



# Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



## Pósters

### Área clínica

#### PC-001. TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES CON DEMENCIA. CONCLUSIONES DEL REGISTRO INFORMATIZADO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (RIETE)

J.C. Villalba García<sup>1</sup>, M. Monreal Bosch<sup>1</sup>, M.J. Núñez<sup>2</sup>, E. Cebrián<sup>2</sup>, J.M. Toboso Casado<sup>1</sup> y J. Klamburg Pujol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

**Objetivos:** La historia natural de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes con demencia no está bien establecida.

**Métodos:** El RIETE es un registro de pacientes consecutivos con ETV sintomática aguda confirmada por pruebas objetivas. Nosotros analizaremos retrospectivamente las características clínicas, las estrategias terapéuticas y los resultados obtenidos durante los primeros 3 meses posteriores al episodio tromboembólico en los pacientes con demencia.

**Resultados:** Hasta febrero de 2010 se han incluido en el RIETE 30.895 pacientes, de los cuales 1.087 (3,5%) padecen demencia. Durante los 3 meses del periodo de estudio, los pacientes con demencia tienen una significativamente mayor incidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) fatal (*odds ratio*: 3,2; IC95%: 2,4-4,3) y de hemorragia (HG) fatal (*odds ratio*: 3,0; IC95%: 1,8-4,9) que los libres de demencia. La mayoría (74%) de los casos de TEP fatal aparecen durante la primera semana de tratamiento. De los pacientes que debutan con TEP (n = 499), 45 fallecen por TEP (9,0%) y 11 por HG (2,2%), mientras que de aquellos que debutan con trombosis venosa profunda (TVP), sólo 5 (0,9%) fallecen por TEP y 7 (1,2%) por HG. En el análisis multivariante, la presentación inicial como TEP (*odds ratio*: 8,6; IC95%: 6,4-11,5) y la insuficiencia renal (*odds ratio*: 1,7; IC95%: 1,2-2,4) son variables independientemente asociadas con un aumento del riesgo de padecer TEP fatal.

**Conclusiones:** La ETV en pacientes con demencia tiene una incidencia triple de TEP y HG fatales comparados con sus homólogos sin demencia. En los pacientes con demencia cuya ETV debuta con TEP,

el riesgo de TEP fatal cuadruplica el de HG fatal. En aquellos que debutan con TVP, el riesgo de TEP y HG fatales es similar.

#### PC-002. NUTRICIÓN FRENTE A SOLEDAD EN > 80 AÑOS

J. Benítez Rivero, N. Perejón Díaz y M. Arriaza Gestoso

UGC La Laguna. SAS. Cádiz.

**Introducción:** La valoración nutricional en mayores de 80 años carece de merecimiento en la literatura por ser una población en la que pocos autores se han centrado. Siempre se ha asociado que la soledad es uno de los factores de riesgo de la desnutrición, en nuestro caso, los > 80 años, y que viven solos.

**Objetivos:** Conocer la situación nutricional de > 80 años que viven solos de la ZBS "La Laguna", Cádiz.

**Métodos:** Dentro del Programa PIAMLA'80, (Plan Integral de Atención a las Personas Mayores de 80 años que viven solas en "La Laguna" de Cádiz), analizamos, estos parámetros y sus posibles correlaciones, de un colectivo de 342 mayores que viven solos. Para ello se les realizó: Barthel, Lawton-Brody, Lobo, Gijón, estudios analíticos específicos de bioquímica: proteínas totales, Fe, ferritina, transferrina, albúmina, urea, hemograma y fórmula, test de MNA. Se diseñó un software específico para el análisis de estos datos así como de todo el PIAMLA'80.

**Resultados:** De una población de > 80 años 984, se detectaron 342, resultando incluidos 247. 33,18% hombres y 66,60% mujeres. El Barthel medio era de 80,42 puntos, Lawton de 5,76, Gijón de 11,3. Lobo de 26,48. El MNA® para toda la población fue de 24,25/30, detectándose únicamente grupos de edad de riesgo en las mujeres de 85-90 y 90-05 en el momento del cribado del MNA®. La correlación entre test de nutrición y valores bioquímicos se mostro positivo para la Hemoglobina (0,19), para proteínas totales (0,26), para Fe (0,32) y para albumina (0,46). Para ferritina y colesterol la correlación fue negativa.

**Conclusiones:** No hemos detectado malnutrición en ningún grupo de edad y género, únicamente detectamos riesgo que no se consolidó en los grupos de mujeres de 85-89 y 90-94 y en hombres de 90-94, que cuando se prosiguió en la evaluación completa se descartó. La correlación entre parámetros bioquímicos y el MNA® es positiva para proteínas totales, albúmina y Fe, siendo negativas para parámetros lipídico. La utilización del test de nutrición del MNA® debe de generalizarse por ser una herramienta precisa, clara, rápida y fácil de utilizar, y mejor la versión MINI MNA®.

### PC-003. MORTALIDAD GERIÁTRICA 2008 EN ESPAÑA POR ENFERMEDADES RARAS HEMATOLÓGICAS

E. Sánchez-Valle<sup>1</sup>, M. Gómez-Roncero<sup>2</sup>, L. Trapero-Mendoza<sup>1</sup>, P. Reales Figueroa<sup>1</sup> y M. Posada de la Paz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Valdepeñas. Ciudad Real. <sup>2</sup>Hospital de Toledo. <sup>3</sup>ISCIII-IIER. Madrid.

**Objetivos:** Enfermedades raras (ER) según criterios de la Unión Europea, son aquellas con una prevalencia inferior a 5 casos por cada 10.000 personas, y con un alto riesgo de mortalidad y/o debilitamiento/invalidez crónica. La mayoría de las patologías hematológicas son raras, pero mientras algunas se caracterizan e identifican con una cierta facilidad, otras adolecen de muchos de los problemas de las ER, cuya baja frecuencia suele llevar implícita una dificultad y retraso en el diagnóstico y problemas de adecuado tratamiento. El objetivo de este estudio es aproximarse a la importancia cuantitativa de la mortalidad por ER hematológicas en la población española de más de 70 años.

**Métodos:** En este trabajo se ha utilizado el Fichero Anonimizado de Microdatos de Defunciones con Causa de Muerte en España del Instituto Nacional de Estadística correspondientes al año 2008. Para la relación de ER hematológicas se utiliza la lista descrita en Orphanet con las correspondencias en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Se seleccionan los datos de mortalidad correspondientes a personas de 70 o más años de edad.

**Resultados:** Con las limitaciones de la sistemática de estudio utilizada y de correcta identificación de ER en la CIE, en este trabajo se expone la relación de diagnósticos de mortalidad geriátrica por ER hematológicas en 2008 en España. Es de destacar la incompleta codificación de algunas de las mismas, y la ausencia o bajo número de casos en otras de estas patologías. La mayoría de estas muertes (95,33%) fueron debidas a patologías oncohematológicas. A destacar de entre el 4,67% de causas de mortalidad restantes por ER hematológicas las, presumiblemente evitables, secundarias a anemias, hemocromatosis, y diátesis hemorrágicas.

**Conclusiones:** Es necesario aumentar el conocimiento existente acerca de muchas de las ER hematológicas, mejorando primero la profilaxis en las que ésta sea factible, y posteriormente la identificación, caracterización y las técnicas diagnósticas, asegurando de este modo profundizar en la mejoría, precocidad y adecuación de los tratamientos, circunstancia ésta última de singular/vital relevancia en la población geriátrica. Este trabajo pretende contribuir al pensamiento en estas patologías.

### PC-004. ESTUDIO DEL ORTOSTATISMO EN RELACIÓN CON LAS CAÍDAS EN UN CENTRO DE DÍA DE MAYORES

C. García Domínguez, M.P. Fernández Moreira, B. Falcón Ruibal, M.E. Fernández Barciela y F. Castro Castiñeiras  
Centro Atalaia. Vigo.

**Objetivos:** Estudiar el ortostatismo entre mayores con capacidad para deambular de forma autónoma para hallar su relación con las caídas. Estudiar otras relaciones entre ortostatismo y diversas variables (hipertensión arterial, índice de masa corporal, consumo de fármacos descritos como hipotensores). Cuantificar la relación de coste económico entre la atención a usuarios con caídas con y sin ortostatismo. De haber una relación positiva entre ortostatismo y caídas, determinar medidas para disminuir las caídas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de un periodo de dos años de una muestra de usuarios de un centro de día de mayores de la prevalencia de ortostatismo. Se realizó exploración de ortostatismo. Se excluyeron del estudio aquellos usuarios que no deambulaban. Una vez obtenidos los datos, se calculó prevalencia de ortostatismo y se realizó un diseño de casos y controles para hallar la relación entre ortostatismo y riesgo de sufrir caídas. Se halló el número total de caídas en el periodo de estudio y porcentajes relativos para sujetos con y sin hipotensión ortostática. Además se hallaron porcentajes relativos de

consumo de fármacos hipotensores, índice de masa, de hipertensión arterial, edad media, entre usuarios de ambos grupos. Se cuantificaron costes económicos derivados de las caídas entre ambos grupos. Por último se tomó una muestra aleatoria de centros de día para saber si el ortostatismo es evaluado de forma sistemática en dichos centros al ingreso de un nuevo usuario.

**Resultados:** La prevalencia del ortostatismo hallada fue del 44,44%. Los usuarios con ortostatismo presentaron un riesgo 3 veces mayor de sufrir caídas. De 37 caídas en el periodo de estudio, sufrieron el 59,5% de las mismas. Precisaron de atención más compleja y más cara. (104,11 euros por caída vs 23,86 euros de media). Los usuarios con ortostatismo presentaban con más frecuencia hipertensión arterial, índice de masa corporal mayor, edad más avanzada y un mayor consumo de fármacos asociados a hipotensión. En los seis centros de día encuestados no se valoraba el ortostatismo.

**Conclusiones:** Existe relación entre ortostatismo y caídas. Para ahorrar costes morales, físicos y económicos, sugerimos que se debe evaluar el ortostatismo entre los mayores e implementar medidas para disminuirlo.

### PC-005. ESTUDIO DEL DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN LA POBLACIÓN ANCIANA EN UNA POBLACIÓN SEMIURBANA

M.D.C. Vázquez Pedrazuela<sup>1</sup>, M.B. Cantón-Álvarez<sup>1</sup>, M.E. Villarroya Lequericaonandia<sup>2</sup> y M.D.C. de la Fuente Hontañón<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Medina del Campo. Valladolid. <sup>2</sup>Centro de Salud San Pablo. Valladolid. <sup>3</sup>Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de déficit de vitamina B12 y ácido fólico en la población de 65 y más años de una zona semiurbana y rural, así como conocer los factores del riesgo de dicho déficit en esta población y su relación con la prevalencia de patología cardiovascular y cognitiva concomitante.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en la consulta de Geriátrica durante el periodo comprendido entre 2008 y 2010. Se han recogido variables demográficas, clínicas y de laboratorio en 3 momentos diferentes. El déficit de vitamina B12 se ha situado en 200 mg/ml. Se ha realizado un análisis bivariable con las variables resultado (déficit de vitamina B12 y ácido fólico).

**Resultados:** El 16,5% de la muestra presentó déficit de la vitamina B12. No hubo pacientes con déficit de ácido fólico. Se ha encontrado una fuerte asociación del déficit de vitamina B12 con enfermedades cardiológicas y cerebro-vasculares, así como con factores de riesgo vascular y fármacos administrados en prevención de eventos cardíacos e isquémicos cerebrales.

**Conclusiones:** Existe una mayor prevalencia de déficit de vitamina B12 en la población anciana del área de influencia de Medina del Campo en relación a la encontrada en la literatura, no así con el déficit aislado de ácido fólico. La patología cardiovascular y su asociación con el déficit de vitamina B12 remarca la necesidad del cribado de dicho déficit dada la elevada y demostrada efectividad de la medida correctora así como su bajo coste.

### PC-006. ANCIANOS EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

A.I. Palomo Iloro, M. Mirón Rubio, J. Medina Miralles, F.J. González Pastor, N. Fernández Conde y E. Zamudio López  
Hospital de Torrejón. Madrid.

**Objetivos:** Conocer los procesos atendidos en pacientes mayores de 80 años en una unidad de hospitalización a domicilio. Analizar los procedimientos realizados en domicilio. Estudiar el índice de retorno al hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes mayores de 80 años ingresados en el Servicio de hospitalización Domiciliaria del Hospital de Torrejón desde su apertura (3 de octubre de 2011) hasta el 29 de febrero de 2012.

**Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes con un total de 77 episodios. El 54% eran mujeres, con una edad media de  $85,9 \pm 3,82$  años, y un índice de comorbilidad de Charlson medio de  $2,93 \pm 2,1$ . En la valoración inicial se clasificó al paciente como independiente (26,5%), precisa ayuda (45,6%) y totalmente dependiente (27,9%). Los diagnósticos principales fueron EPOC/asma reagudizado (37,7%); neumonía/infección respiratoria (22,1%); ITU/pielonefritis (11,7%); insuficiencia cardíaca (11,7%); celulitis (6,5%); otros (10,4%). Los servicios que derivaron a los pacientes fueron Urgencias (53,2%) y Medicina Interna (40,3%). La estancia media previa en el hospital fue de  $5,09 \pm 8,37$  días, y la estancia en hospitalización domiciliar fue  $8,66 \pm 5,5$  días. Los principales procedimientos que se realizaron en domicilio fueron nebulizaciones en el 50% de los episodios, antibioterapia intravenosa (iv) en el 47,4%, corticoides iv en el 27,6%, cura en el 19,7% y diurético iv en el 9,2%. La antibioterapia intravenosa se realizó mediante infusión directa en el 80% de los casos, mediante bomba electrónica programable en el 17,1% y mediante infusores elastoméricos en el 2,9%. Durante el episodio de ingreso en hospitalización domiciliar se produjeron consultas al servicio de urgencias en el 18,4% de los casos y fue necesario el ingreso hospitalario convencional en el 13,2%. Al analizar los factores que pudieran influir en el retorno al hospital, no se encontraron diferencias significativas ni por situación funcional, ni por índice de Charlson, ni por diagnóstico ni por procedimientos.

**Conclusiones:** A falta de más estudios, la hospitalización domiciliar puede ser una buena alternativa al ingreso convencional para determinadas patologías en pacientes ancianos. Sería conveniente ampliar la muestra para intentar analizar los factores que pueden determinar el retorno al hospital.

#### PC-007. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN LA FISIOTERAPIA GERIÁTRICA A TRAVÉS DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

M. Cabello Herranz, A. Caba Rubio, M. Merino Acedo, J.M. Cabello Neila y S. Angulo Díaz-Parreño  
ASISPA. Madrid.

**Objetivos:** Analizar la utilidad de las tecnologías de la información y la comunicación como herramientas terapéuticas en personas dependientes, objetivando su influencia a nivel funcional sobre el control de tronco, el desempeño de la marcha y el equilibrio y sobre el riesgo de caídas.

**Métodos:** Estudio comparativo pre-post durante 12 sesiones tras someter al método de entrenamiento RETAD utilizando como herramienta la consola X-BOX 360 con dispositivo Kinect a una muestra de 89 sujetos con una media de 76,32 años y diferente grado de deterioro cognitivo y funcional. Herramientas evaluación: Timed Up & Go (TUG), Tinetti y Trunk impairment Scale (TIS).

**Resultados:** Sobre la población estudiada, se obtienen los siguientes datos: de 40 sujetos de la muestra con alteración en el control de tronco, el 25% mejora y el 75% se mantienen según la escala TIS de equilibrio estático. De los 89 sujetos, 72% mejoran y un 15% se mantienen según la escala TUG. Aplicando la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon: obtención de 0,003 para el p-valor de la subescala de equilibrio estático, de 0,031 para la de equilibrio dinámico y de 0,000 en la de Coordinación de la escala TIS. Obtención de 0,000 para el p-valor de la subescala de equilibrio y de 0,033 para la subescala de marcha utilizando la escala de Tinetti. Con los valores obtenidos en la escala TUG, el p-valor = 0,000. Aplicando de test de McNemar a los valores obtenidos en la escala TUG para evaluar el riesgo de caídas, el p-valor = 0,109.

**Conclusiones:** Se observan mejorías en el control de tronco, en el equilibrio y en el desempeño de la marcha, explicables como consecuencia de la intervención. Se intuye una influencia sobre la disminución del riesgo de caídas en la población diana, con lo que sería preciso aumentar el tiempo de exposición al método, y un mayor

número de sujetos de estudio para verificar la relación. Se hace necesario prolongar la intervención en el tiempo para verificar la permanencia de los beneficios y la transferencia del aprendizaje motor a las AVD.

#### PC-008. VALORACIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CANTABRIA

N. Peña Sarabia, B. del Rivero Sierra, F. Bárcena Amigo, J.C. Martín Delgado, R. Fernández Barquín, A. Villegas Sordo, J.M. Baraibar Laboa, J. Celada Andrés, A. de Cos Seco, A. Santos Carrera, E. Salvador Chevalier, A.I. Villanueva Ayestarán, D. del Campo Martínez, V. Paz Soler, J.C. Frings Herrera, M. Ortiz Arbaizar y C. Fernández Viadero  
Estudio GLADIATOR.

**Objetivos:** Evaluar el porcentaje de pacientes geriátricos institucionalizados con diabetes mellitus tipo 2 que llegan al objetivo de hemoglobina glicosilada (HbA1c) establecido por el clínico en  $< 7\%$  o en  $< 8\%$  en función del deterioro funcional y/o cognitivo.

**Métodos:** Estudio epidemiológico, observacional de corte transversal. Durante el primer trimestre del 2011 se registraron de forma correlativa aquellos pacientes geriátricos institucionalizados con diabetes mellitus tipo 2 de centros geriátricos de Cantabria, incluyéndose 301 pacientes. En dicha visita se recogían todas las variables relacionadas con el control glucémico, estado funcional y/o cognitivo así como la actitud terapéutica del clínico. El criterio del clínico de establecer como objetivo de control a alcanzar una HbA1c  $< 7\%$  o  $< 8\%$  se ha basado en el estado funcional y/o cognitivo, a peor estado funcional y/o cognitivo se admite  $< 8\%$  como control a alcanzar y a mejor estado  $< 7\%$ .

**Resultados:** Se recogieron 301 pacientes (71,1% mujeres) con una edad media de 83,6 años. Según el estado funcional el 76,3% de los pacientes es dependiente, presentando una puntuación media en el Índice de Barthel de 45,1 ( $\pm 35,4$ ). El 63,3% presentan deterioro cognitivo, con una puntuación media del MMS de 18,3 ( $\pm 10,5$ ). Los pacientes presentaban un valor medio de HbA1c del 7% ( $\pm 1,2$ ). El valor medio de la glucemia en ayunas es de 120,1 ( $\pm 44,9$ ) mg/dl. El valor medio de la glucemia por glucómetro es de 123,7 ( $\pm 38,5$ ) mg/dl. El 69,8% de los pacientes con objetivo establecido por el clínico de HbA1c  $< 7\%$  y el 63,9% con objetivo de HbA1c  $< 8\%$  cumplen el mismo.

**Conclusiones:** El paciente geriátrico institucionalizado con diabetes mellitus tipo 2 en Cantabria, presenta un buen control glucémico con el tratamiento hipoglucemiante que lleva instaurado. El deterioro funcional y/o cognitivo es una variable más a tener en cuenta al considerar el control del paciente geriátrico diabético institucionalizado.

#### PC-009. EL ESTADO COGNITIVO Y/O FUNCIONAL COMO CRITERIO PARA PLANTEARSE EL OBJETIVO DE CONTROL GLICÉMICO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CANTABRIA

N. Peña Sarabia, B. del Rivero Sierra, F. Bárcena Amigo, J.C. Martín Delgado, R. Fernández Barquín, A. Villegas Sordo, J.M. Baraibar Laboa, J. Celada Andrés, A. de Cos Seco, A. Santos Carrera, E. Salvador Chevalier, A.I. Villanueva Ayestarán, D. del Campo Martínez, V. Paz Soler, J.C. Frings Herrera, M. Ortiz Arbaizar y C. Fernández Viadero  
Estudio GLADIATOR.

**Objetivos:** Evaluar si el clínico realmente toma la decisión en la práctica habitual de establecer como objetivo de control a alcanzar una HbA1c  $< 7\%$  o  $< 8\%$  basándose en el estado funcional y/o cognitivo del paciente.

**Métodos:** Estudio epidemiológico, observacional de corte transversal. En dicho corte se registraron de forma correlativa todas las variables relacionadas con el control glucémico, estado funcional y/o cognitivo así como la actitud terapéutica, indicando el clínico el objetivo de control a alcanzar ( $HbA1c < 7\%$  o  $< 8\%$ ) para cada paciente y los correspondientes criterios de la toma de decisión (deterioro funcional, deterioro cognitivo, baja esperanza de vida, co-morbilidad acompañante u otros relevantes), en los pacientes geriátricos institucionalizados con diabetes mellitus tipo 2 de centros geriátricos de Cantabria.

