EPI. Sin embargo, las guías de práctica clínica recomiendan ajustar las dosis de antibióticos utilizando la ecuación de Cockcroft-Gault (C-G).

**Objetivos:** Estudiar las posibles diferencias en el ajuste de dosis de antibióticos en función de la fórmula utilizada para el cálculo del FGe.

**Método:** Estudio longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 80 años ingresados en una UGA por enfermedad infecciosa y tratados con antibioterapia. Variables de estudio: edad, sexo, enfermedades (HTA, DM, IC, EPOC, anemia, ERC y FA), Barthel, Pfeiffer, creatinina, peso, talla, función renal estimada (FGe) mediante las ecuaciones C-G y CKD-EPI, antibióticos pautados durante el ingreso y dosis de los mismos.

**Resultados:** 100 pacientes fueron incluidos en el estudio (54% mujeres, edad media  $88,5 \pm 4,2$ , Barthel  $56,1 \pm 36,8$ , Pfeiffer  $4,7 \pm 3,7$ , HTA 83%, DM 27%, IC 42%, EPOC 21%, anemia 32%, ERC 24% y FA 41%). Tenían una media de  $7,7 \pm 3,4$  fármacos prescritos y una estancia media de  $9,2 \pm 4,31$  días. Al ingreso presentaban un FGeC-G de  $39,6 \pm 18,1$  y un FGeCKD-EPI de  $53,2 \pm 26,8$ . El 58% fueron tratados con amoxicilina-clavulánico, un 25% con levofloxacino, el 10% con ciprofloxacino y el 7% con otros (fosfomicina, metronidazol, amikazina, imipenem, cefazolina, cefonixida y ceftazidima). Del total de pacientes tratados con amoxicilina-clavulánico, un 29,3% precisaban ajuste de dosis según FGeC-G y un 18,9% según FGeCKD-EPI. De los tratados con levofloxacino, un 12% precisaban ajuste de dosis según FGeC-G y un 8% según FGeCKD-EPI. Del total de pacientes tratados con ciprofloxacino, un 30% precisaban ajuste de dosis según FGeC-G y un 10% según FGeCKD-EPI.

**Conclusiones:** Cuando estimamos el FG de los pacientes ancianos ingresados por enfermedad aguda existen notables variaciones en función de la ecuación utilizada. Esta situación puede condicionar problemas en el ajuste de dosis del tratamiento antibiótico y en la nefrotoxicidad y seguridad de los mismos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.248>