

- El delirium en muchos casos es motivo de acudir a urgencias e ingreso hospitalario.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.289>

#### PC-144

##### Comparativa entre el índice de Mitchell y el índice Paliar para predecir la mortalidad en nuestros pacientes institucionalizados



R. Padilla, J. Belmar, E. Martinez, A. Garnica

Hospital Santa Creu de Jesus, Tortosa, Tarragona, España

**Objetivo:** Comparar el índice de Mitchell y el índice Paliar para predecir la mortalidad a los 6 meses en pacientes institucionalizados.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal prospectivo realizado durante el periodo comprendido entre septiembre de 2017 y febrero de 2018. Se incluyeron 105 pacientes institucionalizados en la residencia asistida de nuestro centro. Se registraron las categorías: edad y sexo, índice de Charlson adecuado a la edad, capacidad funcional (índice de Barthel), deterioro cognitivo (*Global Deterioration Scale* [GDS]) y se calculó el índice Paliar y el índice de Mitchell. Se realizó un seguimiento al final de este periodo, tras el que se registró el número de fallecimientos. Se ha realizado un análisis estadístico comparativo de las distribuciones de la prueba t de Student para diferentes intervalos de confianza para los dos índices mediante el paquete estadístico SPSS v15.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 105 pacientes, todos ellos con al menos una o más enfermedades crónicas no oncológicas. La edad media fue de  $83,9 \pm 9,3$  años. De ellos un 64,8% eran mujeres. Índice de Charlson adaptado por edad de  $5,6 \pm 1,6$ . El 54,3% tenía un Barthel menor o igual a 20, y de ellos un 23,8% tenían un Barthel de cero. El 75,2% tenía deterioro cognitivo (estadio GDS > 3 puntos) y de ellos un 38,1% tenía deterioro cognitivo severo (estadio GDS > 6 puntos). Al cabo de 6 meses fallecieron 20 pacientes. Mientras que el índice Paliar da valores estadísticamente significativos ( $p \leq 0,01$ ) para estimar la mortalidad a 6 meses, no ocurre lo mismo con los valores observados en el índice de Mitchell.

**Conclusión:** En nuestra población de pacientes institucionalizados con enfermedad crónica avanzada, el índice Paliar ha predicho mejor la mortalidad a los 6 meses que el índice Mitchell en nuestra población. En definitiva, el índice Paliar ha sido más útil que el Mitchell para la predicción de la mortalidad a los 6 meses.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.290>

#### PC-145

##### Factores asociados a la velocidad de la marcha en ancianos frágiles institucionalizados



P. Rosado Calatayud<sup>a</sup>, V. Benavent Caballer<sup>a</sup>, P. Salvador Coloma<sup>a</sup>, J.A. Gonzalez Domínguez<sup>a</sup>, F. García Gollarte<sup>b</sup>, S. Pinazo Hernandis<sup>c</sup>, J.F. Lisón<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidad Cardenal Herrera CEU, Alfara del Patriarca, Valencia, España

<sup>b</sup> Centros Residenciales Ballesol, Valencia, España

<sup>c</sup> Universidad de Valencia, Valencia, España

**Objetivos:** La capacidad para la deambulación en sujetos de avanzada edad es un componente clave de la calidad de vida relacionada con la salud y un elemento básico dentro de las actividades básicas de la vida diaria. Además, la velocidad habitual de la marcha está considerada como uno de los criterios para detectar la

presencia de fragilidad en adultos mayores. Este trabajo presente establecer los factores que explican en mayor medida la velocidad habitual de la marcha en una población de sujetos mayores frágiles institucionalizados.

**Métodos:** Los datos para este análisis transversal han sido obtenidos tras la evaluación de una muestra de 176 adultos mayores ( $85,3 \pm 5,3$  años) frágiles, residentes en 7 centros residenciales del grupo Ballesol de Valencia y Alicante, España. La velocidad habitual de la marcha (10-MWT), la capacidad funcional de los miembros inferiores (SPPB), la fuerza de miembros inferiores (STS-5), la movilidad (TUG), la marcha funcional (DGI), el equilibrio monopodal (OLS), la capacidad aeróbica (6MWT), la fuerza de agarre (JAMAR) y el equilibrio funcional (BBS) fueron medidos en todos los participantes del estudio.

**Resultados:** El análisis de correlaciones bivariadas ajustadas a edad y género mostró una relación significativa moderada-alta entre el 10-MWT y el SPPB y el DGI ( $r = 0,556$  a  $0,739$ ). Además, el análisis reveló una relación significativa moderada entre el 10-MWT y el STS-5, TUG, BBS, OLS y 6MWT ( $r = -0,391$  a  $0,358$ ). El análisis de regresión lineal múltiple reveló que la ejecución de la prueba TUG se mostraba como la mejor variable predictora de la velocidad de la marcha, explicando el 58,4% de su variabilidad ( $\text{Adj}r^2 = 0,584$ ).