**Resultados:** Se recogieron 301 pacientes (71,1% mujeres) con una edad media de 83,6 años. Según el estado funcional el 76,3% de los pacientes es dependiente, presentando una puntuación media en el Índice de Barthel de 45,1 ( $\pm 35,4$ ). El 63,3% presentan deterioro cognitivo, con una puntuación media del MMS de 18,3 ( $\pm 10,5$ ). Existe relación estadísticamente significativa entre deterioro funcional (deterioro funcional relación ( $p < 0,05$ ), valores medios del índice de Barthel ( $p < 0,001$ ), y/o cognitivo (deterioro cognitivo ( $p < 0,005$ ), valores medios de la puntuación MMS ( $p < 0,001$ ), escala de deterioro global GDS/FAST ( $p < 0,005$ )) y la decisión en la práctica clínica sobre el objetivo de glicada en  $< 7\%$  o en  $< 8\%$ .

**Conclusiones:** El estado funcional y/o cognitivo influye significativamente en el momento de decidir el criterio de control de la glucemia en los pacientes diabéticos tipo 2 institucionalizados en Cantabria. Este paciente, presenta en general un alto deterioro funcional y cognitivo, marcando significativamente la decisión en la práctica clínica sobre las diferencias en los objetivos de control ( $HbA1c < 7\%$  o  $< 8\%$ ). A medida que el estado funcional y/o cognitivo se deteriora el criterio de control es menos estricto y se considera como objetivo  $HbA1c < 8\%$ . Prima el criterio general de la asistencia geriátrica de valoración global del paciente

#### PC-010. PERFIL DEL PACIENTE QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL

A. Prieto, M.D. López, M.A. Valdepeñas, B. Fernández, A. García y N. Martínez

Hospital San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, funcionales, mentales y sociales de los pacientes que ingresan en una Unidad de Psicogeriatría de un Hospital de Salud Mental.

**Métodos:** Estudio cuantitativo de carácter descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el Área de Psicogeriatría desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2011. Variables analizadas: datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, apoyo familiar, procedencia), motivo de ingreso, diagnóstico psiquiátrico al ingreso, otras patologías asociadas, situación funcional (Índice de Barthel), situación cognitiva (MEC) y tratamiento farmacológico.

**Resultados:** En este periodo ingresaron 52 pacientes con una media de edad de 70,8 años, predominando el sexo masculino (76%) y estado civil soltero (55,7%). Procedencia: El 42,3% de una residencia geriátrica, el 38,4% de su domicilio y el 19,3% vivían en la calle sin recursos. El 57,4% tenían apoyo familiar y el 42,6% no (con núcleo familiar el 80%). El motivo de ingreso fueron problemas socio-familiares (47%) y alteraciones de conducta (46,4%). Un 13,1% no tenía diagnóstico psiquiátrico al ingreso y en el resto el diagnóstico principal fue la Dependencia alcohólica (34%) seguido del Trastorno de Personalidad (16,5%) y Esquizofrenia (15,5%). Dentro de las patologías no psiquiátricas destacan la HTA con un 32% y EPOC con un 23%. El 86,5% eran dependientes leves o independientes (Í. Barthel entre 60-100) y el 35,6% presentaban deterioro cognitivo tras la valoración, no descrito previamente. El 30,7% no tenía medicación psicotrópica y en el resto de pacientes predominaban los neurolepticos (42,3%) y los ansiolíticos (34,6%).

**Conclusiones:** El perfil de paciente corresponde a un hombre de 70 años, soltero, buen estado funcional y dependencia alcohólica con alteraciones de conducta o problemas socio-familiares. Un porcentaje importante no recibía medicación para las alteraciones de conducta. Destaca cómo en la mitad de los casos el ingreso fue motivado por problemas socio-familiares por lo que sería importante mejorar la coordinación con los servicios sociales para ubicar a este tipo de pacientes en un nivel asistencial más adecuado o plantear estancias temporales en el Centro. La tercera parte de los pacientes presentaba deterioro cognitivo no descrito previamente por lo que impulsar el papel de Atención Primaria en la detección y estudio de este problema sería fundamental.

#### PC-011. FACTORES PRONÓSTICOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA Y REHABILITACIÓN

N. Albiol Tomàs<sup>1</sup>, E. Martínez Almazán<sup>1</sup>, J.L. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, R. Audí Ferrer<sup>1</sup> y J.A. García Navarro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Creu. Tortosa. Tarragona. <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona.

**Introducción:** La UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria) es un equipo multidisciplinar especialista en Geriátría que realiza la Valoración Geriátrica Integral (VGI) a los pacientes ingresados en el Hospital de Agudos, con el fin de adecuar una correcta ubicación en el hospital sociosanitario.

**Objetivos:** Analizar los factores predictores de institucionalización de los pacientes valorados por la UFISS durante la hospitalización en agudos y que ingresan en nuestra Unidad de Convalecencia y Rehabilitación (UCR).

**Métodos:** Estudio prospectivo. Todos los pacientes hospitalizados en agudos y trasladados a nuestra UCR, evaluados entre junio y diciembre de 2010 fueron incluidos y seguidos hasta el alta de la UCR. Los datos recogidos: edad, sexo, grupos diagnósticos, el estado funcional mediante: 1) el índice de Barthel (IB) previo, durante el ingreso en agudos y en momento del alta y 2) capacidad para caminar. Comorbilidad (índice de Charlson modificado), demencia, delirium en agudos, estancia en agudos y en UCR, datos de laboratorio, polifarmacia, si el paciente vive solo y el destino al alta. Análisis estadístico: el t-test para evaluar las diferencias en las medias y la prueba de Chi cuadrado para evaluar las diferencias en los porcentajes y el análisis multivariante mediante regresión logística. SPSS v.17 software.

**Resultados:** n = 174; edad media: 77 años ( $\pm 17,5$ ), 48,3% hombres. Duración de la estancia en agudos: 12,3 días ( $\pm 10,4$ ), estancia media en UCR: 56 días ( $\pm 51,9$ ). IB medio previo 78,6 ( $\pm 22,3$ ); IB medio en agudos 27,2 ( $\pm 26,2$ ); IB medio al alta 49,2 ( $\pm 36,3$ ). Marcha independiente: previa: 70,7%, en agudos: 3,4%, al alta: el 37,9%. Pacientes con demencia: 25,3%, delirium: 25,9%; polifarmacia: 71,3%, viven solos 35,6%. Grupos de diagnóstico: Ortopédico 33,5%, 22,9% ictus, cardiovascular y otros 32,9%. Índice de Charlson modificado: media de 1,8 ( $\pm 1,2$ ). Destino al alta: 12,6% exitus, 5,7% residencia, 4% urgencias, 52,3% domicilio, 19% larga estancia. En el análisis multivariante sólo la demencia estaba relacionada con el ingreso en residencia, con una probabilidad mayor de institucionalización en pacientes con demencia (35,7% vs 8,7%).

**Conclusiones:** La probabilidad de institucionalización tras un ingreso en la UCR es mayor en los pacientes con demencia.

#### PC-012. ANÁLISIS DEL PROCESO DE MORIR EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA

J. Catena Mir<sup>1</sup>, M.L. Gallego Tamaral<sup>1</sup>, C. Ortega García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residencia Sant Andreu-FSSM. Manresa. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Sant Andreu-FSSM. Manresa. Barcelona.

**Introducción:** La atención al final de la vida (atención paliativa) es un imperativo ético asistencial para cualquier profesional de la salud.

Los recursos especializados en Cuidados Paliativos son necesarios en situaciones especialmente complejas. Los profesionales que trabajamos con personas mayores debemos que la atención a la fase final de vida sea prioritaria en nuestro plan de formación.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir la situación de últimos días de los pacientes que fallecieron en nuestra residencia asistida de 73 plazas analizando datos clínicos y sociales, con el fin de mejorar la asistencia a estos usuarios.

**Métodos:** Se ha realizado un análisis retrospectivo de los datos recogidos en las historias clínicas de los pacientes que fallecieron durante el año 2011. Las historias recogen datos clínicos, sociales y tipo de actividad realizada por el equipo.

**Resultados:** Nº total de exitus 2011: 17 usuarios. 6 usuarios (35,30%), fuera de la RSA (4 en Hospital de agudos y 2 en la Unidad de Cuidados paliativos). 11 usuarios (64,70%), en la RSA. De los 11 usuarios que fallecieron en la RSA, 7 tuvieron un proceso de agonía (1-7 días). Los 4 restantes fueron muertes súbitas. 1. Atención no farmacológica: curas de la boca: 7 (100%). Cambios posturales: 7 (100%). Acompañamiento: 6 (85%). Documento Voluntades Anticipadas 0 (0%). 2. Atención farmacológica: vía subcutánea: 7 (100%). Cloruro mórfico: 5 (70%). Escopolamina: 7 (100%)

**Conclusiones:** En todo usuario (100%) que está en fase de SUD (situación de últimos días) se inician cuidados no farmacológicos y tratamiento farmacológico. La VSC es de gran utilidad y bien tolerada por la familia y el personal de la Residencia. Un mejor control de la sintomatología, permite un mejor acompañamiento por parte de la familia.

#### PC-013. ENFERMEDAD PREVALENTE Y EVENTOS ADVERSOS EN ANCIANOS. ESTUDIO FRADEA

M. Fernández Sánchez, P. Atienzar Núñez, J.L. Esquinas Requena, M. Martínez Peñalver, A. Ruiz Gómez y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.*

**Objetivos:** Analizar si la enfermedad prevalente supone un riesgo aumentado de mortalidad, discapacidad incidente en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o pérdida de movilidad en una cohorte de ancianos.

**Métodos:** 993 mayores de 70 años del estudio FRADEA. Como enfermedades prevalentes se recogieron por historia clínica de los sujetos HTA, diabetes, dislipemia, insuficiencia cardíaca (IC), cardiopatía isquémica, fibrilación auricular/flutter (FA), demencia, parkinsonismos, depresión, ictus, EPOC, asma/hiperreactividad bronquial, anemia, osteoartritis, osteoporosis y cáncer. Como eventos adversos se consideraron la mortalidad, la discapacidad incidente en ABVD y la pérdida de movilidad. La asociación entre las enfermedades y los eventos adversos se determinó mediante regresión logística, ajustado por edad, género, función y cognición.

**Resultados:** La media de seguimiento fue de 534 días (DE 153). 105 fallecieron (10,6%), 192 (25,4%) perdieron alguna ABVD y 222 (28,9%) perdieron movilidad. La mortalidad según enfermedades fue parkinsonismos 30,0%†, demencia 29,7%†, cáncer 25,4%†, ICC 22,0%†, anemia 21,5%†, FA 19,8%†, EPOC 19,4%†, ictus 18,7%†, depresión 14,6%, diabetes 11,7%, osteoartritis 9,5%, HTA 9,1%, cardiopatía isquémica 8,8%, osteoporosis 7,8%, asma 7,6% y dislipemia 5,9%. La pérdida de movilidad por enfermedades fue anemia 52%†, ICC 47,8%†, demencia 47,1%†, ictus 43,7%†, parkinsonismos 38,1%, FA 35,6%, cáncer 33,3%, asma 32,5%, depresión 30,9%, osteoartritis 30,2%, HTA 29,5%, osteoporosis 28,9%, diabetes 27,5%, dislipemia 27,0%, cardiopatía isquémica 22,5% y EPOC 22,2%. La discapacidad incidente por enfermedades fue anemia 44,0%†, parkinsonismos 42,9%, demencia 40,4%†, ICC 32,6%, ictus 31,8%, FA 31,5%, asma 28%, depresión 27,5%, cáncer 26,5%, osteoartritis 25,3%, HTA 24,7%, diabetes 23,7%, osteoporosis 23,5%, dislipemia 22,6%, EPOC 23,1%, cardiopatía isquémica 19,2%. Las enfermedades que se asociaron con mortalidad ajustadas por edad, géne-

ro, Barthel y MMSE fueron el cáncer (OR 3,3; IC95% 1,6-6,9), ICC (OR 2,8; IC95% 1,1-7,0) y los parkinsonismos (OR 4,5; IC95% 1,3-15,0), con dependencia incidente en ABVD fueron los parkinsonismos (OR 6,6; IC95% 1,7-24,9) y con pérdida de movilidad la anemia (OR 3,1; IC95% 1,3-7,1). (†p < 0,01. ‡p < 0,001).

**Conclusiones:** Las enfermedades prevalentes que más se asocian a mortalidad, discapacidad incidente en ABVD y pérdida de movilidad en ancianos son los parkinsonismos, la demencia, la anemia, el cáncer, los ictus y la insuficiencia cardíaca.

#### PC-014. DISEÑO Y VALIDEZ PREDICTIVA DE UN ÍNDICE DE FRAGILIDAD E INFLAMACIÓN (IFI) EN ANCIANOS. ESTUDIO FRADEA

S. Salmerón Ríos, J.L. Navarro López, M.I. García Tomás, G. Paterna Mellinas, C. Luengo Márquez y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.*

**Objetivos:** Construir un Índice de Fragilidad e Inflamación (IFI) que identifique ancianos con un estado inflamatorio crónico y fragilidad, y demostrar su validez predictiva de mortalidad.

**Métodos:** 424 mayores de 70 años del estudio FRADEA que aceptaron realizarse una analítica con VSG, PCR, hemoglobina y recuento de neutrófilos, como marcadores de inflamación, y que no presentaban proceso linfoproliferativo. El IFI se construyó adoptando como puntos de corte para cada variable el tercil inferior. El resultado final del IFI se obtuvo sumando el número de variables con resultado positivo (rango 0-4). Se determinó la asociación entre el IFI y la fragilidad, así como el rendimiento del IFI para identificar fragilidad mediante la construcción de la curva ROC con su área bajo la curva (ABC). Para la validez predictiva, se analizó el riesgo de fallecer durante el periodo de seguimiento, mediante regresión logística ajustado por edad, género, función, fragilidad y comorbilidad.

**Resultados:** Los terciles inferiores para cada ítem del IFI fueron hemoglobina  $\leq 13,5$ , VSG  $\geq 16$ , PCR  $\geq 3,8$  y neutrófilos  $\geq 4.000$ . El número y porcentaje de sujetos con las diferentes puntuaciones del IFI fue: 0 = 105 (24,8%); 1 = 146 (34,4%); 2 = 81 (19,1%); 3 = 63 (14,9%); 4 = 29 (6,8%). 48 (11,3%) fueron frágiles, 376 (88,7%) no lo fueron. Las puntuaciones del IFI se asociaron de manera lineal con fragilidad (p < 0,001). El rendimiento del IFI para determinar fragilidad fue (ABC 0,72; IC95% 0,64-0,80. Punto de corte  $\geq 2$ , S = 0,71; E = 0,63). La media de seguimiento fue de 534 días (DE 153). Durante el periodo de seguimiento, 13 sujetos fallecieron (3,1%) y 10 se perdieron (2,4%). El porcentaje de exitus según el IFI fue (0 = 1%, 1 = 2,8%, 2 = 0%, 3 = 6,6%, 4 = 14,3%; p < 0,001). El mejor punto de corte del IFI para predecir mortalidad fue 3. Los participantes con IFI  $\geq 3$  tuvieron mayor riesgo de fallecer durante el periodo de seguimiento que el resto (OR 4,50, IC95% 1,25-16,2; p = 0,021), ajustado por edad, género, comorbilidad, fragilidad e índice de Barthel basal.

**Conclusiones:** El Índice de Fragilidad e Inflamación (IFI) es una herramienta sencilla válida para predecir mortalidad en ancianos.

#### PC-015. CALIDAD DE VIDA Y MORTALIDAD EN ANCIANOS. ESTUDIO FRADEA

P. Peña Labour, M. Martínez Reig, S. Alfonso Silguero, G. Juncos Martínez, E. de la Ossa Nieto y P. Abizanda Soler  
*Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.*

**Objetivos:** Analizar si la calidad de vida autopercibida supone un riesgo aumentado de mortalidad, en ancianos mayores de 70 años.

**Métodos:** 993 mayores de 70 años representativos de la población de Albacete capital, seleccionados aleatoriamente por conglomerados, del censo de tarjeta sanitaria, pertenecientes al estudio FRADEA. La calidad de vida se midió con el instrumento SF-12 validado al español, y fue administrado por cuatro enfermeras

entrenadas en la visita basal. Se consideró mala calidad de vida cuando la puntuación del SF-12 estuvo bajo el 50%. Este valor coincidió con el quintil inferior de calidad de vida de nuestra muestra. Durante un periodo de seguimiento medio de 534 días (DE 153, rango 0-1.177 días) se registró el estado vital. El riesgo de mortalidad durante el periodo de seguimiento se determinó mediante regresión logística, ajustado por edad, género, función, estado mental y comorbilidad.

**Resultados:** De los 993 participantes, se dispuso de dato de calidad de vida en 911 casos. La puntuación media del SF-12 fue de 67,5 (DE 178) en la muestra global. Los ancianos con buena calidad de vida presentaron una puntuación media del SF-12 de 74,2 (DE 11,3) y aquellos con mala calidad de vida 38,8 (DE 9,9)  $p < 0,001$ . 810 estaban vivos en el momento del seguimiento (88,9%), 81 fallecieron (8,9%) y 20 se perdieron (2,2%). Los participantes con mala calidad de vida presentaron mayor mortalidad que aquellos con buena calidad de vida (22,4% vs 6,0%;  $p < 0,001$ ). Los ancianos con mala calidad de vida tuvieron mayor riesgo de fallecer durante el periodo de seguimiento que aquellos con buena calidad de vida (OR 2,53, IC95% 1,32-4,88;  $p = 0,005$ ), ajustado por edad, género, estado cognitivo, comorbilidad e índice de Barthel basal.

**Conclusiones:** La mala calidad de vida autopercebida supone un riesgo aumentado de mortalidad, en ancianos mayores de 70 años.

#### PC-016. EXPERIENCIA DE COLOCACIÓN DE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA (PEG) EN PACIENTES ANCIANOS CON ICTUS EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS (HGG)

J. Mandujano Valencia

Hospital General de Granollers. Barcelona.

**Objetivos:** Describir el perfil de pacientes ancianos con diagnóstico de ictus a los que se le coloca gastrostomía percutánea (PEG) en el HGG.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes mayores de 65 años, con diagnóstico de ictus, ingresados en Geriátría y/o Neurología, en el periodo entre enero 2010 y noviembre 2011, a los que finalmente se les coloca una PEG durante su estancia en el HGG. Variables recogidas: datos sociodemográficos y funcionales, comorbilidad y farmacoterapia, tipo de ictus y severidad, asistenciales y de evolución.

**Resultados:** Cumplieron los criterios de inclusión 16 pacientes. El 56,2% varones (edad media: 81,4  $\pm$  6,19 años). El 87,5% sin deterioro cognitivo previo. La media del índice de Barthel fue 79,6  $\pm$  32,45. El 87% de los pacientes tenían marcha autónoma. La comorbilidad era alta (el 75% con índice de Charlson modificado mayor de 5) y utilizaban 6,19  $\pm$  2,70 fármacos en el momento del ingreso. La mayoría de los ictus fue isquémico (56,3%), y en la mitad de los casos (7), afectó el hemisferio izquierdo. La puntuación media en la escala de Orpington a la semana fue de 6,15  $\pm$  1,0. En un 87,5% tenían plejía la primera semana. Todos los pacientes fueron valorados por logopedia y todos ellos tenían previamente colocada una sonda nasogástrica (SNG). El 43,8% de los casos ingresó en la Unidad de Geriátría de agudos (UGA). La estancia media fue 23,63  $\pm$  11,47 días. El tiempo transcurrido entre ictus y la colocación de SNG fue de 5,50  $\pm$  6,78 días, y entre SNG y la PEG fue 30,06  $\pm$  12,26 días. Ninguno de los pacientes fallece durante la hospitalización. Al alta la mayoría fueron a dispositivos de media estancia (75,1%).

**Conclusiones:** El perfil del paciente anciano con un ictus en el que se coloca una PEG es un varón, previamente autónomo, con elevada comorbilidad y con un ictus extenso a la primera semana de ingreso. Los tiempos de instauración de nutrición enteral parecen razonables. El porcentaje de los pacientes (12%) a los que se le coloca PEG es bajo, probablemente gracias a la intervención multidisciplinaria.

#### PC-017. PERFIL DE LOS PACIENTES QUE SE DERIVAN A URGENCIAS DESDE NUESTRA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA

M.D. Nieto, J.T. Jiménez Pereña, R. Jiménez Sánchez,

S.V. Mata Reyes e I. Romero López

Hermanas Hospitalarias. Arroyo de la Miel. Málaga

**Introducción:** En los últimos años presenciamos un incremento de los ancianos acudiendo al servicio de urgencias. Los ancianos que residen en unidades psicogeriatricas son enfermos crónicos y dependientes con características que les hace más susceptibles de sufrir eventos que obligan a su traslado al servicio de urgencias.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal y observacional analizando las historias clínicas de los 137 pacientes ingresados en una unidad de psicogeriatrica perteneciente a un complejo psiquiátrico ubicado en Málaga en el periodo comprendido entre 2009 y 2011.

**Resultados:** De los 137 pacientes que han sido atendidos en nuestro centro se han remitido a urgencias 41, lo que equivale al 30% de la población total. El año en que más traslados se han realizado ha sido el 2009. Los diagnósticos de base de los pacientes trasladados eran demencias en la mitad de los casos (49%), esquizofrenias residuales en el 29%. El IB medio de estos pacientes es de 29. La edad media fue de 76 años. El 34% fueron hombres y el 66% mujeres. Respecto a los motivos de derivación predomina la patología osteomuscular traumática (sospecha de fractura) 23% sobre la patología respiratoria 15%, digestiva 13% y neurológica 10%. En cuanto a la información de los volantes de derivación, la anamnesis estaba recogida en el 95% de los casos y la exploración en el 94%. El tiempo medio de estancia en urgencias fue de más de 12h en el 35% de los casos. Se solicitó analítica de sangre en el 56% de los casos, radiografía en el 66%, TAC 16%, ecografía 13% y EKG en el 19%. La derivación al alta fue la siguiente: 66% derivados a nuestro centro, 23% quedan ingresados en el hospital, 8% fallecen y 3% se remiten a otro hospital.

**Conclusiones:** Creemos que en nuestro centro atendemos y solucionamos gran parte de los problemas urgentes que afectan a nuestra población de pacientes con demencia. El problema radica en la patología traumática (sospecha de fractura) donde es preciso realizar pruebas radiográficas.

#### PC-018. SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y CONSULTAS EXTERNAS

S. Fernández Doblado, Y. Constante Pérez, C. Montero Morata,

J. Gil Rodríguez, F. Chávez Dianderas, M.J. Hellín Gracia

y P. Mesa Lampré

Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar las características de los ancianos derivados y de síndromes geriátricos detectados en una consulta del Servicio de Geriátría.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los informes enviados a los médicos de Atención Primaria tras consulta de primer día de un facultativo. De enero de 2009 a noviembre de 2011. Se excluyen informes incompletos o inexistentes y consultas de seguimiento. Parámetros: sociodemográficos, procedencia, motivo de consulta, síndromes geriátricos detectados, comorbilidad (Charlson), actividades básicas e instrumentadas (Barthel y Lawton y Brody), estado nutricional, equilibrio y marcha (Tinetti y Timed up and Go), valoración mental (SPMSQ de Pfeiffer, MEC, test del reloj, fluencia verbal semántica) y de la conducta (NPI), fármacos, psicofármacos, ayudas técnicas. SPSS.

**Resultados:** 185 pacientes con 82 años de media, la mayoría viviendo en domicilio (86,5%) y tomando psicofármacos (68%). Se detectan como media 2,28 síndromes geriátricos nuevos: polimedicación y riesgo de caídas en la mitad (58 y 49%), deterioro cognitivo (36%), desnutrición (28%) y déficit sensorial invalidante (7%) entre otros. La mitad presentan alteraciones de conducta en el momento de la consulta predominando en aquellos con demencia conocida ( $p < 0,000$ ) y no conocida ( $p < 0,000$ ), toma de psicofármacos ( $p < 0,005$ ) y riesgo de caídas ( $p < 0,056$ ). La inestabilidad es más frecuente en pacientes inde-

pendientes (p 0,000) o dependientes leves (p 0,004) para actividades básicas, polimedicados (p 0,052), y en los desnutridos (p 0,013). Suelen tener antecedentes de caídas (p 0,000), fracturas (p 0,023) y utilizan ayudas técnicas (p 0,052). Aquellos polimedicados toman psicofármacos (p 0,025), sobre todo ansiolíticos (p 0,025) y antidepresivos (p 0,002). Se detecta desnutrición en dos grupos: consumidores de neurolépticos (p 0,048) y en aquellos independientes para actividades instrumentadas (p 0,012).

**Conclusiones:** La consulta es un buen nivel y la valoración integral un buen instrumento para detectar síndromes geriátricos y prevenir complicaciones. Actuar sobre la polimedicación, en concreto sobre los psicofármacos, puede prevenir caídas. En este grupo de edad, que sean independientes para actividades instrumentadas puede provocar ingestas inadecuadas y, por tanto, desnutrición.

#### PC-019. LA INESTABILIDAD SE CONSULTA, EL RIESGO DE CAÍDAS SE DETECTA

S. Fernández Doblado, J. Gil Rodríguez, Y. Constante Pérez, C. Montero Morata, F. Chávez Dianderas, M.J. Hellín Gracia y P. Mesa Lampré

*Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** Analizar el perfil de los ancianos valorados en una consulta externa de Geriátría en los que se detecta inestabilidad y riesgo de caídas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de informes enviados a médicos de Atención Primaria tras consulta de primer día de un facultativo. Periodo: desde enero de 2009 a noviembre de 2011. Excluidos informes incompletos o inexistentes y consultas de seguimiento. Parámetros: sociodemográficos, procedencia, motivo de consulta, otros síndromes geriátricos detectados, comorbilidad (Charlson), actividades básicas e instrumentadas (Barthel y Lawton y Brody), estado nutricional, equilibrio y marcha (Tinetti y Timed up and Go), valoración mental, fármacos, uso de ayudas para deambulación. SPSS.

**Resultados:** N = 185. Edad media: 82 años. Mujeres 3:1, procedencia domicilio 86,5%. Nº medio síndromes detectados 2,28. Motivo de consulta estudio de caídas frecuentes: 3,8%, detectando riesgo de caídas en todos ellos (p 0,006). Detección inestabilidad en la marcha: 89 pacientes (49,2% del total de las consultas) independientemente del motivo de consulta. De ellos, 45 (50%) habían sufrido alguna caída en el último año (p 0,000) y 33 (36%) tenían fractura previa (p 0,023). Se detectó osteoporosis y/o aplastamientos vertebrales "de novo" en el 18,6% (p 0,011). Tratamiento osteoporosis en 14,6% del total de la muestra (16,5% de los del grupo de riesgo de caídas). Polimedicados 66% (p 0,052). Desnutrición 36% (p 0,013). Timed up and Go > 20 segundos: 42%. Riesgo elevado de caídas según escala de Tinetti: 38%. El riesgo de caer relacionado con independencia para actividades básicas (p 0,000) o dependencia leve (p 0,004). Ayudas para la marcha: 37%. (p 0,052).

**Conclusiones:** La inestabilidad y el riesgo de caer es un síndrome geriátrico que aparece con mucha frecuencia en aquellos ancianos que acuden a consulta externa por otro motivo. Es un síndrome detectable y prevenible siendo la polimedicación un problema relacionado con él, modificable. A pesar de que utilizan ayudas para la marcha, muchos de ellos tienen antecedentes de osteoporosis, caídas y fracturas por lo que será importante prevenir complicaciones.

#### PC-020. SITUACIÓN FUNCIONAL Y ESTADO NUTRICIONAL EN ENFERMOS CON DEMENCIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

G. Cristea<sup>1</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Creu. Tortosa. Tarragona. <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** a) Analizar la situación funcional y nutricional en los enfermos con demencia ingresados en geriatría, b) Describir la prev-

alencia de desnutrición proteico-calórica en función de su severidad, c) Correlacionar el grado de desnutrición y la situación funcional basal.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. 239 pacientes con diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo leve, ingresados durante un año en la unidad de agudos y media estancia del Servicio de Geriátría del HCSC. Variables: a) demográficas: sexo, edad, b) diagnósticas: tipo de demencia, severidad de la misma, c) funcionales: Índice de Katz y Escalas de Cruz Roja (Física y Psíquica), d) nutricionales: albúmina, prealbúmina.

**Resultados:** Edad media: 85,5 años. Hombres 43,1%, mujeres 56,9%. Deterioro cognitivo leve: 30 (12,6%), demencias degenerativas: 47 (19,7%), vasculares: 58 (24,3%), mixtas: 35 (14,6%), otras: 12 (5%), sin especificar: 57 (23,8%). Demencias severas el 27,8%, moderadas-severas: 19,5%, moderadas: 17,1%, leve-moderadas: 15,1%, leves: 20,5%. Índice Katz: A-C: 18,8%, F-G: 63,9%; Cruz Roja (F): 0-2/5: 26,2%; 3-5/5: 73,8%. Cruz Roja (P): 0-2/5: 28,9%, 3-5/5: 71,0%. Prealbúmina < 15 mg/dl: 68%, Albúmina < 3,5 g/dl: 78,2%. Nivel alto de coincidencia entre ambos parámetros (Kappa = 0,501; p = 0,00). Correlación positiva, significativa (p = 0,039) débil (0,147) entre el grado de desnutrición según albúmina y el índice de Katz (Tau-b de Kendall). Lo mismo entre el grado de desnutrición según la albúmina y CR(F): correlación significativa (p = 0,026), débil (0,159).

**Conclusiones:** a) La mayoría de pacientes presentan incapacidad severa para las ABVD y casi la mitad son dependientes para todas ellas, b) Un tercio de pacientes (30%) están inmovilización (CR(F) 5/5), c) La prevalencia de desnutrición es muy elevada (63,2%), d) Existe una correlación positiva entre desnutrición y situación funcional.

#### PC-021. CALIDAD DE INFORMACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DECISIÓN DE REALIZAR PEG

F. Rodríguez Lanfranco, A. Franco Salinas, J. Gómez Pavón, M.L. Galve Calvín e I. Ruipérez Cantera  
*Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar la opinión de los familiares de paciente a los que se les realizó una gastrostomía percutánea endoscópica (PEG), sobre la calidad de información y la adecuación de la decisión de realizar el procedimiento.

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de todas las PEG, realizadas desde 1/1/2009, al 1/7/2011, por el servicio de endoscopia de nuestro hospital. Se recogieron datos del proceso como enfermedad de base, indicación, etc. Se realizó entrevista telefónica con los familiares directos del paciente, recogiendo datos de opinión de calidad de información recibida y de la calidad de la adecuación de la decisión de realizar PEG. Análisis descriptivo e inferencia bivariante con factores asociados a opiniones de familiares.

**Resultados:** Se realizaron 37 PEG. Se localizaron familiares de 34 pacientes (edad media: 84,30 ± 7,88 años, 68% mujeres, índice de Barthel: 6,84 ± 18,89, 81% con Demencia previa (62% FAST 7). La indicación fue la demencia (56%), seguido del ictus (30%). 8% de mortalidad hospitalaria. Supervivencia tras PEG < 1 mes de un 14%. Al momento de la entrevista 21 (62%) de los pacientes habían fallecido. El 91% de los entrevistados refirieron estar de acuerdo con la decisión de realizar la PEG; 92% refirió haber sido informado sobre las ventajas-desventajas del procedimiento y alternativas. El 100% informó que se tuvo en cuenta sus opiniones y las del paciente por parte del equipo médico a la hora de realizar la PEG. Un 71% de los entrevistados cree que la PEG ha mejorado la calidad de vida del paciente y un 74% la de los cuidadores. Esta valoración se relaciona estrechamente con una supervivencia mayor a 1 mes tras el PEG (288 ± 255 vs 49 ± 56 días, p < 0,001). Un 71% de los encuestados volvería a tomar la decisión de realizar una PEG a sus familiares, así como recomendarlo a otros familiares o amigos.

**Conclusiones:** Aunque hay un pequeño porcentaje de familiares que no están de acuerdo con la decisión de realizar una PEG, la aceptación general por los familiares es buena, así como la percepción de mejoría en la calidad de vida.

#### PC-022. APLICACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN AL ENTRENAMIENTO PSICOMOTRIZ EN UNA POBLACIÓN DEPENDIENTE

S. López Somolinos, M. Dávila Calvo, G. Serrano Roncero, M. Cabello Herranz, A. Caba Rubio, J.M. Cabello Neila y S. Angulo Díaz-Parreño  
ASISPA. Madrid.

**Objetivos:** Analizar las posibilidades de mejora perceptivo-motriz a través de la intervención terapéutica con nuevas tecnologías en una población dependiente en medio comunitario y residencial.

**Métodos:** Estudio comparativo pre-post durante 12 sesiones tras someter al método de entrenamiento RETAD utilizando como herramienta la consola X-BOX 360 con dispositivo Kinect a una muestra de 89 sujetos con una media de 76.32 años, desv. Tip 10.97. GDS 6 = 16%, GDS 5 = 30%, GDS 4 = 15%, GDS 3 = 4%, GDS 2 = 7%, GDS 1 = 28%. Herramienta de evaluación: Escala de Estimación Psicomotriz (Ad hoc).

**Resultados:** Aplicando el método estructurado según las áreas de intervención programadas y atendiendo a la población muestreada, con diferente grado de deterioro físico y cognitivo, se obtienen los siguientes datos: sobre aspectos motores del esquema corporal, mejora la coordinación visomotora manual en un 46%, cruzar la línea media en un 26%, la lateralidad en 33% y la organización y estructuración en un 37%. Sobre aspectos cognitivos del concepto corporal, mejora el reconocimiento corporal en un 25%, las gnosias visuales en un 29% y las praxias gestuales en un 46%. Aplicando la prueba de rangos con signos de Wilcoxon, se obtiene un p-valor de 0,000 para los ítems: cruzar la línea media, lateralidad, propiocepción, praxias gestuales, coordinación dinámica general y coordinación visomotora manual y pedal analizando los datos pre y post intervención.

**Conclusiones:** Las mejoras referidas a cruzar la línea media, lateralidad, propiocepción, praxias gestuales, coordinación dinámica general y coordinación visomotora manual y pedal no son debidas al azar y pudieran ser explicadas a través del entrenamiento con esta tecnología. Sería conveniente generalizar el aprendizaje de los componentes trabajados en el entrenamiento con TICs para extrapolarlos al desempeño de la AVDs. Teniendo en cuenta los resultados positivos y el tiempo de exposición, sería necesario reforzar dicha mejora obteniendo nuevos datos en un mayor periodo de tiempo.

#### PC-023. PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA INADECUADA EN PACIENTES DE MÁS DE 75 AÑOS SEGÚN CRITERIOS BEERS ADAPTADOS POR CATSALUT

L. Veciana Balsebre, J. Pi Sánchez, M. Guardia Faci, N. Martí Triguero, E. Moltó Llarena y R. Qanneta  
Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona.

**Introducción:** En nuestro hospital atendemos un elevado número de pacientes de edad avanzada. Es frecuente la co-morbilidad y la polifarmacia. Si además, aunamos los cambios fisiológicos del envejecimiento encontramos una alta complejidad terapéutica. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de disponer de ayudas a la prescripción en este grupo de pacientes. En nuestro centro disponemos de un sistema de aviso/alarma en caso de prescripción de algún fármaco incluido en las recomendaciones Beers adaptadas por CatSalut (CBCS).

**Métodos:** Se revisa todas las prescripciones farmacológicas de los pacientes atendidos el año 2011 en el Hospital Sociosanitari Francolí de Tarragona. Se cuantifican el número de episodios de ingreso, las

variables edad, sexo, unidad de internamiento, fármaco prescrito diferenciado según CBCS. Se determina el número de fármacos prescritos incluidos en dichos criterios, el número de pacientes afectados, la tasa global y la tasa diferenciada por unidades.

**Objetivos:** Evaluar la prescripción de fármacos en nuestro centro según los criterios de prescripción inadecuada de BEERS adaptados por CatSalut.

**Resultados:** Durante el año 2011 hemos registrado 1.128 procesos asistenciales. De ellos, 852 han sido en personas de más de 75 años, 462 en la unidad de convalecencia, 176 en la unidad de curas paliativas y 214 en la unidad de larga estancia. La proporción de hombres ha sido del 44,3% del total. La duración media del proceso ha sido de 49 días. Se ha detectado un total de 148 prescripciones de fármacos incluidos en los CBCS, en 135 pacientes. En convalecencia han sido 97 prescripciones en 86 (18,6%) pacientes, en la unidad de larga estancia 32 prescripciones en 30 (14%) pacientes y en la unidad de cuidados paliativos 19 prescripciones en 19 (10,8%) pacientes. Los principales fármacos detectados han sido nombre (número de prescripciones): diazepam (43), hidroxicina (28), amiodarona (22), pentoxifilina (11) y oxibutinina (11).

**Conclusiones:** En la atención a pacientes con polifarmacia es importante disponer de ayudas a la prescripción para minimizar la posible iatrogenia. A pesar de disponer del sistema de alerta, la utilización de estos fármacos es alta. Sería discutible la recomendación negativa para alguno de los fármacos incluidos en las recomendaciones Beers adaptadas.

#### PC-024. DETERIORO FUNCIONAL SECUNDARIO A FRACTURA DE CADERA Y ADECUACIÓN DE RECURSOS SOCIO SANITARIOS AL ALTA

P. Sáez López, T. Hernández Jiménez, I. Romero Mayoral, M.J. Rincón González, A. Fernández-Cavada Pollo y J.I. Gutiérrez Alonso  
Complejo Asistencial de Ávila.

**Introducción:** El 70% de los ancianos que se fracturan la cadera caminaban antes y el 30% recuperan su situación previa.

**Objetivos:** 1) Conocer el deterioro funcional secundario a fractura de cadera. 2) Conocer los recursos socio-sanitarios al alta. 3) Evaluar si coincide el recurso que el paciente utiliza con el recurso recomendado por el Equipo de Valoración Geriátrica (EVG)

**Métodos:** Se incluye a > 65 años que ingresan en el hospital con dependencia aguda por fractura de cadera, valorados por el Equipo de Geriátría y/o trabajadores sociales. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, funcionales y sociales previos al ingreso y al alta.

**Resultados:** La edad media de los 49 pacientes fue de 84,9 y el 79,2% eran mujeres. El 35,4% vivían solos o con pareja de similar edad y el 18,7% venían de residencias. En el 25% de los casos intervienen los trabajadores sociales. El 60% vuelven a su domicilio. El 27% utilizan residencia privada al alta. En el 58,3% de los pacientes, no coincide el recurso utilizado, con el considerado como ideal por el EVG. En el 22,9% de los casos, el EVG considera como ideal la Unidad de Recuperación Funcional (de la que no disponemos en nuestra provincia). En el 10,4% de los casos se considera como recurso ideal una estancia temporal en residencia pública (pero ninguno de estos pacientes la utiliza, por no disponer de ella en ese momento o por tener la plaza en otra provincia). Tras el alta hospitalaria hay un 20,8% de nuevas institucionalizaciones. Sufren una pérdida funcional media, de 33,3 puntos en el índice de Barthel, recuperando solo 12,6 puntos pasados 3 meses.

**Conclusiones:** La fractura de cadera en las personas mayores provoca un deterioro funcional importante que con frecuencia no se recupera. En nuestra provincia, más de la mitad de los pacientes no utilizan el recurso recomendado, y esto conlleva un grado de dependencia potencialmente evitable. Ante la ausencia del recurso ideal,



los pacientes utilizan residencias privadas, que con frecuencia se convierte en el recurso definitivo para pacientes que no se han rehabilitado.

#### PC-025. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN SOBRE LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

P. Sáez López, T. Hernández Jiménez, C. Arévalo Martín, S. Paniagua Tejo, A.M. Rodríguez García, L. López Fernández e I. Gómez González

Complejo Asistencial de Ávila.

**Introducción:** Los ancianos institucionalizados suelen ser pluripatológicos y reciben múltiples fármacos, llegando la media de fármacos diarios por persona a 8, según algunos estudios. La prescripción inadecuada es aquella que el riesgo de un evento adverso supera al beneficio clínico. La prevalencia de prescripción inadecuada en residencias es muy alta, alcanzando el 40% en varios estudios, aunque en otros oscila entre el 18 y 21%, según los criterios utilizados.

**Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de prescripción de fármacos inadecuados en una residencia concertada de Ávila, según criterios de Beers. 2. Disminuir la prescripción inadecuada ofreciendo alternativas con fármacos más seguros.

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado en una residencia (Decanos), concertada con la Gerencia de Servicios Sociales de Ávila. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, funcionales y mentales de los mayores de 65 años. Se recoge el tratamiento farmacológico completo de todos los residentes y utilizando los criterios de Beers se estima la prevalencia de prescripción inadecuada. Posteriormente un geriatra imparte formación específica al personal sanitario y prescriptor, ofreciendo alternativas y recomendaciones para disminuir la prescripción inadecuada. Después se evalúa en qué medida se ha conseguido modificar los tratamientos.