**Conclusiones:** La movilidad medida mediante el TUG se muestra como el factor que explica en mayor medida la capacidad para la deambulación a la velocidad habitual en una población de sujetos frágiles de avanzada edad residentes en un centro geriátrico. Los geriatras, así como otros profesionales de la salud que tratan con sujetos de avanzada edad, podrían beneficiarse de estos resultados para el diseño de futuras intervenciones orientadas a la mejora de la marcha y la reducción de la fragilidad en población institucionalizada.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.291>

#### PC-146

##### ¿¿¿Cuándo me voy a morir???



M.D.L.A. Lago Mingarro, X. Merino Jordán, A.B. Ferrer Hurtado, B. López Asensio, M.E. Morros Secanell

Centre Sanitari del Solsonés - Fundació Pública Comarcal, Solsona, Lleida, España

##### Objetivos:

- Conocer qué variables se relacionan con un aumento de comorbilidad en pacientes ingresados en un sociosanitario.
- Analizar qué variables actúan como predictores de mortalidad

**Método:** Sujetos: usuarios ingresados en sociosanitario.

Periodo: 1 enero al 31 de diciembre de 2017.

Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo.

Ámbito del estudio: sociosanitario.

Medidas e intervenciones: hoja de recogida datos. Programa SPSS.

Variables: sexo, edad, valoración cognitiva: Test Pfeiffer, Escala evaluación actividades básicas vida diaria: Índice Barthel, Escala riesgo caídas: Downton, polimedicado, patología ingreso, procedencia, destino alta; días ingreso, índice comorbilidad y predicción de mortalidad: Charlson.

**Resultados:** N=260. Sexo: hombres 37,3%. Edad: <50 años 0,4%, 51-70 años 16,5%, 71-85 años 45,8%, >86 años 37,3%. Pfeiffer: 0-2 (normal) 49,2%, 3-4 (deterioro cognitivo leve) 14,2%, 5-7 (moderado) 17,8%, 8-10 (importante) 18,8%. Barthel: 0-25

(gran dependencia) 22,7%, 26-50 (dependencia severa) 25%, 51-75 (dependencia moderada) 31,2%, 76-100 (dependencia leve o independiente) 21,1%. Downton: <3 (no riesgo caídas) 10%, >3 (riesgo importante) 90%. Polimeditado: sí 17,3%, no 82,7%. Patología ingreso: respiratoria 6,5%, neurológica 23,1%, cardiológica 3,8%, traumatológica 26,2%, medicina interna 5,8%, otros 26,9%, terminal no oncológico 3,1%, terminal oncológico 4,6%; procedencia: 38,1% hospital, domicilio 32%, residencia 0,4%, sociosanitario 29,5%; destino alta: hospital 4,6%, domicilio 41,6%, residencia 5,8%, sociosanitario 38,8%, muerte 9,2%; días ingreso <1 mes 58,84%, >1 mes 41,16%. Comorbilidad: 0-1 puntos (p) (ausencia) 26,5%, 2 p (baja) 19,3%, ≥3 p (alta) 54,2%; predicción mortalidad: 0 p (12% mortalidad/año [m/a]) 11,2%, 1-2 p (26% m/a) 35%, 3-4 (52% m/a) 32,3%, ≥5 p (85% m/a) 21,5%.

Comorbilidad alta: 85,1% de >71 años, 82,26% con Barthel >51%, 90,78% con alto riesgo de caídas.

Predicción de mortalidad del 85% m/a: 78,57% de >71 años, 78,57% con Barthel >51%, 89,28% con alto riesgo caídas.

Un 91,6% con diagnóstico terminal oncológico tenían comorbilidad alta y predicción de mortalidad del 85% m/a. El 100% de pacientes con predicción mortalidad >52% m/a tenían comorbilidad alta.

**Conclusiones:** Las variables que se relacionan con aumento de comorbilidad son: edad ≥71 años, Barthel >51%, Downton >3, enfermedad terminal oncológica.

Variables que actúan como predictores de mortalidad son: edad ≥71 años, Barthel >51%, Downton >3, enfermedad terminal oncológica.