**Resultados:** Se obtienen datos de 124 residentes mayores de 65 años, que toman una media diaria de 7,8 fármacos. El 52,4% de los ancianos tienen demencia, el 37% están en tratamiento con antidepresivos y el 47,6% con hipnóticos. Más de la mitad de los residentes tienen un deterioro funcional moderado-grave (Barthel  $\leq 60$ ). Se observan 26 prescripciones inadecuadas (prevalencia de 20,9%). Tras la intervención realizada por Geriátría se consigue disminuir la dosis del 27% de las prescripciones inadecuadas, suspender una de ellas y sustituir por fármacos más seguros la mitad de los fármacos inadecuados que se utilizaban.

**Conclusiones:** Se puede mejorar la salud de los ancianos institucionalizados adecuando los fármacos que necesitan a su situación funcional, mental y clínica y a sus comorbilidades. Esto se consigue con una adecuada formación en farmacología y geriatría y colaborando los distintos profesionales que atienden a ancianos en los distintos ámbitos.

#### PC-026. SARCOPENIA Y POLIMORFISMO UCP2-EXON 8 EN UNA POBLACIÓN DE ANCIANOS. ESTUDIO FRADEA

S. Alfonso Silguero, G. Varo Sánchez, M. León Ortiz, M. Carrión González, J. Jordán Bueso y P. Abizanda Soler

Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

**Objetivos:** Describir la posible asociación entre sarcopenia y el polimorfismo de inserción en el exón 8 del gen de la proteína desacoplante 2 (UCP2, Uncoupling Protein 2) en una cohorte de ancianos.

**Métodos:** 466 mayores de 70 años del estudio FRADEA que aceptaron realizarse una impedanciometría (modelo Tanita) y una analítica para determinación de biomarcadores. La masa muscular (SM) se determinó aplicando la fórmula de Janssen. Posteriormente se calculó el índice musculoesquelético (SMI) mediante la fórmula  $SMI =$

$SM/altura^2$ . Se aplicaron los criterios de sarcopenia severa de Janssen, en hombres  $SMI \leq 8,50 \text{ kg/m}^2$  y en mujeres  $SMI \leq 5,75 \text{ kg/m}^2$ . La extracción de ADN genómico se realizó a partir de una muestra de sangre total. Mediante la técnica de PCR, utilizando cebadores diseñados a tal fin, se determinó la presencia de la inserción/deleción de 45 pares de bases en la región 3' no traducida del exón 8 del gen de la UCP2. Se analizó la asociación entre la sarcopenia y el polimorfismo de inserción en el exón 8 del gen UCP2 ajustada por covariables de control.

**Resultados:** La edad media fue 76,2 años (DE 4,3), y el 53,2% fueron mujeres. 80 participantes cumplían criterios de sarcopenia severa (17,2%). De los 463 sujetos con determinaciones válidas estudiados para el polimorfismo de inserción en el exón 8 del gen UCP2, 230 (49,4%) eran homocigotos para la mutación (*del/del*), 195 (41,8%) eran heterocigotos (*del/ins*) y 38 (8,2%) tenían genotipo mutado (*ins/ins*). Los sujetos sarcopénicos tuvieron un riesgo crudo mayor de presentar el genotipo *ins/ins* que *del/del* (OR 2,88; IC95% 1,31-6,31). Al ajustar por covariables (edad, género, índice de masa corporal, Barthel, MMSE, índice de Charlson y diabetes mellitus), los ancianos sarcopénicos tuvieron un mayor riesgo de presentar el genotipo *ins/ins* que *del/del* (OR 3,45; IC95% 1,24-9,57).

**Conclusiones:** Existe una asociación entre la sarcopenia y el polimorfismo de inserción en el exón 8 del gen UCP2. La sarcopenia en ancianos se asocia con el genotipo *ins/ins*.

#### PC-027. MORTALIDAD PRECOZ EN LA FRACTURA DE CADERA

J.D. Duran Sanclemente, E. García Restoy, J.H.J. Torviso, M. Capó y M.T. Muñoz Fernández

Consorci Sanitari. Hospital de Terrassa. Barcelona.

**Objetivos:** Analizar causas de muerte y las características de los pacientes fallecidos durante los 30 días siguientes a haber sufrido una fractura de cadera.

**Métodos:** Se han revisado las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Geriátría de Agudos (UGA) del Hospital de Terrassa entre enero de 2006 y agosto de 2010 que fallecieron dentro de los 30 días siguientes a sufrir una fractura de cadera. Entre los datos recogidos figuran edad, sexo, índice de Charlson, índice de Barthel basal, antecedente de deterioro cognitivo, tipo de fractura, tipo de tratamiento, y causa de la muerte.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado, ingresaron en la UGA un total de 485 pacientes con fractura de cadera. Fallecieron 38 pacientes (7,8%), trece de los cuales no llegaron a ser intervenidos y 25 (5,1%) fallecieron durante los 30 días siguientes a la intervención. El 52,6% eran mujeres y el 47,4% eran varones. La media de edad  $\pm$  DE es de  $88,1 \pm 5,7$  años (min: 76; máx: 100) y la mediana es de 88,5 años. El 53% de los casos se trataban de fracturas intracapsulares y el 47% de fracturas extracapsulares. La media  $\pm$  DE del índice de Barthel era de  $4,2 \pm 2,6$ . El 50% de los pacientes tenían un índice de Barthel basal  $> 75\%$  y el 18,4% presentaban deterioro cognitivo con GDS-FAST  $\geq 5$ . Causas de muerte: Patología cardíaca: 16 (42%) (síndrome coronario agudo, 10 casos; muerte súbita, 2 casos; insuficiencia cardíaca, 4 casos). Patología respiratoria: 10 (26,3%) casos (broncoaspiración, 4 casos; neumonía, 3 casos; TEP, 3 casos). Patología abdominal: 8 (21%) casos (hemorragia digestiva, 4 casos; oclusión intestinal, 2 casos; abdomen agudo, 1 caso, isquemia intestinal, 1 caso). Otras causas: Accidente vascular cerebral, disección aórtica, embolia grasa, fallo multiorgánico.

**Conclusiones:** La causa de muerte más frecuente durante el mes siguiente a sufrir una fractura de cadera ha sido la cardiopatía isquémica aguda, seguida de las neumonías, broncoaspiración y TEP. Destaca también que una de cada 5 muertes estuvieron relacionadas con patología abdominal de diversa índole, especialmente hemorragia digestiva.

### PC-028. UN AÑO DE EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL BIRMINGHAM (F. MATIA): ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

E. Fernández Arín, M.A. Altzela Etzezarreta, M. Barandiaran Amillano, M. Cerezal Oronoz, O. Pérez Ormaetxea e I. Antón Rodrigo  
*Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matia. San Sebastián.*

**Objetivos:** Analizar el primer año de actividad de una unidad de media estancia psicogeriatrica.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Resultados:** Unidad de 13 camas, dirigida a la atención de personas con demencia que presentan inestabilidad clínica por la presencia de síntomas psicológicos y conductuales. 104 casos, 56 hombres. Edad media: 80.GDS medio: 6. Barthel medio al ingreso 47, al alta de 62. Estancia media 30 días. 99 viven en la comunidad, 41 con su cónyuge, 26 solos y 23 con hijos. 55% de institucionalización al alta, 5 fallecen. Procedencia: 29 atención primaria, 28 medicina interna, 15 neurología, 12 paciente crónico, 8 psiquiatría. Analizando los informes de alta, el 41% mencionan el diagnóstico etiológico de demencia entre los antecedentes, un 47% no lo mencionan. Al alta diagnóstico etiológico de demencia en el 46% de los informes, un 1% describen diagnóstico de deterioro cognitivo y en un 1% no mencionan presencia de deterioro. Actividad de la Unidad: nuevo diagnóstico de demencia en 50%. Se realizan 57 valoraciones neuropsicológicas. Diagnóstico etiológico en el 69%: 44 Alzheimer, 13 demencia vascular, 10 DFT, 7 demencia mixta, 5 Lewy. Síntomas neuropsicológicos registrados por su elevada intensidad y frecuencia: delirio 56%, depresión 43%, agresividad 35%, insomnio 33%, actividad motora sin objeto 28%, rechazo al cuidado 26%, irritabilidad 24%, impulsividad 24%, alteración del ciclo sueño vigilia 21%, apatía 20%, agitación 17%, vagabundeo 11%, acatisia 6%. Ajustes realizados en el tratamiento psicofarmacológico: IACEs previos 26 al alta 33, memantina previa 13 al alta 20, neurolépticos típicos previos 23 al alta 6, neurolépticos atípicos previos 53 al alta 44, antidepresivos previos 46 al alta 73, anticomieles previos 15 al alta 28, benzodiazepinas previas 57 al alta 43. Se gestiona la autorización para autopsia cerebral en 6 casos.

**Conclusiones:** Bajo diagnóstico sindrómico y etiológico de demencia entre la población geriátrica. Es necesaria mayor formación sobre el manejo de los síntomas neuropsicológicos para reducir el empleo de psicofármacos. Peso de la atención al paciente con demencia en la familia, siendo el cuidador principal una persona de edad avanzada. Los síntomas psicológicos y conductuales son fuente de institucionalización. Es necesario potenciar la autorización de la autopsia cerebral postmortem.

### PC-029. UNIDAD DE PALIATIVOS EN URGENCIAS DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

M. Herrera Abián, F.J. Soria Perdomo, E. García Gómez, B. Alvira Rasal, G. Megía Baeza y A.M. Moreno Collado  
*Hospital Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.*

**Introducción:** En los últimos años vemos un incremento en la prevalencia de pacientes con enfermedad terminal. Estos pueden presentar urgencias relacionadas con un tumor, o no oncológicas; astenia, anorexia, astenia, dolor o claudicación familiar. En nuestro centro la atención a los pacientes de urgencias se hace desde el servicio de geriatría, formado también en cuidados paliativos. El objetivo de este estudio es describir la población paliativa que es atendida en urgencias, y el protocolo de actuación para derivar al paciente a la unidad más adecuada para su cuidado.

**Métodos:** Durante el último semestre de 2011 se desarrolló un estudio descriptivo de forma prospectiva, en el marco del servicio de urgencias. Tras la identificación del paciente paliativo por el servicio de urgencias, se avisa directamente al médico paliativista/geriatra, éste realiza la valoración del paciente, identifica el diagnóstico prin-

cial, motivo de consulta y los síntomas, y se organiza junto con la enfermería de paliativos y trabajadora social la derivación de forma prioritaria; a camas de hospitalización, ESAD, Unidades de cuidados paliativos UCP, o residencia.

**Resultados:** Un total de 126 pacientes valorados; una media de 5 pacientes semanales. En cuanto a la patología principal que presentaban; oncológicos: 79%; de estos, pulmón (25%), digestivo (15%), hematológico (10%), faringe (9%), melanoma (4%), próstata (10%) y ginecológicos (6%). no oncológicos; 21%; de éstos: demencia terminal (12%), EPOC (4%), insuficiencia cardíaca y/o renal (5%). Los principales síntomas que motivaron consulta en urgencias fueron: fiebre 29%, disnea 24%, dolor 19%, agitación/trastorno de conducta 11%, náuseas/vómitos 9%, claudicación familiar 8%. Estancia media en urgencias: 38 horas, siendo derivados a: hospitalización preferente 42%, ESAD / MAP 29%, UCP 9%, y residencias 20%.

**Conclusiones:** Identificar al paciente paliativos precozmente, activa el protocolo de paliativos en urgencias y agilizar los trámites, minimizando la estancia en urgencias de estos pacientes. La causa más frecuente de consulta en urgencias es fiebre, disnea y dolor. El diagnóstico más frecuente es tumoral, pero con alto porcentaje de enfermedad no oncológica en nuestro área, con gran número de pacientes institucionalizados.

### PC-030. COLECISTITIS AGUDA EN ANCIANOS: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO frente a CONSERVADOR

M.D.P. Bao Alonso, J.E. Mandujano Valencia y S. Ariño Blasco  
*Hospital General de Granollers. Barcelona.*

**Objetivos:** 1. Evaluar las características demográficas, institucionalización previa y comorbilidad de los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de colecistitis aguda. 2. Comparar el tiempo de estancia media, la tasa de reingresos, aparición de complicaciones entre los pacientes colecistectomizados y los que reciben tratamiento conservador. 3. Comparar la tasa de mortalidad entre ambos grupos de pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y comparativo. Se incluyeron 96 pacientes mayores de 64 años con el diagnóstico de colecistitis aguda que ingresaron en los servicios de Cirugía, Medicina interna y Unidad de Agudos de geriatría del Hospital General de Granollers, entre enero del 2009 y diciembre del 2011. Se valoraron variables demográficas, índice de Barthel, comorbilidad (Í. Charlson modificado por edad), institucionalización previa, diagnóstico por imagen, alteraciones analíticas, aparición de complicaciones, tasas de reingresos, ubicación al alta y tasas de exitus. Se compararon las variables, mediante las medianas y rango intercuartil, entre los grupos de pacientes colecistectomizados y los de tratamiento conservador, para las variables categóricas se realizó el test de chi cuadrado y para variables cuantitativas, el test de U de Mann Whitney. Se utilizó el programa SPSS versión 17.0.

**Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes. En el grupo de colecistectomía, 76 pacientes, con edad media de 78 años (73-82) 72% fueron hombres, Barthel medio 100 (88-100), Institucionalización previa 8% e Í. Charlson medio 4 (3-5). Días de estancia media 9 (6-16). Tasa de complicaciones 50%. En el grupo de tratamiento conservador, 20 pacientes, con edad media de 85 años (75-91). 60% fueron hombres, Barthel medio 60 (0-95), Institucionalización previa 35%, Í. Charlson medio 6. Días de estancia media 11 (6-19). Tasa de complicaciones 73%. La mortalidad intrahospitalaria en grupo de colecistectomizados alcanza 4% y en el de tratamiento conservador fue de 25%. Las variables edad, Í. Barthel, Í. Charlson, previamente institucionalizados, exitus, tasas de reingresos, comparando ambos grupos, tienen diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Colecistectomía es segura y apropiada, tienen menos complicaciones, menos reingresos hospitalarios y menor mortalidad. Pacientes con más comorbilidades son menos operados, pero la comorbilidad aisladamente no debe contraindicar la cirugía.

### PC-031. UNIDAD DE GERIATRÍA EXTERNA: MODELO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

F. Soria Perdomo, M. Herrera Abián, E. García Gómez, B. Alvira Rasal, G. Megía Baeza y A.M. Moreno Collado  
*Hospital Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.*

**Introducción:** La continuidad asistencial se entiende como una colaboración entre los distintos niveles asistenciales con el objetivo de prestar atención de gran calidad y costo efectiva. Ante esto, desde 2008 existe en nuestro hospital la unidad de geriatría externa (UGE) que sirve de nexo continuo entre hospital, atención primaria y las residencias geriátricas; el geriatra se traslada a la residencia, realiza su valoración, integrando una base de datos común y facilitando también la actividad del médico de atención primaria. También se incluye a los cuidados paliativos, siguiendo pacientes derivados desde el servicio de geriatría a las residencias.

**Métodos:** Un geriatra visita cada día una residencia, realiza valoración integral, supervisa pacientes tras el alta y revisa tratamientos incorporando información a la web del Hospital. También presta asistencia telefónica de lunes a viernes. Organiza también talleres de formación y de sesiones científicas.

**Resultados:** Desde su creación la actividad ha aumentado desde 453 visitas en el 2008 hasta más de 2.700 en el 2011. En total aproximadamente 800 de los 1.300 pacientes institucionalizados son seguidos por la UGE. Los motivos de consulta más frecuentes son: la valoración de demencias y deterioro funcional en 59%; tramitación de oxigenoterapia, suplementos nutricionales, sillas de ruedas, andadores en 15%; también el seguimiento de pacientes paliativos en 6% de las visitas. Se detectó polifarmacia en el 60% de los pacientes, y se redujo una media de tres fármacos en cada visita. Se realizaron en promedio de 3 talleres al año orientados a la valoración de demencias, evaluación nutricional y manejo de dolor.

**Conclusiones:** La UGE permite que los pacientes geriátricos institucionalizados cuenten en todo momento con un especialista en geriatría en su propio domicilio. Asesoría al personal de la residencia para diseñar el tratamiento y seguimiento adecuados aportando atención integral disminuyendo tratamientos fútiles y agilizando la tramitación de visados para tratamientos especializados. Facilita la colaboración entre los distintos niveles asistenciales trabajando de forma coordinada con los médicos de familia, optimizando los recursos y evitando desplazamientos innecesarios, así como disminuyendo la carga burocrática en los centros de salud.

### PC-032. PERFIL DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON PATOLOGÍA NO ONCOLÓGICA ATENDIDO POR UN EQUIPO DE SOPORTE

E.M. García Hervias, C. Domínguez Lorenzo, P. Aira Ferrer, I. García Verde, E. Molina Baltanás y S. Muelas González  
*Servicio ESAD. Madrid.*

**Objetivos:** Describir el perfil del paciente geriátrico con patología no oncológica atendido por un Equipo de Soporte.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes no oncológicos > 65 años atendidos por un Equipo de Soporte entre noviembre de 2009 y noviembre de 2011. Se recogieron las siguientes variables al ingreso del paciente en el programa: edad, sexo, lugar y servicio de procedencia, motivo de derivación, diagnóstico principal causante de incapacidad y número de diagnósticos, número y tipo de síndromes geriátricos, índice de Barthel, índice de Lawton y PPS, presencia de síntomas y número de fármacos al ingreso.

**Resultados:** 180 pacientes, con una edad media de 82 años (66-104), 63,8% mujeres,  $3 \pm 1,86$  diagnósticos,  $6,47 \pm 2,8$  fármacos,  $5,8 \pm 3,8$  síndromes geriátricos, alto grado de incapacidad funcional (media de Barthel de 20, media de Lawton entre 0-1 y PPS 30-40) y frecuente deterioro cognitivo acompañante. El 55,5% procedían de Atención Primaria, un 13,8% de medios residenciales y el resto de

Atención Especializada. El 54,4% fue derivado para control de síntomas y un 22,2% por situación de últimos días. Más de la mitad de las patologías atendidas la constituyeron los ancianos frágiles de alto riesgo pluripatológicos (entendiendo por ello > 3 patologías sin que ninguna de ellas fuera terminal) (29,4%) junto con las demencias en fases avanzadas (23,3%), seguidos de las enfermedades respiratorias en un 17,7% y de las cardíacas en un 10%. Los síntomas predominantes al ingreso fueron: dolor (36,6%), disnea (25%), síndrome confusional (20%), síndrome constitucional (20%) y proceso agónico (19,4%).

**Conclusiones:** Los Equipos de Soporte son unidades interdisciplinarias con experiencia y capacitación en Geriatría y Cuidados Paliativos que trabajan en la asistencia, entre otros, de pacientes geriátricos apoyando a los equipos de Atención Primaria. El perfil atendido es el de un paciente muy anciano, con pluripatología, polifarmacia, deterioro funcional severo, deterioro cognitivo moderado-severo, frecuente presencia de síndromes geriátricos y una no desdeñable carga sintomática. Por lo tanto se trata de un perfil de paciente de manejo complejo, en situación de enfermedad avanzada y/o terminal, que hace necesaria la adopción de fórmulas asistenciales y organizativas en el domicilio que garanticen la continuidad de la atención.

### PC-033. ACTIVIDAD EN EL DOMICILIO CON PACIENTES GERIÁTRICOS DE UN EQUIPO DE SOPORTE

C. Domínguez Lorenzo, E.M. García Hervias, P. Aira Ferrer, E. Molina Baltanás, I. García Verde y M. Vicente Aedo  
*Servicio ESAD. Madrid.*

**Objetivos:** Describir la actividad asistencial de un Equipo de Soporte con pacientes geriátricos y patología no oncológica.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes no oncológicos > 65 años atendidos en su domicilio por un Equipo de Soporte entre noviembre de 2009-2011. Variables recogidas: datos demográficos, lugar de procedencia, motivo de derivación, diagnóstico principal, demora en días para 1ª visita, número de ingresos hospitalarios, existencia de instrucciones previas, grado de conocimiento del paciente de diagnóstico y pronóstico, perfil del cuidador, días de estancia en programa, número de visitas, número de llamadas telefónicas de control, utilización de la vía subcutánea y motivos de salida del programa.

**Resultados:** 180 pacientes, con una edad media de 82 años (66-104), 63,8% mujeres, pluripatológicos y con deterioro moderado-severo. Más de la mitad procedían de Atención Primaria, con una demora para la primera visita de  $3,4 \pm 3$  días. El 54,4% fue derivado para control de síntomas y un 22,2% por situación de últimos días (SUD), permaneciendo en programa < 1 mes un 62% y de ellos, un 47% < 7 días. La media de visitas por paciente fue de 7,32 y de llamadas 15,62. En 103 pacientes se utilizó la vía subcutánea, mitad para control sintomático y mitad por SUD. Conocían diagnóstico un 37,7% de los pacientes y un 10,5% pronóstico; 2 pacientes de los 180 tenían otorgadas instrucciones previas al entrar en programa y 6 más lo hicieron a lo largo del proceso asistencial. El 86% de los cuidadores eran mujeres, con presencia de sobrecarga medida por escala de Zarit. Los motivos de salida fueron: 53,3% exitus (81% en domicilio), 22,2% alta por mejoría, 10,5% ingreso en medio sociosanitario y 14% ingreso en unidades hospitalarias.

**Conclusiones:** Los Equipos de Soporte trabajan en el domicilio apoyando a los equipos de Atención Primaria. La actividad descrita refleja pacientes ancianos en situación de enfermedad muy avanzada, derivados fundamentalmente desde Atención Primaria, que permanecen poco tiempo en programa, y que fallecen en su domicilio pese a la sobrecarga de sus cuidadores, gracias a un proceso sistemático de atención que tiene en cuenta el carácter multidimensional de las necesidades del proceso crónico evolutivo.

### PC-034. PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 65 AÑOS

P. Fernández López<sup>1</sup>, J.F. Villena Martín<sup>1</sup>, I. Quirante Díaz<sup>1</sup>, A. Hermoso Sabio<sup>1</sup>, F.J. Díaz Siles<sup>1</sup>, N. Valenzuela Pulido<sup>1</sup> y J. García-Valdecasas Valverde<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Consultorio SAS. Granada. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) son las responsables en la actualidad del 77% del ingreso de pacientes en tratamiento dializador. La comorbilidad con otras enfermedades responsables de los eventos cardiovasculares aumentan también el riesgo de enfermedad renal. El objetivo de este estudio es ver la prevalencia de la insuficiencia renal (IR) en pts. diabéticos con o sin HTA y dislipemia dentro de una zona básica de salud separados en dos grupos: menores y mayores de 65 años.

**Métodos:** Se estudian a 1.493 pts. DM de 21 médicos de atención primaria de una zona básica de salud realizando un estudio descriptivo observacional. De ellos seleccionamos (tabla 1). Estimamos el filtrado glomerular (eFG) calculado con la formula CKD-EPI, considerando de acuerdo a las guías KDOQI insuficiencia renal a un eFG < 60 ml/min  $\times$  1,73 m<sup>2</sup>. Se realiza estudio estadístico con test de chi-cuadrado.

Tabla 1

	Menores 65	Mayores 65
Pacientes diabéticos totales	567	926
Pacientes con DM aislada	144	105
Pacientes con DM + HTA	119	334
Pacientes con DM + Dislipemia	89	52
Pacientes con DM + HTA + Dislipemia	200	427

**Resultados:** Se presentan en la tabla 2.

Tabla 2

	Menores 65	Mayores 65
Prevalencia de la IR en los pacientes DM	2,7%	18%
Prevalencia en la DM con dislipemia	4,5	7,7%
Prevalencia en la DM con HTA	2,5%	33,5%
Prevalencia en la DM con HTA y con dislipemia	10%	35,8%

**Conclusiones:** Observamos que la prevalencia de la IR en los pacientes que tienen solo DM se multiplica por 6 en los pacientes mayores de 65 años. La prevalencia en pacientes DM con Dislipemia se multiplica por 1.5 al ser mayores de 65 años. La prevalencia en pts. DM con HTA se multiplica por 13 al ser mayores de 65 años. La prevalencia de la IR en pacientes Dm con HTA y con Dislipemia se multiplica por 3 en pacientes mayores de 65 años.

### PC-035. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN LOS 3 PRIMEROS MESES TRAS EL ALTA

N. Fernández Martínez, J. Martín Márquez, A. González Ramírez, V. Mazoterías Muñoz, J. Gil Moreno y F.M. García-Navas García Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Objetivos:** Determinar factores relacionados con la mortalidad de pacientes que ingresan por fractura de cadera con seguimiento los primeros 3 meses.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes con fractura de cadera durante los primeros nueve meses del 2011 y seguimiento de 3 meses. Se recogen variables demográficas, fallecimiento, estancia, situación funcional y mental, desnutrición, autonomía en la deambu-

lación, reingreso, y si se traslada al servicio de Geriátría. Se emplea paquete estadístico SPSS 15.0.

**Resultados:** De los 191 pacientes recogidos de forma consecutiva, 43 son varones (22,4%), y 149 mujeres (77,6%). Edad media de 84,63  $\pm$  5,84, y estancia media de 5,82  $\pm$  3,09 días. Situación funcional previa: Barthel de 65  $\pm$  27,2, y mental: test de Pfeiffer de 4,26  $\pm$  3,56. La mayoría antes de la fractura son autónomos: 130 (67,7%), pero quedan en descarga al alta 102 pacientes (53%). En los 3 primeros meses fallecen 33 (17,2%), y reingresan 32 (16,7%). El principal servicio de reingreso es Geriátría (23 pacientes, 12%), y Medicina Interna (4 pacientes, 2,1%). La causa más frecuente de reingreso es infección respiratoria (15 pacientes, 7,8%), insuficiencia cardíaca (4 pacientes, 2,1%), y otras infecciones (4 pacientes, 2,1%). Se trasladan al servicio de Geriátría 8 pacientes (4,2%). Se analiza estadísticamente la influencia en la mortalidad de: edad (p = 0,048), estancia media (p = 0,538), situación funcional (p = 0,001), situación mental (p = 0,000), desnutrición (p = 0,522), y autonomía en deambulación (p = 0,171), siendo la edad, situación funcional y mental los factores con significación estadística.

**Conclusiones:** 1. La situación funcional, mental y la edad son los principales factores que influyen en la mortalidad precoz de los pacientes. 2. La mortalidad en nuestra muestra es sensiblemente inferior a otras series. 3. Casi el 20% los pacientes sufren alguna complicación médica que obliga a su ingreso, fundamentalmente en el servicio de Geriátría (ya sea por traslado o por reingreso), en los primeros 3 meses tras la cirugía. 4. La patología cardiorrespiratoria es la principal causa de complicación en pacientes con fractura de cadera.

### PC-036. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: UNA ALTERNATIVA SEGURA PARA EL PACIENTE GERIÁTRICO

A. Aguilera Zubizarreta<sup>1</sup>, Y. Díaz Hoyas<sup>1</sup>, E. Marco Navarro<sup>2</sup>, L.A. García Secadas<sup>3</sup>, P. Sanroma Mendizabal<sup>1</sup>, M. Pi-Figueras Vals<sup>2</sup> y D. García Sanchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Parc Salut Mar. Hospital del Mar-Esperança. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio Cántabro de Salud. Santander.

**Introducción:** La hospitalización a domicilio (HaD) es una alternativa segura a la hospitalización convencional (HC), para pacientes agudos de cualquier edad. Diferentes estudios han demostrado que la HaD tiene menor incidencia de delirium y complicaciones clínicas, menor uso de sedantes y restricciones químicas, con mayor satisfacción por parte del paciente y sus familiares.

**Objetivos:** Demostrar que la HaD es una alternativa segura para el paciente geriátrico.

**Métodos:** Analizamos retrospectivamente 1403 pacientes que habían ingresado durante un año en una unidad de HaD. Se evalúan edad, sexo, servicio de procedencia, destino al alta y la estancia media (EM). Estratificamos por edades; < de 65 años, 66  $\leq$  85 y > 85 años, comparamos la EM en los tres grupos, los reingresos y el porcentaje de exitus. Comparamos el porcentaje de exitus y la EM para esos grupos en los pacientes ingresados en hospitalización convencional.

**Resultados:** Ingresaron pacientes 534 de 66 a 85 años con una EM de 15,43 días, el 87,45% fue dado de alta a domicilio, reingresaron un 9,73% (32,6% por complicación clínica) y el porcentaje de exitus fue 2,62%. Entre los mayores de 86 años, que fueron 231, la EM fue de 13,09 días, el 82,25 fueron dados de alta a domicilio, reingresaron un 9,09% (42,85% por complicación clínica) y el 8,22% falleció. Entre los ingresados en el hospital, la EM en el grupo de 66 a 85 años fue de 15,7 días con un 6,7% de exitus y en los mayores de 85 años la EM fue de 9,07 días con un 14,07% de exitus.

**Conclusiones:** La EM y exitus en el grupo de 66 a 85 años es menor en los pacientes ingresados en HaD con una diferencia estadísticamente significativa (p < 0.05), en el grupo de mayores de 85 años la

EM fue superior pero el porcentaje de exitus menor ( $p < 0,05$ ), por lo que a pesar de las limitaciones del estudio (bases de recogida de datos diferentes y no se recoge el perfil de los pacientes), a la vista de los resultados podemos concluir que la HaD es tan segura como la HC para los pacientes ancianos.

#### **PC-037. ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS) EN EL CENTRO DE ESTANCIAS DIURNAS (CED) DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER SAN RAFAEL, CÓRDOBA**

M. Pinilla Fernandez-Castañón<sup>1</sup>, A. Pastor<sup>1</sup>, G. Urbano<sup>2</sup>, M.J. Cielos Cortes<sup>3</sup>, C. de Linares<sup>4</sup> y E. Granizo Zafrilla<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio Andaluz de Salud. Córdoba. <sup>2</sup>UED Alzheimer San Rafael. Córdoba. <sup>3</sup>Residencia. Córdoba. <sup>4</sup>Servicio Andaluz de Salud. Málaga.

**Introducción:** La prevalencia de la demencia está muy relacionada con la edad de la población. En nuestro medio tenemos un alto índice de envejecimiento. La pluripatología, está también asociada a una población envejecida. El servicio Andaluz de Salud, a través de su Plan Andaluz de Alzheimer, envía una vez en semana a los Centros de Estancias Diurnas de Alzheimer a un médico de S.A.S. (en este caso geriatra) y a una enfermera (en este caso enfermera de enlace) para proporcionar asistencia sanitaria a los dementes que acuden al centro, realizar los trámites necesarios en materia asistencial y de prestaciones y apoyar a los servicios sanitarios del mismo (en este caso enfermera). Acuden 61 pacientes con diferentes tipos de demencia, en diferentes estadios evolutivos, mediante transporte adaptado para realizar las terapias necesarias en cada caso.

**Métodos:** Características de los pacientes: total de pacientes: 61. Sexo: hombres 36,33%, mujeres 66,33%. Edades: < 61: 1, 61-70: 4, 71-80: 30, 81-90: 23, > 91: 2.

**Resultados:** Total consultas: 274. Días de consulta/año 2011: 40. Media de consultas/día: 6,8. Los motivos más frecuentes de consulta: Respiratorio: 35; Dermatología: 35; Neurología: 17; Locomotor: 15; Eliminación: 13 (estreñimiento, vómitos y diarreas, fecalomas, incontinencia,...); Oftalmología: 11; Cardiovascular: 10; Psiquiatría: 9; Otras: 20 (metabólica 8, urología 8, ORL 5, digestiva 5...); Otras consultas: 20 (familiares, trámites legales, dudas terapéuticas...).

**Conclusiones:** Los pacientes con demencia presentan gran cantidad de patología asociada que requiere asistencia sanitaria con frecuencia. Presentan dificultades para acudir a centros de salud e implican a la familia para realizarlas. El desplazamiento de personal sanitario del SAS de forma periódica al centro facilita la asistencia sanitaria y libera a los familiares de parte de la carga. Este tipo de prestación es bien recibido por el centro y familias con un alto índice de satisfacción.

#### **PC-038. EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN UN ÁREA DE PSICOGERIATRÍA SEGÚN DISTINTAS PATOLOGÍAS MENTALES**

R. de Paz Canto, J.A. Gallego Moreno, A.J. Briz Iglesias, E. Sánchez Santamaría, S. Lacovici y M.C. García de Dionisio Contreras

Complejo Asistencial Benito Menni. Ciempozuelos. Madrid.

**Objetivos:** Buscar diferencias en relación a las caídas entre los pacientes con demencia y los pacientes con otras patologías mentales. Describir la distribución de caídas según grupo patológico. Determinar cuál es el síndrome patológico que mayor incidencia presenta en la aparición de caídas.

**Métodos:** El Complejo Asistencial Benito Menni posee un área de Psicogeriatría donde se encuentran internados un total de 212 residentes, con un índice de Barthel medio de 50,82 y una edad media de 76,87 años. De estos pacientes, 41,50% presenta dependencia severa (Barthel: < 45), 13,67% dependencia moderada (Barthel: 45-60), 36,79% dependencia leve (Barthel: 65-95) y 8,01% son independi-

entes (Barthel: 100). Las patologías mentales se distribuyen en esquizofrenia 32,07%, retraso mental 28,77%, demencia 19,81%, trastorno bipolar 9,90%, y trastorno delirante crónico 9,43%. Los datos se han obtenido a partir de los registros de caídas comprendidos entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2011 en el área de psicogeriatría. Estos registros de caídas responden a un protocolo autorizado por el Complejo. Se extractan los diagnósticos correspondientes a un total de 427 caídas durante ese periodo de tiempo. Como método estadístico se utilizó chi-cuadrado para la comparativa entre pacientes con demencia y aquellos que presentan otra patología psicogeriatrica (retraso mental, esquizofrenia, trastorno delirante crónico, trastorno bipolar). Posteriormente se describió la distribución entre distintas patologías psiquiátricas dentro de esta población.

**Resultados:** El valor de chi-cuadrado obtenido fue de  $p = 0,975$ , siendo superior al nivel de significación para  $p < 0,05$ , por lo que no existen diferencias significativas entre las caídas producidas en pacientes con demencia y el resto de pacientes con patologías mentales. Del total de caídas, 31,85% corresponden a pacientes con retraso mental, 26,69% a demencias, 25,05% a esquizofrenia, 11,24% a trastorno bipolar y 5,15% a trastorno delirante crónico.

**Conclusiones:** No existen diferencias significativas entre pacientes con demencia y pacientes con otras patologías mentales. Observamos una mayor incidencia de caídas en pacientes geriátricos con patología mental que presentan retraso mental y demencia.

#### **PC-039. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. PROGRAMA GERO-HEALTH**

A. Sánchez Fernández<sup>1</sup>, T. Lorenzo Otero<sup>2</sup>, A. Maseda Rodríguez<sup>1</sup>, L. Lorenzo López<sup>1</sup>, A. Buján Mera<sup>2</sup> y J.C. Millán Calenti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de A Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. A Coruña.

<sup>2</sup>Centro Gerontológico La Milagrosa. A Coruña.

**Objetivos:** La educación a lo largo de la vida es uno de los instrumentos para el fomento de la autonomía y educación en valores de salud, parte fundamental de la atención integral del Estado de Bienestar. Esta investigación analiza la calidad y satisfacción de personas mayores de 65 años en A Coruña (Galicia) con un programa de promoción y prevención de la salud. El objetivo de esta evaluación es observar la calidad del proyecto de formación desarrollado.

**Métodos:** Se realizó un cuestionario ad hoc para que los participantes (media:  $72,4 \pm 8,9$  años;  $N = 34$ ) valorasen en una Escala Likert de 1 (mínima puntuación) a 5 (máxima puntuación) las características técnicas, el programa formativo y el grado de satisfacción con otros elementos del programa. Equipos intergeneracionales de dos voluntarios (un universitario y un mayor de 65 años), formados por el grupo de investigación, impartieron por diversas asociaciones las conferencias temáticas en materia de envejecimiento saludable en asociaciones y colectivos de personas mayores.

**Resultados:** Los resultados mostraron puntuaciones elevadas para las siguientes cuestiones: Adecuación de cada tema a los objetivos del proyecto ( $4,5 \pm 0,6$ ), Nivel de información aportado ( $4,3 \pm 0,8$ ), Nivel de información aportado ( $4,3 \pm 0,8$ ), Claridad en la exposición ( $4,6 \pm 0,8$ ), Soporte visual utilizado ( $4,7 \pm 0,6$ ), Valor del testimonio aportado por los ponentes ( $4,4 \pm 0,8$ ) y Nivel de aceptación, por parte de los/as alumnos/as ( $4,2 \pm 0,8$ ). Las instalaciones, el cronograma de sesiones formativas, la entrega de documentación y la capacitación de los formadores también fueron valoradas para conocer la calidad del programa, obteniendo puntuaciones similares a las mencionadas. El grado de satisfacción general con el programa fue muy positivo ( $4,6 \pm 0,7$ ), así como el grado de satisfacción general con el temario ( $4,4 \pm 0,7$ ) y el grado de satisfacción general con los profesionales ( $4,7 \pm 0,7$ ).

**Conclusiones:** El programa desarrollado demuestra tener una calidad notable según la valoración de sus participantes. Como sucede

con otros programas similares, debido a su importante aceptación, son necesarios más programas de promoción y prevención de la salud dirigidos a personas mayores como vía eficaz de intervención socio-sanitaria.

#### PC-040. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS NO ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Beroiz Groh y S. Altimir Losada

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** Existen pocas unidades hospitalarias dirigidas a la atención del anciano frágil en situación de final de vida. En 2011 se abrió una unidad en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, (Badalona) con los siguientes criterios de ingreso: ancianos con demencia estadio moderado-severo y dependencia previos que ingresan por una complicación médica aguda y/o pacientes independientemente de su situación basal con complicación médica o quirúrgica irreversible, tributarios a limitación del esfuerzo terapéutico. El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes ingresados.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogen las siguientes variables: servicio de procedencia, motivo de ingreso, características clínicas (comorbilidad, Charlson, polifarmacia, síndromes geriátricos), cognitivas (demencia, delirium, Pfeiffer), funcionales (Barthel previo, al ingreso y al alta, deambulación, continencia), y sociales (procedencia, cuidador principal, sobrecarga) así como el destino al alta.

**Resultados:** Se analizan 100 pacientes, con edad media de 86 años y predominio de mujeres (68%). Ingresan desde urgencias y la unidad de corta estancia (53%), medicina interna (12%), cirugía vascular (10%) y neurología (10%). El motivo de ingreso más frecuente es final de vida (26%: engloba declive, situación de últimas horas y negativa a la ingesta), siendo también importantes las infecciones 19%, ictus 19% y la isquemia arterial 12%. Desde el punto de vista cognitivo, el 74% tienen demencia, un 70% presentan delirium, con un Pfeiffer medio de 8.8. En la valoración funcional destaca un Barthel previo de 20. Un 47% no deambulan, el 79% presentan incontinencia urinaria, el 68% incontinencia fecal. El 72% vienen del domicilio y un 26% de residencia. El cuidador principal suele ser un hijo/a (53%) Respecto al destino al alta: exitus 44%, larga estancia 27%, domicilio 13%, residencia 10%.

**Conclusiones:** El perfil de paciente atendido en nuestra unidad es de una persona mayor, pluripatológica, con deterioro cognitivo y funcional en situación de final de vida, falleciendo un porcentaje importante en el hospital. Es difícil determinar el pronóstico de estos pacientes por lo que es importante un abordaje integral y especializado desde el ingreso.

#### PC-041. INICIAMOS EL CAMINO CON EL PROBNP: ANÁLISIS DE RESULTADOS EN LOS MUY MAYORES

S. Bartolomé Blanco, C. Castro Cristóbal, F.M. Coca Díaz,

J.L. Coperias Zazo y R. Serrano Heranz

*Hospital del Henares. Madrid.*

**Objetivos:** Evaluar el proBNP en pacientes muy mayores relacionado con ICC o no y con determinadas variables, y su correcta indicación para diferenciar disnea.

**Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo de pacientes  $\geq 85$  años en los que se determinó valor de proBNP en urgencias del Hospital del Henares, desde su instauración el 6 de octubre de 2011, hasta el 8 de febrero de 2012.

**Resultados:** Se incluyeron 127 pacientes. Edad media  $89,2 \pm 3,5$  años (66,1% mujeres). 44,8% son  $\geq 90$  años. Barthel medio 69,7. El 30,7% de los pacientes con valor 2 en Escala Cruz Roja Física, y 44% con valor 0 en la escala mental. El 70,8% con Insuficiencia renal, de ellos el

76,6% en grado leve. Fallecieron el 7,8%. No estaba indicada determinación de proBNP en el 14,9%, y de ellos el 42% tenían valor  $> 2.000$ . De los pacientes con proBNP  $> 2000$ , el 76,5% tenía ICC. De los  $\geq 90$  años, el 98% de los proBNP  $> 2.000$  tenían ICC. Los pacientes con ICC ( $n = 65$ ; 51%) mantienen similar situación funcional y mental que la muestra general y que los pacientes sin ICC. El 52,3% tiene infección respiratoria, y el 67,7% insuficiencia renal. El 76,5% tiene valores de proBNP  $> 2000$ , de ellos el 75% además presenta insuficiencia renal y el 61% infección respiratoria. El 96% fueron ingresados. El 20% presentaron niveles de proBNP 400-2.000, y el 3,5%  $< 400$ . Fallecieron el 4,6% del total, todos con cifras proBNP  $> 11.000$ . En pacientes sin ICC ( $n = 62$ ; 49%), el 52,3% tiene Infección respiratoria, 67,7% insuficiencia renal. El 30,6% tiene valores proBNP  $> 2000$ , de ellos el 95% además presenta insuficiencia renal, el 47% infección respiratoria, el 10% síndrome coronario agudo, el 26% insuficiencia respiratoria crónica, 10% sepsis, y el 37% fueron dados de alta desde urgencias. 40,3% presentaron niveles de proBNP 400-2.000. La principal causa de ingreso fue infección respiratoria. Fallecieron el 11,3%.