Los pacientes con comorbilidad alta tienen alta predicción de mortalidad (≥52%).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.292>

#### PC-147

##### Pacientes centenarios de un programa de atención al paciente pluripatológico en el domicilio



N. Stasi<sup>a</sup>, J. Cruanyes<sup>a</sup>, P. Villacé<sup>b</sup>, E. Villegas<sup>c</sup>, R.A. Sabaté<sup>d</sup>, A. Ruiz<sup>a</sup>, A. Vilà<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona, España

<sup>b</sup> Corporació Sanitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

<sup>c</sup> Hospital Dos de Maig - Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

<sup>d</sup> Parc de Salut del Mar, Barcelona, España

**Introducción y objetivos:** El envejecimiento conlleva el aumento de las enfermedades crónicas, pluripatología, fragilidad y discapacidad que genera múltiples ingresos hospitalarios. Una cooperativa de seguros de asistencia sanitaria diseñó un programa de atención al paciente crónico y pluripatológico con el objetivo de garantizar continuidad asistencial, mejorar la eficacia clínica y optimizar recursos sanitarios. Se trata de una estructura transversal en la que médicos y enfermeras dan asistencia especializada en domicilio a pacientes crónicos reagudizados que previamente a la creación de dicha unidad requerían ingreso hospitalario y realizar seguimiento hasta la situación de final de vida. El objetivo es analizar los pacientes centenarios en seguimiento domiciliario.

**Material y método:** Inicio programa junio 2011. Se seleccionaron pacientes con 2 o más ingresos en el último año, controlados por equipo multidisciplinar: internistas, geriatras, médicos de cabecera y enfermeras. A las 24h post-alta fueron visitados por internista/geriatra y enfermera (equipo de intervención) y sucesivamente por médico de cabecera y enfermera, disponiendo de

un teléfono directo atendido por enfermería. En caso de descompensación, el equipo de intervención realizaba hospitalización domiciliaria (HD) hasta estabilización. Variables evaluadas: edad, sexo, Barthel, Charlson, patologías, úlceras al ingreso, cuidador principal, estancia al programa, lugar del fallecimiento, necesidad de sedación. Grado de satisfacción mediante encuesta aleatoria analógica (0-10).

**Resultados:** Se incluyeron 1.273 pacientes junio 2011-diciembre 2017. Edad media 85 ± 7 (55% mujeres). Pluripatológicos 1.128 (89%). Promedio días de estancia: 359 ± 426. El equipo de intervención realizó 0,9 ± 1,8 visitas por paciente y mes, cabeceras 2 ± 2, enfermería 3,5 ± 4,4.

De los pacientes incluidos: 55 centenarios (4%); 38 mujeres (69%). Pluripatológicos 50 (91%). Barthel 0-30: 37 pacientes (67%). Patologías por pacientes: demencia 33 (60%), insuficiencia cardiaca 32 (58%), infarto de miocardio 11 (20%), enfermedad cerebrovascular 12 (22%), diabetes 10 (18%), patología renal moderada/severa 16 (29%), neoplasias 10 (18%), úlceras 22 (40%). Cuidador principal formal: 38 (69%), institucionalizados 7 (13%). Fallecimiento en domicilio 49 (89%). Han precisado sedación 16 (29%). Promedio días de estancia en el programa: 160 días.

**Conclusiones:** El programa PAPPa ha conseguido controlar en domicilio pacientes crónicos pluripatológicos centenarios, reduciendo ingresos y con alto grado satisfacción hasta su fallecimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.293>

#### PC-148

##### Impacto asistencial del traslado de una unidad de cuidados paliativos a un servicio de geriatría en un hospital de agudos



J. Martos Gutierrez, M. Mendez Brich, E. Martinez Suarez, A. Oller Bonache, C. Norberto Nicolas, N. Moron Carande, R. Cristofol Allue

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

**Objetivo:** Valorar el impacto del traslado de una unidad de cuidados paliativos (UCP) dependiente del servicio de geriatría de un centro sociosanitario a un hospital de agudos.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo comparativo de la atención a los pacientes tributarios de abordaje paliativo ingresados en una unidad de cuidados paliativos en un centro sociosanitario en 2013 y la evolución de la citada atención en un hospital de agudos desde 2014 a 2017.

**Resultados:** Se objetiva un aumento de los pacientes atendidos en una unidad de cuidados paliativos (UCP) en un centro sociosanitario en 2013 (881 pacientes) vs los ingresados en la misma unidad pero en el hospital de agudos del mismo centro en 2017 (1.204 pacientes). Se evidencia un aumento de los pacientes no oncológicos de 2013 a 2017 en un 30%. No hay diferencia en el perfil del diagnóstico de los pacientes oncológicos. Se objetiva mejora en la accesibilidad temporal en el ingreso en 2017 vs 2013, y hay un aumento de altas a domicilio y también un aumento en los reingresos.

**Conclusiones:** Incluir una UCP en un hospital de agudos favorece la accesibilidad, mejora la estancia media y aumenta los reingresos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.294>