**Conclusiones:** Valores de proBNP  $> 2.000$  en  $\geq 90$  años se correlacionan bien con el diagnóstico de ICC. Existe elevado porcentaje de determinaciones de proBNP no indicadas, que no ayudan al objetivo real de esta determinación.

#### PC-042. PARTICIPACIÓN DE UN GERIATRA EN UN COMITÉ DE TUMORES

J.D. Duran Sanclemente, S. Loutfi Jodra, M. Capo,

M. Llonch Masriera, E. Guevara Sierra, G. Canal

y L. Cuadra Llopart

*Consorci Sanitari. Hospital de Terrassa. Barcelona.*

**Objetivos:** Describir la intervención de un especialista en Geriátría en diferentes comités de tumores (pulmón, colon, urología), la participación en la toma de decisiones y la adecuación del Plan terapéutico.

**Métodos:** Se revisaron durante el año 2011 en el Consorcio Sanitario de Terrassa las historias clínicas de los pacientes presentados en los diferentes comités de Tumores (pulmón, colon, urología), en los que participan las especialidades de Oncología, Cirugía general Cirugía Torácica, Urología, Neumología Digestivo, Paliativa y Geriátría. Se tomaron en cuenta las siguientes variables para la toma de decisiones e individualización del plan terapéutico: edad, sexo, tipo de tumor y estadificación, comorbilidad, estado funcional, cognitivo, nutricional y soporte social.

**Resultados:** Comité de Urología: valoró un total de 117 pacientes, el 36% (43) tenían una edad igual o mayor a 75 años, De dicho grupo se derivaron a Cuidados paliativos el 18% (8), quedando con intención de tratamiento específico el 81% (35), sobre los cuales el geriatra intervino en el 37% de los pacientes (13). Comité de Pulmón: valoró un total de 84 pacientes, el 38% (32) tenían una edad igual o mayor a 75 años, Se derivaron a Cuidados paliativos el 59% (19), quedando con intención de tratamiento específico el 41% (13) sobre los cuales el geriatra intervino en el 38% de los pacientes (5). Comité de Colon: valoró un total de 102 pacientes el 41% (42) tenían una edad igual o mayor de 75 años, Se derivaron a Cuidados paliativos el 23% (10), quedando con intención de tratamiento específico el 76% (32) sobre los cuales el geriatra intervino en el 37% de los pacientes (12).

**Conclusiones:** La enfermedad neoplásica es una patología frecuente en los pacientes mayores de 75 años. Es importante tener en cuenta que una intervención especializada y multidisciplinar es importante para ajustar la toma de decisiones y el plan terapéutico a seguir con el fin de prevenir discapacidad, morbilidad y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Por eso consideramos relevante la participación de un Geriatra en la toma de decisiones de los pacientes mayores con patología oncológica.

#### PC-043. EVOLUCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Villaceros<sup>1</sup>, A. López<sup>2</sup>, S. García<sup>2</sup>, R. Moguel<sup>2</sup> y R. Carabias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid.

<sup>2</sup>Centro Asistencial San Camilo. Tres Cantos. Madrid.

**Objetivos:** Realizar una valoración descriptiva de la evolución del grado de dependencia de una población de residentes de un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid en el que se realizan actividades encaminadas a mejorar la capacidad funcional de los residentes mediante trabajo con actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estimulación cognitiva y terapias físicas.

**Métodos:** Durante 3 años consecutivos (2009 a 2011) se recogieron datos relativos al nivel de dependencia de todos los ingresados en estancias definitivas y temporales, mediante la escala Baremo Valoración de Dependencia (BVD). La muestra se compuso de 516 residentes, con media de edad de 85 años, 120 (23,26%) hombres y 396 (76,74%) mujeres.

**Resultados:** De los 516 residentes contabilizados, 167 (32,36% de la muestra) estuvieron ingresados durante el 2009, 166 (32,17%) durante el 2010 y 183 (35,47%) durante el 2011. Según la escala BVD; 108 (21%) se clasificaron sin dependencia, 47 (9%) Grado I: nivel 1, 31 (6%) Grado I: nivel 2, 43 (8%) Grado II: nivel 1, 55 (10%) Grado II: nivel 2, 119 (23%) Grado III: nivel 1 y 113 (21,90%) Grado III: nivel 2. Atendiendo a la evolución del grado, el número y porcentaje anual de residentes sin dependencia fue en aumento; siendo 29 (17%) en 2009, 38 (23%) en 2010 y 41 (22%) en 2011. Grado I se mantiene estable; siendo en el primer nivel 14 (8%), 15 (9%) y 18 (10%) y en el segundo nivel 10 (6%), 10 (6%) y 11 (6%) respectivamente. Grado II aumenta en el primer nivel; 8 (5%), 17 (10%), 18 (10%), mientras que en el segundo disminuye, 21 (12%), 16 (10%) y 18 (10%) respectivamente. Grado III disminuye en el primer nivel; 48 (29%), 35 (21%), 36 (20%), mientras que el segundo nivel se mantiene estable en porcentaje, 37 (22%), 35 (21%), 41 (22%).

**Conclusiones:** Siendo el nivel de dependencia elevado al ingreso, éste disminuye con la institucionalización, lo que apunta al beneficio de las actividades encaminadas a mejorar la capacidad funcional por parte de los residentes. Así, a grandes rasgos el cómputo total de dependencia en el centro se mantiene estable.

#### PC-044. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS: ESTUDIO DE FACTORES CLÍNICOS

J. Pla Vidal<sup>1</sup>, A. Garín Muga<sup>2</sup>, G.A. Baquero Mahecha<sup>1</sup>,

J.J. Marín Méndez<sup>1</sup>, P. Suárez López<sup>3</sup> y R. Sánchez-Ostiz Gutiérrez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra.

<sup>2</sup>Pamplona. <sup>3</sup>Centro de Estudios e Investigaciones Técnicas. San Sebastián.

<sup>3</sup>IDEA: Innovación y Desarrollo Asistencial. Pamplona.

**Introducción:** La depresión es la enfermedad psiquiátrica más prevalente en la ancianidad. Una amplia gama de factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la etiología de esta enfermedad en edades avanzadas. El estudio de los factores clínicos abre una puerta para el desarrollo futuro de estrategias de prevención de la depresión en estos pacientes.

**Objetivos:** Describir los cambios en los tractos de sustancia blanca (SB) cerebral en pacientes mayores con depresión como factor clínico de detección precoz y estudiar posibles formas de prevención.

**Métodos:** El grupo experimental (GP, n = 6) ha estado compuesto por personas con diagnóstico de depresión unipolar de aparición tardía. Este grupo se comparó con un grupo control de pacientes (GCP, n = 4) con depresión unipolar de aparición temprana y otro grupo control de personas sanas (GCS, n = 6), todos ellos > 60 años. La variable de estudio fue la fracción de anisotropía (FA). Se realizaron resonancia magnética cerebral a todos los sujetos y se compararon las tres muestras por medio de grupos pareados aleatorizados aplicando el estadístico t en base a los valores de FA. Se obtuvieron imágenes segmentadas del área cerebral corregidas de las corrientes de Foucault para lo

que se utilizó el FSL 4.1 con la herramienta *tract-based spatial statistics* (TASS).

**Resultados:** La fracción de anisotropía es mayor en el GCP, seguido del GCS, y menor en el GP. Los resultados revelan diferencias significativas en la FA en todas las comparaciones antes de correcciones ( $p < 0,01$ ), que al corregir se mantiene en la comparación GP vs GCP ( $p < 0,05$ ). Las principales diferencias se localizan a nivel temporal derecho y frontal.

**Conclusiones:** Hay diferencias en la FA en los tres grupos estudiados en el lóbulo frontal y lóbulos temporales. La FA puede ser una herramienta útil en la búsqueda de marcadores de riesgo para la depresión del anciano pero es necesaria la inclusión de un mayor número de pacientes para confirmarlo y obtener mejores interpretaciones clínicas.

#### PC-045. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO EN PACIENTES $\geq 75$ AÑOS SOMETIDOS A ABLACIÓN DEL FLUTTER AURICULAR TÍPICO

P. Cabanas Grandío, F.J. García Seara, J.L. Martínez Sande,

X.A. Fernández López, S. Raposeiras Roubín y J.R. González Juanatey  
Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña.

**Introducción y objetivos:** La ablación del istmo cavotricuspídeo es el tratamiento de elección del flutter auricular típico. Sin embargo, la información acerca de la calidad de vida a largo plazo en estos pacientes es escasa, especialmente en la población más envejecida. Nuestro objetivo fue evaluar la calidad de vida a largo plazo en pacientes  $\geq 75$  años sometidos a ablación del istmo cavotricuspídeo.

**Métodos:** Desde enero de 2003 a mayo de 2005 se incluyeron 94 pacientes consecutivos sometidos a ablación de flutter auricular típico. De ellos, 17 pacientes tenían  $\geq 75$  años. Tras un seguimiento medio (DE) de 6,3 (0,5) años 5 pacientes fallecieron. Por tanto, la muestra final analizada fue de 12 pacientes. A todos los pacientes se les autoadministró el cuestionario de salud SF-36 antes del procedimiento de ablación y en el seguimiento. Este cuestionario evalúa 8 dimensiones de la salud y dos componentes sumario (físico y mental). Se interpretó el cuestionario de acuerdo al manual de interpretación del mismo.

**Resultados:** La edad media de los pacientes en el momento del procedimiento fue 78,1 (2,6) años. 76,5% fueron mujeres. En el seguimiento, en todas las dimensiones de salud evaluadas por el cuestionario, excepto en la función física, la función social y el dolor corporal, se obtuvieron puntuaciones medias  $\pm$  DE superiores a las obtenidas en condiciones basales (función física  $64 \pm 26$  vs  $53 \pm 26$ ,  $p = 0,275$ ; rol físico  $45 \pm 45$  vs  $70 \pm 39$ ,  $p = 0,063$ ; dolor corporal  $76 \pm 31$  vs  $59 \pm 31$ ,  $p = 0,153$ ; salud general  $42 \pm 21$  vs  $43 \pm 20$ ,  $p = 0,837$ ; vitalidad  $44 \pm 29$  vs  $48 \pm 31$ ,  $p = 0,642$ ; función social  $84 \pm 24$  vs  $69 \pm 35$ ,  $p = 0,206$ ; rol emocional  $68 \pm 47$  vs  $73 \pm 41$ ,  $p = 0,591$ ; salud mental  $56 \pm 28$  vs  $62 \pm 35$ ,  $p = 0,472$ ); además, en el componente sumario mental la puntuación fue superior en el seguimiento frente al basal ( $46 \pm 13$  vs  $44 \pm 13$ ,  $p = 0,596$ ), en cambio en el físico la puntuación fue discretamente menor en el seguimiento ( $51 \pm 8$  vs  $49 \pm 5$ ,  $p = 0,473$ ).

**Conclusiones:** La ablación del istmo cavotricuspídeo proporciona una pequeña mejoría en la calidad de vida a largo plazo en pacientes con edad  $\geq 75$  años.

#### PC-046. HACIA CENTROS LIBRES DE RESTRICCIONES: EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA ELIMINACIÓN DE RESTRICCIONES FÍSICAS EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

M. Arrieta, M.J. Gárate, A. Olaizola, I. Iturriz, M. Idiaquez

y G. Mondragón

Centro Gerontológico Rezola. Fundación Matia. San Sebastián.

**Objetivos:** Diagnosticar la situación del centro en el uso de restricciones. Minimizar el uso de restricciones físicas. Analizar el impacto



de la "No restricción" en el centro, el residente, los profesionales e identificar buenas prácticas relacionadas con este proceso. Fomentar el espíritu creativo para organizar el centro sin restricciones.

**Métodos:** El Centro Gerontológico Julián Rezola de Fundación Matia está compuesto por 123 residentes con un perfil de gran dependencia tanto física como psíquica. Cuenta con 3 módulos psicogeriátricos de 14 personas cada uno. El perfil de residente es mujer, con 85 años de edad media. El 59% de los residentes presenta un Barthel inferior a 40 y el 70% un MEC inferior a 20. Al inicio del proyecto el 33% de usuarios tiene restricción física documentada dentro de su plan de cuidados, no habiendo analizado los residentes con barras en la cama o restricción química. Se han tomado distintas medidas pre-post intervención, de cara a evaluar los resultados: nº de personas a las que se elimina con éxito la restricción física; tasa de prevalencia del uso de restricciones; tasa de prevalencia de restricciones. Se incluye este indicador dado que habrá nuevos ingresos a los que no se impondrá restricción a pesar de traerla; nº de personas con restricción; tasa de caídas.

**Resultados:** Se identificaron aspectos relevantes asociados al uso de restricciones y se diagnosticó la situación global del centro en cuanto al uso de éstas. Se identificaron posibles medidas alternativas a la restricción, y se formó a todo el personal. Se eliminaron progresivamente las restricciones físicas, partiendo de un 33% de residentes con alguna restricción en enero de 2010, pasando a un 22% en enero de 2011 y finalizando con un 0,5% (un único residente) con restricción física en diciembre de 2011.

**Conclusiones:** La eliminación de restricciones requiere de un cambio que va más allá de la implementación de medidas alternativas y nuevos procedimientos. Se necesita una transformación de la filosofía de trabajo en la que es necesario incorporar la flexibilidad como factor que permitirá adecuar las actividades a las necesidades de cada persona.

#### PC-047. PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y GERIÁTRICOS. ¿SON DIFERENTES?

E. Ubis Díez<sup>1</sup>, M. Clerencia Sierra<sup>2</sup>, P. Navarro García<sup>2</sup>, E. Hernández Sánchez<sup>2</sup> y C. Gavara Gimeno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús. Huesca. <sup>2</sup>Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes pluripatológicos valorados por un médico Geriatra en un Hospital General (HUMS, Zaragoza) y en un Hospital Monográfico de Geriátría (HSCJ, Huesca) y analizar si existen diferencias.

**Métodos:** Estudio transversal de 50 pacientes valorados al ingreso en Hospital General y en Hospital Monográfico de Geriátría, abril-junio 2011. Muestra de pacientes de estudio PLUPAR. Variables analizadas: sociodemográficas, situación funcional, cognoscitiva y social. Comorbilidad, polifarmacia, ingresos en el último año e Índice PROFUND.

**Resultados:** De 83 valorados en HUMS 24 cumplían criterios de paciente pluripatológico (incidencia 29%) y 46 pacientes valorados en el HSCJ 26 (incidencia 60,5%). Cuando disgregamos la muestra por hospital de ingreso se encuentran diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en que en el HSCJ existe mayor porcentaje de mujeres 77% frente al 41,7%, con mayor edad 86,36 años frente a 77,46 años, mayor patología osteoarticular 50% frente a 12,5%, deterioro cognitivo 50% frente a 20% y antecedente de delirium 42,3% frente a 16%. Al alta hospitalaria T. Pfeiffer  $> 3$  un 88,4% frente al 63,15%. El 96% polimedica frente al 75%. Un Índice PROFUND  $> 11$  puntos en 65,38% frente a 30,4%. Se evidencia que en el HUMS el 100% viven en domicilio frente al 57,7%, en el 64% el cuidador es el cónyuge frente al 3,8%. La media de ingresos en el último año es 0,72 veces mayor con IC 0,08-1,35 y mayor dependencia funcional al alta con Í. Barthel  $< 20$ : 91,7% frente al 34,6%.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes pluripatológicos ingresados en el Hospital de Agudos son pacientes crónicos no siempre geriátricos. 2. El

paciente geriátrico es un paciente pluripatológico con una serie de características que hacen de él un paciente crónico con complejidad en su manejo, como son el posible deterioro cognoscitivo y/o funcional, la polimedicación y su situación social. 3. Los factores de riesgo de deterioro funcional son múltiples, entre ellos está la hospitalización en nivel asistencial de agudos, si no ponen en marcha medidas preventivas del síndrome de inmovilización. 4. La valoración geriátrica integral, con la elaboración de un plan de actuación y su desarrollo, confiere mayor calidad de vida al paciente.

#### PC-048. CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS STOPP/START AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

B. Ares Castro-Conde, F. Rodríguez Lanfranco, A. Franco Salinas, R. Santos Campos, J. Gómez Pavón, J.J. Baztán Cortés e I. Ruipérez Cantera

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

**Objetivos:** Evaluación del cumplimiento de criterios STOPP/START al alta hospitalaria, en una cohorte de pacientes ancianos ingresados por ICC.

**Métodos:** Se revisaron la historia clínica e informe de alta de todos los pacientes ingresados durante el año 2009 por insuficiencia cardíaca-ICC (GRD 87, 127 y 544) en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Central Cruz Roja. Se recogieron al ingreso datos socio-demográficos, clínicos, funcionales y mentales. Al alta se revisó el informe clínico y se registró el cumplimiento de los criterios STOPP/START.

**Resultados:** Tras excluir los fallecidos o trasladados se recogieron datos de 257 pacientes, con una edad media de 87,67 años, 72% mujeres. Un 52% presentaban deterioro funcional previo (Cruz Roja Funcional  $\geq 3$ ) y un 25,5% presentaban demencia (GDS de Reisberg  $\geq 4$ ) con una comorbilidad en el I. de Charlson de 2,88 ( $\pm 1,72$ ) y una media de prescripciones de 9,46 ( $\pm 2,84$ ). El 51% de los pacientes cumplían al menos un criterio STOPP al alta, siendo los más frecuentes A3-diurético de asa como monoterapia antiHTA de primera línea (17,2%), B8-uso prolongado de neurolepticos como hipnóticos a largo plazo (8,6%), -clase de medicamento duplicada (8,6%) y B7-uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga (7,2%). Por el contrario, el 74% presentan al alta al menos un criterio START siendo los más prevalentes A6-IECA en ICC crónica (47,2%), E3-suplemento Ca-Vitamina D en paciente con osteoporosis (12,7%) y el A8-beta bloqueante en angina estable (6,6%). Ninguna variable basal se asoció a presencia de criterios STOPP. La presencia de criterios START se asoció a mayor comorbilidad ( $p < 0,05$ ) y estancia media ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** En los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca, en el tratamiento al alta algo más de la mitad presentan algún criterio STOPP y las tres cuartas partes algún criterio START.

#### PC-049. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE LA RIBERA (ALZIRA, VALENCIA)

F.J. Tarazona Santabalbina<sup>1</sup>, E. Salcedo Mahiques<sup>1</sup>, A. Belenguer Varea<sup>1</sup>, H. Gac Espínola<sup>2</sup>, J.R. Doménech Pascual<sup>1</sup> y J.A. Avellana Zaragoza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

**Introducción:** La prevalencia de déficit de vitamina D es elevada en población anciana y se relaciona con un aumento del riesgo de fractura ósea.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de déficit de vitamina D y de elevación de la paratohormona en pacientes geriátricos con fractura de cadera ingresados en el Hospital de la Ribera (Alzira, Valencia).



**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado entre marzo de 2010 y enero de 2012 en pacientes de edad  $\geq 70$  años con diagnóstico de fractura de cadera atendidos en una unidad de intervención multidisciplinar precoz. Medidas: se recogieron variables demográficas, personales (patologías médicas, alteraciones sensoriales, estado psicológico y cognitivo, situación social), variables relacionadas con ingreso y recuperación funcional y mortalidad al alta hospitalaria. Participantes: 303 pacientes (M 237; H 66), edad media 83,1 años (DE: 6,2).

**Resultados:** Comorbilidad previa: HTA: 73%, DM 28%; (Hb A1c  $\geq 7,1$  30,2%), IC 35,9%, osteoporosis 29,3%, número caídas 12 meses previos 2,1 (DE: 2,4), síndrome de caídas ( $\geq 2$  caídas en 12 meses) 43%, depresión 47%, deterioro cognitivo 51%, consumo fármacos previo 5,7 (DE: 3,2). Situación funcional: Barthel previo 72,9 puntos (DE: 28,3), Lawton 4,1 (DE: 2,9), deambulación autónoma 46%. Variables ingreso: Estancia media 7,7 días (DE: 3,1), estancia media prequirúrgica 1,8 días (DE: 1,2), delirio 45%, transfusión 44%, mortalidad hospitalaria 3,6%, deambulación al alta 64%. 94% pacientes presentaron insuficiencia de vitamina D (niveles inferiores a 30 ng/ml) y 81% presentaba déficit (niveles inferiores a 20 ng/ml). 59% presentaban valores de PTH superiores a 65 pg/ml, de los cuales 15% presentaban niveles de PTH superiores a 130 ng/ml. Pacientes con proteínas totales  $\leq 6,3$  mg/ml 88%, albúmina inferior a  $\leq 3,3$  68%, colesterol  $\leq 129$  mg/ml 49%, IMC inferior a 19 31 pacientes 10%. Grado insuficiencia renal al ingreso: grado 0-2: 54%, grado 3 40%, grado 4 5,8%, grado 5 0,2%, al alta grado 0-2: 65%, grado 3 29%, grado 4 4,7%, grado 5 1,3%.

**Conclusiones:** El déficit de vitamina D es altamente prevalente en población geriátrica con fractura de cadera. A pesar de la alta prevalencia de dicho déficit vitamínico y de fracturas previas, se observa un infradiagnóstico de las alteraciones del metabolismo mineral óseo y un infratratamiento.

#### PC-050. PREVALENCIA DE ESTREÑIMIENTO EN RESIDENCIAS Y EFICACIA DE SU TRATAMIENTO

M. Barcelo<sup>1</sup>, A. López Rocha<sup>2</sup> y E. Rey Díaz Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>SEMER. Madrid.

**Introducción:** El estreñimiento es un problema importante en personas institucionalizadas, y a pesar del gran consumo de recursos que se dedican a controlarlo no siempre se logra.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de estreñimiento en residencias y evaluar si esta patología es adecuadamente controlada.

**Métodos:** Inicialmente, para probar la metodología se realizó un estudio piloto en una única residencia, incluyendo a todos los residentes capaces de completar el cuestionario (N = 199, 80% de todos los residentes). Tras confirmar la validez del método, se seleccionó aleatoriamente una muestra representativa de residencias de ancianos de España y se les invitó a seleccionar semialeatoriamente 25 residentes. Todos los participantes completaron, con ayuda si era necesario, un cuestionario validado sobre síntomas intestinales. El médico, completó un cuestionario sobre comorbilidad, fármacos (incluyendo laxantes), e historia de estreñimiento. Se definió estreñimiento crónico de acuerdo al diagnóstico médico considerándose no controlado cuando cumplía criterios de estreñimiento según Roma III en el cuestionario de síntomas y como "estreñimiento controlado" en caso contrario.

**Resultados:** La prevalencia de estreñimiento crónico es 67,8%; IC95% 64,3-71,3%. De los residentes con estreñimiento crónico, 201 estaban adecuadamente controlados (43,1%) y 257 no lo estaban (52,9%). El 63,3% (IC95%: 59,7-66,9%) tomaban laxantes de forma habitual (53 de ellos laxantes formadores de bolo (7,7%; IC95% 5,7-9,7%), 313 disacáridos no absorbibles (45,6%; IC95% 41,8-49,3%) y 69 (10,0%; IC95% 7,8-12,3%) otros laxantes o combinaciones de laxantes). La tabla muestra relación entre las pautas laxantes utilizadas y el control del estreñimiento.

	N*	Estreñimiento controlado (N = 201)	Estreñimiento no controlado (N = 257)
No laxante	23	6 (3%)	17 (6,6%)
Laxantes solo ocasionalmente	26	9 (4,5%)	17 (6,6%)
Bolo	51	31 (15,4%)	20 (7,8%)
Disacáridos	293	128 (63,7%)	165 (64,2%)
Otros laxantes o combinaciones	65	27 (13,4%)	38 (14,8%)

28 sujetos sin datos sintomáticos para clasificar el control de estreñimiento

**Conclusiones:** La prevalencia de estreñimiento en residencias se sitúa en torno al 70%, existiendo también una alta prevalencia de uso de laxantes, siendo los disacáridos no absorbibles los más utilizados. A pesar de este alto consumo de laxantes más de la mitad de los pacientes continúan con estreñimiento.

#### PC-051. INFECCIÓN DE ORINA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: FACTORES PREDICTORES DE INGRESO HOSPITALARIO, MICROORGANISMOS IMPLICADOS, COMPLICACIONES Y EVOLUCIÓN

M.R. Ramos Cortés y A.F. de Tena Fontaneda

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey. Madrid.

**Objetivos:** Describir características de ITU en ancianos institucionalizados, complicaciones y analizar la evolución. Tipificar el microorganismo más frecuentemente implicado. Detectar los posibles factores predictores. Determinar la relación entre la comorbilidad y la situación funcional con el riesgo de hospitalización por ITU.

**Métodos:** Se valoraron todos los pacientes institucionalizados en residencia que ingresaron por ITU/sepsis urinaria en el servicio de Medicina Interna y Geriátría durante un periodo de 17 meses. Se recogen variables clínicas, funcionales y cognitivas. Se analiza la influencia de dichas variables en el desarrollo de una ITU.

**Resultados:** N = 38. 60,53% mujeres. Edad media 82,53. 55,26% eran dependientes para todas las ABVD. 80% lo eran para más de cuatro. 89,47% presentaba incontinencia urinaria. 23,67% eran portadores de sonda vesical permanente. 71,05% presentaba algún grado de demencia, y de estos casi 2/3 (66,67%) en grado severo. 40% presentaba enfermedades neurológicas distintas de demencia. El consumo de psicofármacos era un 60%. 60,53% había presentado un episodio previo de ITU. 42,10% presentó fiebre al inicio del cuadro. 58% cumplía criterios de sepsis, precisando ingreso en UCI el 5,26% de los mismos. Desarrollaron IR el 44,74%. Presentaron RAO el 18,42%, 10% con sonda vesical al alta. La complicación más frecuente fue el delirium (34,21%). El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue E. coli (43,33% de los urocultivos). Un 45% de microorganismos multirresistentes. Fallecieron 10,52%; reingresaron 36,84% por una nueva ITU. Estancia media: 10,47 días. En la situación funcional al alta se detecta un leve empeoramiento, más manifiesto en los pacientes que ya presentaban cierto grado de dependencia.

**Conclusiones:** Los pacientes institucionalizados que ingresan por ITU presentan un alto grado de dependencia funcional. Los factores relacionados con el ingreso por ITU son la incontinencia urinaria, los psicofármacos, la ITU previa y la demencia. El microorganismo implicado con más frecuencia en nuestra muestra fue el E. coli multirresistente. La ITU en los ancianos institucionalizados genera un gran número de complicaciones clínicas, elevada estancia media, un elevado porcentaje de reingresos, deterioro en la situación funcional y elevada mortalidad. Por todo ello la ITU en el anciano institucionalizado se puede considerar uno de los grandes síndromes geriátricos.

### PC-052. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE SITUACIÓN DE RIESGO NUTRICIONAL AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

A.F. de Tena Fontaneda, M.R. Ramos Cortés y M. García Domínguez  
*Hospital Universitario del Sureste. Madrid.*

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de riesgo nutricional de los pacientes al ingreso en la planta de hospitalización.

**Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes adultos que ingresaron a cargo de servicios médicos de nuestro Hospital (140 camas) durante una semana. Se recogieron las siguientes variables: NRS-2002; peso, talla, IMC; si no era posible pesar y tallar se midió la circunferencia media del brazo (CB); variables bioquímicas. Una puntuación NRS-2002  $\geq 3$  se consideró situación de riesgo nutricional. Un IMC inferior a 18,5 o una CB por debajo del percentil 15 para el sexo y edad del paciente se consideraron indicativas de malnutrición.

**Resultados:** Se valoraron en total 35 pacientes; 21 (60%) varones y 14 (40%) mujeres; con una edad media de  $77,5 \pm 12,4$  años. Eran mayores de 70 años el 71,4% de los pacientes (25). El 80% de los pacientes se encontraban en situación de riesgo nutricional según el score NRS-2002. En 15 de los pacientes se pudo obtener IMC; 14 de ellos tenían IMC  $> 18,5$ ; una paciente presentaba IMC = 14,2. A los 20 restantes se les midió CB, cumpliendo criterio de malnutrición el 30%. El 73,5% de los enfermos presentaban una albuminemia  $\leq 2,8$  g/dl.

**Conclusiones:** Nuestro estudio pone de manifiesto la elevada frecuencia de situaciones de riesgo nutricional y/o malnutrición ya desde el momento del ingreso, especialmente en pacientes ancianos. Es destacable la baja sensibilidad del IMC como método de cribado nutricional en estos pacientes hospitalizados. Es imprescindible detectar y tratar precozmente la malnutrición hospitalaria dado que conlleva un aumento de la morbilidad, aumento de la estancia media, del porcentaje de reingresos y del gasto sanitario.

### PC-053. RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL MIEDO A CAER, LA NECESIDAD DE AYUDAS TÉCNICAS Y LA ASISTENCIA POR OTRAS PERSONAS PARA LA MARCHA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA GERIÁTRICA (UCO)

C. Roqueta Guillén<sup>1</sup>, A.C. Gama González<sup>1</sup>, B. González Ávila<sup>1</sup>, M. Álvaro Pardo<sup>1</sup>, M. Gómez Pérez<sup>2</sup>, A.M. Cervera Alemany<sup>1</sup> y R. Miralles Basseda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Fórum del Hospital del Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos:** Valorar la relación entre la necesidad de asistencia de otras personas y de ayudas técnicas para la marcha con la percepción del miedo a caer, en los pacientes ingresados en UCO tras un programa de rehabilitación.

**Métodos:** Se aplicó a 59 pacientes (61,02% mujeres), con una edad media de  $80,47 \pm 9,05$  años, una versión traducida al castellano de la "Falls Efficacy Scale" (J Gerontol. 1990;45:239) antes del alta de la UCO. Dicha escala consta de 10 ítems, cada uno de los cuales se puntúa entre 1 y 10 (1 = poca confianza, mucho miedo y 10 mucha confianza, poco miedo) (puntuación total: 10 a 100). Todos los pacientes recibieron durante el ingreso una intervención interdisciplinar, encaminada principalmente a reeducar la marcha y las actividades de la vida diaria. Se registró al alta si el paciente necesitaba asistencia o supervisión de otra persona para la deambulación, así como si precisaba algún tipo de ayuda técnica. Se evaluó la relación entre la necesidad de ayuda para la deambulación y la percepción del miedo a caer.

**Resultados:** La media de las puntuaciones del "Falls Efficacy Scale" en los pacientes que deambulaban de forma independiente (37) fue  $71,56 \pm 19,57$  puntos; con supervisión (21):  $62,85 \pm 24,13$  puntos; con asistencia de otras personas (1):  $85,00 \pm 0,00$  puntos;  $p = 0,25$ . La media de las puntuaciones de dicho test en los pacientes que no requerían ayuda técnica para la marcha en el momento del alta (5) fue  $76,80 \pm$

22,29 puntos; los que requerían caminador (32) fue  $61,28 \pm 23,48$  puntos; con bastón (22):  $77,63 \pm 13,43$  puntos;  $p = 0,0129$  (diferencia significativa entre marcha con caminador versus bastón).

**Conclusiones:** 1. Los pacientes que deambulaban con bastón en el momento del alta presentaban de forma significativa mayores puntuaciones en el "Falls Efficacy Scale" (mayor confianza, menor percepción de miedo a caer) que los que precisaban caminador. 2. No se hallaron diferencias significativas entre la percepción de miedo a caer del paciente y la necesidad de ayuda o supervisión para la marcha.

### PC-054. FRACTURA DE CADERA EN VARONES ANCIANOS

A. Albarracín Delgado, C. Gala, M. Lázaro del Nogal, N. del Prado, F. Marco y P. Gil  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar los factores de riesgo de fractura osteoporótica en ancianos varones con fractura de cadera y el tratamiento antiosteoporótico para prevención de nueva fractura.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en base a los informes de alta del hospital de las fracturas de cadera atendidas en varones mayores de 65 años. Periodo de estudio: junio 2011-mayo 2012. Se presentan ahora los datos preliminares hasta febrero 2012. El protocolo de recogida de datos incluye: variables demográficas, factores de riesgo, patologías crónicas y tratamientos al alta. Análisis estadístico: SPSS v. 15.0.

**Resultados:** Durante el periodo junio-11/febrero-12 (8 meses) se dio de alta a 53 varones  $> 65$  a. Edad media:  $84,9 (4,7)$  años. En ese mismo periodo se dieron de alta 185 mujeres. Un 35,8% de estos varones tenían un I. de Katz  $> 3$ . Su IMC era  $< 19$  en el 43,4%. Empleo de esteroides en el 50,9%. Historia de fracturas previas el 30%. Fumadores (activos y exfumadores): 56%. Consumo de alcohol: 24,5%. Antecedente familiar de fractura: 15,1%. Diabéticos: 25,9%. EPOC: 50%. Neoplasias: 18,5%. Al alta no se indicaba ningún tratamiento antiosteoporótico en el 64,2% de los casos. Calcio+ vitamina D en un 24,5%. Bifosfonatos + calcio y vitamina D: 9,4%.

**Conclusiones:** 1. Un tercio de los pacientes varones con fractura de cadera había tenido fracturas previas. 2. El consumo de tabaco, alcohol y esteroides es elevado. 3. Existe abundante patología crónica asociada (comorbilidad), incluyendo un 40% de casos de desnutrición. 4. Pese a todo lo anterior llama especialmente la atención la elevada proporción de pacientes (dos tercios del total) que son dados de alta sin tratamiento específico alguno para la prevención de nuevas fracturas.

### PC-055. PERFIL DEL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO INGRESADO EN LAS UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

R. Padilla Clemente, C. Castellà Valldéperez, N. Albiol Tomàs, P. Martínez Nadela y E. Martínez Almazán  
*Hospital de la Santa Creu. Tortosa. Tarragona.*

**Introducción:** El estreñimiento representa uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus graves complicaciones y su importante incidencia en la calidad de vida del anciano.

**Objetivos:** Describir el perfil del paciente con estreñimiento crónico de las Unidades de Media y Larga Estancia (UME y ULE), calcular la prevalencia en dichas unidades, así como analizar las causas y complicaciones derivadas de éste.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se incluyen pacientes ingresados en UME y ULE con estreñimiento crónico definido por los criterios de Roma III. Para homogeneizar las muestras de ambas unidades se seleccionaron los pacientes en función de la comorbilidad, definida por un Índice de Charlson modificado (IC-m)  $> 2$  y por la limitación funcional definida por un Índice de Barthel (IB)  $< 60$ . Se excluyeron los pacientes con nutrición enteral, patología abdominal

severa y los portadores de colostomía. Se recogieron datos demográficos, de comorbilidad, síndromes geriátricos, situación funcional medida por IB, causas y complicaciones del estreñimiento. El estudio estadístico se ha realizado mediante el análisis de medias y desviaciones estándar de las variables del estudio. Paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados:** Prevalencia de estreñimiento calculada en UME y ULE 60%. n = 45. Edad media: 81.42 años. 60% mujeres. IB medio 11.78, IC-m medio 2,82. Dentro de la comorbilidad más frecuente destaca: 80% HTA, 56% neumopatía, 49% enfermedad cerebrovascular, 47% cardiopatía, 40% diabetes mellitus. Síndromes geriátricos más destacados: 91% incontinencia, 82% polifarmacia, 69% desnutrición, 67% deprivación sensorial, 58% demencia, 49% trastornos del sueño, 47% delirium y 47% trastornos afectivos. Causas de estreñimiento más frecuentes: 91% inmovilidad, enfermedades neurológicas 73%, 62% debilidad-caquexia, 60% deshidratación, 25% fármacos (11% opiáceos) y 62% origen multifactorial. Complicaciones más relevantes del estreñimiento: 53% impactación fecal, 22% incontinencia fecal, pseudo-obstrucción intestinal y náuseas/vómitos en un 9% respectivamente.

**Conclusiones:** Se detecta una prevalencia muy elevada de estreñimiento, superior al 50%, en UME y ULE. Destaca un perfil de paciente pluripatológico, polimedicado, con elevada prevalencia de desnutrición, demencia e inmovilidad. Disponer de una buena descripción del problema nos permitirá un mejor abordaje de éste.

#### PC-056. MANEJO DEL PACIENTE CON ESTREÑIMIENTO INGRESADO EN LAS UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

N. Albiol Tomàs, R. Padilla Clemente, C. Castella Valldépez, P. Martínez Nadela y E. Martínez Almazán  
*Hospital de la Santa Creu. Tortosa. Tarragona.*

**Introducción:** El estreñimiento en el anciano puede comportar complicaciones médicas, algunas graves. El uso de laxantes no está exento de efectos indeseables.

**Objetivos:** Describir las medidas utilizadas para el manejo del estreñimiento en el paciente de las Unidades de Media y Larga Estancia (UME y ULE) y detectar los posibles efectos adversos del tratamiento.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyen pacientes ingresados en UME y ULE con estreñimiento crónico definido por los criterios de Roma III. Para homogeneizar las muestras de ambas unidades se seleccionaron los pacientes en función de la comorbilidad (índice de Charlson modificado (IC-m) > 2) y por la limitación funcional (índice de Barthel (IB) < 60). Se excluyeron los pacientes con nutrición enteral, patología abdominal severa y los portadores de colostomía. Se recogió el tipo de tratamiento laxante y se clasificó según el principio activo y la vía de administración (oral, rectal). A partir de la historia clínica, se recogieron datos sobre la severidad del estreñimiento, medidos según la escala de Bristol y la frecuencia de uso de medidas rectales (MR) en el último mes, así como la presencia de efectos secundarios del tratamiento. El estudio estadístico se ha realizado mediante el análisis de medias y desviaciones estándar. Paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados:** n = 45. Edad media: 81,42 años. 60% mujeres. IB medio 11,78, IC-m medio 2,82. Media de laxantes orales por paciente: 2 ± 1,29. Bristol medio 4,09 ± 1,7. Frecuencia uso de MR por semana: 41,2% no uso, 26,5% 2 MR, 14,7% 1 MR, 11,8% bisemanal, 5,9% 3 MR. Familias de laxantes: 80% carbohidratos no absorbibles, 42% osmóticos salinos, emolientes y estimulantes de la motilidad ambos en un 36%, asociaciones de laxantes 56%. Medidas rectales: 53% enema fosfato dibásico (Casen®), 7% enema de limpieza, 7% citrato sódico, 9% MR múltiples. Un 7% precisó tratamiento adyuvante con procinéticos. Efectos secundarios tratamiento: distensión abdominal 29%, borborigmos 27%, flatulencia 22%, diarrea 16%, dolor abdominal 13%. No se observaron secundarismos graves.

**Conclusiones:** El uso de laxantes y medidas rectales en nuestra población de estudio es frecuente, y aunque se observan secundarismos, estos son de carácter leve.

#### PC-057. UTILIDAD DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO EN LAS UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

C. Castellà Valldépez, N. Albiol Tomàs, R. Padilla Clemente, P. Martínez Nadela y E. Martínez Almazán  
*Hospital de la Santa Creu. Tortosa. Tarragona.*

**Objetivos:** Valorar si las modificaciones dietéticas ayudan a un mejor control del estreñimiento en los pacientes de las Unidades de Media y Larga Estancia (UME y ULE).

**Métodos:** Estudio tipo ensayo aleatorizado simple ciego. Se seleccionaron los pacientes en función del Índice de Charlson modificado (IC-m) > 2) y por un Índice de Barthel (IB) < 60. Se excluyeron los pacientes con nutrición enteral, patología abdominal severa y los portadores de colostomía. Los pacientes del grupo de intervención recibieron un aumento del aporte de fibra (10 gramos/día), además del tratamiento laxante habitual, durante 3 semanas. Los pacientes del grupo control sólo recibieron éste último. Posteriormente se analizaron: cambios en la severidad del estreñimiento, según la escala de Bristol y la frecuencia de uso de medidas rectales (MR), aumento del número de deposiciones y/o necesidad de disminuir laxantes y/o medidas rectales, así como complicaciones derivadas de la intervención. Se recoge también la necesidad de dieta absoluta (DA), agudizaciones y mortalidad durante el periodo de estudio. Estudio estadístico mediante el análisis de medias y desviaciones estándar y t-Student. Paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados:** n = 45. Edad media: 81,42. 60% mujeres. IB medio 11,78. IC-m 2,82. Se objetiva una mejoría del estreñimiento medido como aumento del nº de la frecuencia de deposiciones (26% grupo control, 73% grupo de intervención, p = 0,001). Se disminuye el nº de laxantes en un 14% en el grupo de intervención respecto al grupo control (0% descenso). Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a: disminución de la dosis de laxantes, frecuencia de uso de MR y escala Bristol al inicio y al final del estudio. Complicaciones derivadas del estreñimiento: grupo intervención 0%, grupo control 0,4%. No se detectaron complicaciones asociadas a la intervención. Agudizaciones: 60% (61% grupo control, 59% grupo intervención). Mortalidad = 22,2% (52% controles, 48% intervención). Necesidad de DA: 44% (48% grupo control, 41% grupo intervención).

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones del estudio (n pequeña, periodo corto de intervención, elevada frecuencia de agudizaciones, necesidad de dieta absoluta y mortalidad), existe una tendencia a la mejoría del estreñimiento con las medidas dietéticas usadas.

#### PC-058. DIFERENCIAS EN LA EFICIENCIA REHABILITADORA DE LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA COMPLICACIÓN MÉDICA DURANTE SU INGRESO EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA: COMPARACIÓN EN 4 PERIODOS

M. Martín Montagut, C. Roqueta Guillén, M. Riera Cañadell, S. Urbano Romero, S. Burcet Pérez, M. Garreta Burrel y R. Miralles Basseda  
*Centre Fòrum Hospital del Mar. Barcelona.*

**Objetivos:** Estudiar si hay diferencias en la eficiencia rehabilitadora en los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia geriátrica que sufren una complicación médica durante su ingreso.

**Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo durante tres meses. Se dividió el ingreso en 4 periodos (día 1 al 15 (A); día 16 al 30 (B); día 31 al 40 (C) y del 41 al momento del alta (D)) y en cada uno de ellos se estudió: la situación funcional mediante el índice de Barthel (IB) al final de cada periodo, la eficiencia rehabilitadora (IB al final del

periodo – IB al inicio del periodo/número de días que comprenden dicho periodo) y las complicaciones médicas (descompensación de la enfermedad de base, infección o ambas). En los pacientes que fueron dados de alta antes del periodo D, se utilizó el IB recogido en ese momento, es decir se consideró como IB al alta. Los pacientes fallecidos fueron excluidos del último periodo.

**Resultados:** Se registraron 58 pacientes (62,07% mujeres), con edad media de  $80,70 \pm 8,77$  años y 22 (37,93%) de ellos presentaron alguna complicación [8 (36,36%) presentaron una descompensación de su enfermedad de base; 11 (50%) una infección; 3 (13,64%) sufrieron ambas]. La eficiencia por periodos de los pacientes que sufrieron alguna complicación respecto a los pacientes que no fue: A:  $0,49 \pm 2,16$  (n = 9) vs  $0,99 \pm 1,10$  (n = 49) (p = 0,29); B:  $0,79 \pm 1,28$  (n = 8) vs  $0,87 \pm 0,77$  (n = 34) (p = 0,95); C:  $0,66 \pm 1,31$  (n = 9) vs  $1,08 \pm 1,19$  (n = 26) (p = 0,38); D:  $0,70 \pm 1,55$  (n = 10) vs  $1,25 \pm 2,03$  (n = 46) (p = 0,42). La media del índice de Barthel por periodos de los pacientes que sufrieron alguna complicación respecto a los pacientes que no fue: A:  $24,55 \pm 19,60$  (n = 9) vs  $42,06 \pm 27,18$  (n = 49) (p = 0,07); B:  $42,75 \pm 29,92$  (n = 8) vs  $53,78 \pm 23,73$  (n = 34) (p = 0,26); C:  $52,77 \pm 30,64$  (n = 9) vs  $61,38 \pm 24,38$  (n = 26) (p = 0,39); D:  $48,10 \pm 34,09$  (n = 10) vs  $69,19 \pm 24,37$  (n = 46) (p = 0,02).

**Conclusiones:** 1. La eficiencia del proceso de rehabilitación fue mayor en el grupo de pacientes que no presentaron complicaciones, aunque no alcanzó significación estadística, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra. 2. El grupo de pacientes con complicaciones presentó valores medios de IB inferiores al resto, pero sólo fue significativa en el último periodo.

#### PC-059. ANÁLISIS DE LA GANANCIA FUNCIONAL EN ACV

N. Güerre, G. Fabregat, A.C. Sanjoaquin, A. Salgado, C. Gorgas y M. Rasal  
*Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.*

**Objetivos:** 1) Describir ganancia funcional. 2) Analizar relación entre ganancia funcional y variables sociodemográficas, tto rehabilitador, tipo ACV y destino al alta.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que ingresaron con ACV en Sº Geriátría desde el 1/1/2010 hasta 30/6/2011. Variables analizadas: sexo, edad, domicilio previo/posterior, tipo ACV, días estancia, días rehabilitación, ganancia funcional, delirium, caídas y mortalidad.

**Resultados:** 1.491 ingresos: 239 con diagnóstico ACV (16,02%). ACV: edad media  $80,40 \pm 10,834$ , 120 mujeres (50,2%), domicilio previo: 146 dom propio, 54 dom familiar y 36 residencia, IB previo: < 20: 8,4%, 20-35 6,3%, 40-55: 14,8%, 60-95: 30%, 100: 40,5%, IB al ingreso: < 20: 70%, 20-35: 14,3%, 40-55: 7,6%, 60-95: 8%. CRM: 0 63,9%, 1: 9,6%, 2: 8%, 3: 7% 4: 6,5% y 5: 5,2%. Codificación ACV por CIE9: 71,5% ACV isquémico (434,91 = ACV no especificado: 55,2%, 434,01 = ACV isquémico trombótico: 6,3%, 434,11 = ACV embólico: 10%), hemorragia no traumática (430 = hemorragia subaracnoidea: 1,3%, 431 = hemorragia intracerebral: 11, 3%). Delirium en 50 pacientes. Caídas en 5. Sí tto rhh (terapia física y terapia ocupacional) 196 pacientes. 162 pacientes tto en logopedia. Media días tto terapia física: 16,30, terapia ocupacional: 1,18 y logopedia 8,03. IB al alta: < 20: 34,69%, 20-35: 14,79%, 40-55: 14,79%, 60-95: 23,95%, 100: 3,57%. Ganancia funcional: 0 puntos 23%, 5-15: 18%, 20-35: 22,6%, 40-55: 13,8%, > 60 puntos 5%. Destino al alta global: 82 dom propio, 43 dom familiar, residencia 43 y 32 fallecen. Destino al alta en los que hacen RHB: 74 dom propio, 36 dom familiar, 59 residencia, 11 otro hospital y 16 fallecen. Significación estadística entre realización RHB e IB previo, entre no RHB y delirium. Significación estadística entre ganancia funcional e IB previo, CRM, destino al alta residencia y exitus. No significación estadística entre realización RHB y tipo ACV, ni entre ganancia funcional y sexo/días tto rehabilitador/edad/delirium y caídas.

**Conclusiones:** La edad por sí misma no es variable definitiva de escasa ganancia funcional. La ganancia funcional es dependiente del estado funcional y cognoscitivo previo, de ahí la importancia de una buena valoración geriátrica a la hora de decidir qué pacientes son candidatos a tto rehabilitador tras sufrir un ACV. Los pacientes con menor ganancia funcional tienen mayor mortalidad durante ingreso y de los que sobreviven tienen más riesgo de institucionalización.

#### PC-060. DETERIORO COGNITIVO Y CAÍDAS: VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y MARCHA

M. Lázaro del Nogal, A. Albarracín Delgado, N. del Prado González, C. Fernández Pérez y P. Gil Gregorio  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar con tests clínicos y posturográficos los trastornos del equilibrio y marcha en pacientes con deterioro cognitivo de perfil degenerativo (DC) y caídas. 2) Comparar los resultados con un grupo control de pacientes sin caídas y con deterioro cognitivo.

**Métodos:** Estudio observacional caso-control retrospectivo. 226 sujetos: 113 casos (> 65 años > 2 caídas en los últimos 6 meses) y 113 controles (no caedores). Se realizó una valoración geriátrica, valoración del equilibrio y marcha y posturografía. Grupo A: Pacientes con caídas y DC. Grupo B: Pacientes sin caídas y DC. Tests con posturógrafo: control motor: desplazamiento rítmico de cargas (Rhythmic Weight Shift test o RWS); control sensorial: mantenimiento de la bipedestación, prueba clínica modificada de interacción sensorial sobre el equilibrio (Modified Clinical Test for the Sensory Interaction on Balance o MCT); pruebas funcionales: subir y bajar escalones (Step up Over o SO). Análisis estadístico: SPSS. V.15.0.

**Resultados:** En el grupo de pacientes con caídas la presencia de deterioro cognitivo (DC) es mayor (43) que en el control (22) (p = 0,002). Los tests "timed up and go" (p < 0,001) y "Tinetti" global (p < 0,001) presentan peor puntuación los pacientes del grupo A. La velocidad de la marcha es menor en el grupo A (p < 0,01). El déficit visual es más frecuente en grupo A (p = 0,46). Existen diferencias en ambos grupos en el control direccional y en la velocidad de desplazamiento en el RWS en el eje anteroposterior a las 3 velocidades: lenta (p < 0,0001), moderada (p = 0,009) y rápida (p = 0,042). Mayor dificultad en los pacientes del grupo A para subir y bajar escalones (p = 0,003).

**Conclusiones:** 1. En nuestra serie la asociación de caídas y deterioro cognitivo es frecuente. 2. Los tests Tinetti, Timed up and go y velocidad de la marcha están más alterados en estos pacientes. 3. El déficit visual es la alteración sensorial más frecuente. 4. El control direccional y la velocidad de desplazamiento en el RWS en el eje anteroposterior están alteradas en los pacientes con DC y caídas. 4. Es fundamental valorar el riesgo de caídas en pacientes con DCo para establecer programas de prevención de las mismas.

#### PC-061. COMPLICACIONES BRONCOPULMONARES EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA HOSPITALIZADOS CON Sonda NASOGÁSTRICA (SNG) O GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)

M. Lázaro del Nogal<sup>1</sup>, J. Marco Martínez<sup>1</sup>, P. Matía Martín<sup>1</sup>, S. Plaza<sup>2</sup>, R. Barba<sup>3</sup> y A. Zapatero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Fuenlabrada. Madrid.

<sup>3</sup>Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid.

**Objetivos:** Valorar la presencia de complicaciones broncopulmonares (broncoaspiración /neumonía aspirativa) y alimentación enteral a través de SNG o PEG en pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI).

**Métodos:** Pacientes dados de alta en los Servicios de MI de todos los hospitales públicos del país entre 2005 y 2008. Codificación: 5ª ed CIE-9-MC. Sistema de clasificación de AP-GDR v 21.0. Se incluyen aquellos en cuyo informe consta como procedimiento la colocación

de SNG o GEP y neumonía secundaria (ICD-9-CM: 480-486; 003.22, 507.0, 510.6, 510.9, 513.0) o broncoaspiración (ICD-9-MC: 507.0). Se considera complicación a cualquiera de las dos. Grupo control: resto de la población ingresada en MI. Análisis estadístico: SPSS v.15.0.

**Resultados:** 2.767.259 altas. 26.066 (0,92%) con SNG o GEP. Al ingreso 4102 casos son portadores de SNG y 5.855 de GEP. Durante el mismo se colocan 10.669 SNG y 5.440 GEP. Edad media: 74,9. Un 10,6% proceden de una residencia frente a un 2,3% ( $p < 0,001$ ). En el grupo con SNG tienen demencia el 30,3% y el 25,5% en el de PEG, vs el 5,7% ( $p < 0,0001$  en ambos casos) del colectivo control. Desnutrición el 7,1% y 8,0% vs 1,5% ( $p < 0,0001$ ). Parkinson el 7,6% y el 8,0% vs 2,3% ( $p < 0,0001$ ). Accidente cerebrovascular el 33,6% y 25,5% vs 0,9% ( $p < 0,0001$ ). Un 21,5% de pacientes con SNG y un 25,9% de aquellos con GEP tienen una aspiración broncopulmonar como complicación, vs un 1,2% de los pacientes sin sonda ( $p < 0,001$ ). Tras ajustar sexo y edad el riesgo de broncoaspiración es 15 veces superior en los pacientes con gastrostomía (OR 15,2; IC95% 14,5-15,9), y 9 veces superior en los que tienen SNG (OR 9,1 IC95% 8,7-9,42). La GEP multiplica por 3,7 el riesgo de neumonía durante el ingreso (OR 3,7 IC95% 3,5-3,9) y la SNG casi por 4 (OR 3,9 IC95% 3,7-4,1).

**Conclusiones** 1. Los pacientes portadores de PEG o SNG proceden en mayor medida de residencias. 2. Casi uno de cada tres portadores de SNG o GEP presentan broncoaspiración o neumonía aspirativa durante su ingreso. 3. Sugerimos mejorar la calidad asistencial para una mayor eficiencia del soporte nutricional vía enteral en el ámbito intrahospitalario.

#### PC-062. ASPECTOS PRONÓSTICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE EDAD AVANZADA CON SONDA NASOGÁSTRICA (SNG) Y GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG) CON COMPLICACIONES BRONCOPULMONARES

J. Marco Martínez<sup>1</sup>, M. Lázaro del Nogal<sup>1</sup>, P. Matía Martín<sup>1</sup>, R. Barba<sup>2</sup>, S. Plaza<sup>3</sup> y A. Zapatero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. <sup>3</sup>Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Objetivos:** 1. Valorar algunos aspectos pronósticos en pacientes ancianos hospitalizados con SNG o PEG que han presentado complicaciones broncopulmonares.

**Métodos:** Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Pacientes dados de alta en los Servicios de MI de todos los hospitales públicos del país entre 2005 y 2008. Codificación: 5ª ed del CIE-9-MC. Agrupados al sistema de clasificación de AP-GDR v 21.0. Se incluyen aquellos en cuyo informe consta como procedimiento la colocación de SNG o GEP. Se identifica los diagnósticos neumonía secundaria (ICD-9-CM: 480-486; 003.22, 507.0, 510.6, 510.9, 513.0) broncoaspiración (ICD-9-MC: 507.0) y se considera complicación a cualquiera de las dos. Análisis estadístico: SPSS v.15.0.

**Resultados:** Se evalúan 2.767.259 altas. De ellas 26.066 (0,92%) con SNG o GEP. Al ingreso 4.102 casos son portadores de SNG y 5.855 de GEP. Durante el mismo se colocan 10.669 SNG y 5.440 GEP. Edad media: 74,9. El 22,3% de pacientes portadores de SNG o GEP reingresan en los 30 días siguientes al alta. Sus estancias son más prolongadas: 18,9 (DE 28,4) días si SNG y 22,4 (DE 40,6) si PEG vs 9,7 (DE 11,1) días para el grupo general ( $p < 0,001$ ). El peso medio fue de 2,62 (DE 2,79) vs 1,63,  $p < 0,001$ . El coste calculado significativamente superior (5.555 € (DE 6.007) y 5.656 € (DE 6.962) vs 3863 € (DE 2.579) ( $p < 0,0001$ ). La mortalidad fue también más alta en estos grupos. Tras ajustar edad y sexo el riesgo de fallecer de los pacientes con SNG es dos veces mayor que en los pacientes sin sonda (OR 2,36 IC95% 2,27-2,45). Los pacientes con GEP tienen una mortalidad 1,82 veces superior (OR ajustado 1,82 IC95% 1,73-1,92).

**Conclusiones:** 1. El reingreso precoz, la estancia media, el peso medio y el coste de los pacientes con SNG o GEP es mayor que el de los

pacientes de la población general. 2. La mortalidad asociada a estos dos dispositivos es también superior. 3. Dadas estos datos los criterios para indicar nutrición enteral con estos dispositivos deben ser extremadamente rigurosos.

#### PC-063. ÍNDICE DE MORTALIDAD A LOS 6 MESES DEL ALTA DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

E. Gallego González, J. Omonte Guzmán, V. García Cárdenas, S. Soria Félix, M. Valades Malagón, S. Oreja Sevilla y J. Ortiz Alonso  
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos:** Desarrollar un índice capaz de estimar el riesgo individual de fallecimiento a seis meses del alta hospitalaria.

**Métodos:** Cohorte prospectiva de pacientes dados de alta de una Unidad de Agudos de Geriátría. Las variables independientes comprenden datos sociodemográficos, médicos, analíticos y funcionales. La mortalidad a los 6 meses del alta fue evaluada por entrevista telefónica. Se realizó un análisis bivalente y posterior regresión logística multivariante. Se utilizaron curvas ROC para seleccionar el grupo de variables que mejor predecían la mortalidad a los 6 meses. Para simplificar el índice dividimos los coeficientes Beta de cada parámetro por el inferior y el resultado obtenido se redondeo a la fracción más próxima de 0,5. El índice fue desarrollado en el 75% de la muestra y validado con el 25% restante.

**Resultados:** Se incluyeron 903 pacientes (61,4% mujeres, edad media  $87 \pm 7,5$  años). Casi el 95% fueron contactados, el 28% fallecieron. En el análisis univariante, el sexo masculino, institucionalización, estancia  $> 7$  días, peor situación funcional, desnutrición, fuerza de prensión baja, delirium, múltiples comorbilidades, anemia, cáncer y demencia, se asociaron significativamente a una elevada mortalidad tras el alta. El modelo seleccionado fue el mejor en términos de sensibilidad y especificidad (ROC 0,74). Los puntos para cada factor de riesgo incluido en el índice son: Sexo (masculino): 2;  $\geq 1$  ingreso en el último año: 2; dependencia total al alta: 3; fuerza de prensión  $\leq 0,22$  bars: 3; albúmina  $< 3,5$  g/dl: 2; cáncer: 3; índice de Charlson  $\geq 3$ : 2. La puntuación permitió clasificar la muestra en tres grupos (0-6, 7-10 y 11-17) con diferentes tasas de mortalidad (10%, 30% y 60%). El análisis de validación confirmó los resultados (ROC 0,73).

**Conclusiones:** Presentamos un índice fácil de usar para predecir el riesgo individual de mortalidad a los 6 meses del alta de una Unidad de Agudos de Geriátría. Se propone como una valiosa herramienta para la práctica clínica diaria.

#### PC-064. LESIONES ULCEROSAS CUTÁNEAS MÁS FRECUENTES EN RESIDENCIAS. ABORDAJE TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN

I. Rodríguez Moreno y E. Gómez Caballero  
Ammma Valdebernardo. Madrid.

**Objetivos:** Determinar prevalencia de úlceras, tipo de lesiones y factores relacionados. Analizar el tratamiento aplicado, tiempo y evolución final de la lesión investigando que factores extrínsecos e intrínsecos se relacionan con la curación.

**Métodos:** Se sacan del programa informático centro los evolutivos clínicos de úlceras abiertos durante el año 2011, recopilando de cada historia clínica: antecedentes médicos, test de valoración geriátrica (Barthel, GDS, Norton, MNA, Tinnetti) y datos bioquímicos que pueden estar relacionados con la presencia de úlceras. Se recogen características de las lesiones: tipo, grado, tamaño, presencia de signos de infección y antecedentes de caída o trauma previo. Se analiza el tipo de cura prescrita, la necesidad de medidas posturales, desbridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico. Se observa la evolución de las lesiones y el tiempo de aplicación del tratamiento hasta la consecución o no de la curación. Se investigan los factores más frecuentemente relacionados con la presencia, tipo y evolución de las

úlceras con el fin de encontrar posibles medidas que nos sirvan para prevenir lesiones o mejorar su curación. El análisis de datos se realiza mediante técnicas descriptivas con la aplicación SPSS para Windows.

**Resultados:** Se obtienen datos de lesiones cutáneas en 112 residentes (algunos de ellos con más de una). Los resultados preliminares indican que la mayoría de las lesiones por presión se dan en pacientes con un gran deterioro funcional, cognitivo y pluripatología; en las lesiones vasculares encontramos alta frecuencia de trauma previo. La mayoría de las lesiones son tratadas mediante cura húmeda con empleo de apósitos y una cuarta parte precisa desbridamiento quirúrgico o apoyo de tratamiento antibiótico. Un porcentaje alto tiene buena evolución y cierra en unos meses.

**Conclusiones:** La prevalencia de lesiones es alta, la mayoría son leves y terminan curándose en el transcurso de unas semanas aplicando medidas preventivas y tratamiento adecuado. Deberíamos insistir en prevenir las lesiones de etiología traumática en relación con la mejora en las transferencias y comenzar con medidas posturales ante cualquier deterioro agudo de la situación basal. Un buen estado de nutrición y de funcionalidad se relaciona con una mejor evolución de las heridas.

#### PC-065. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN URINARIA EN LOS MAYORES DE 70 AÑOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

N. Pérez-Abascal, R. Torremocha-García, C. Sánchez-Castellano, J. Mateos-Nozal, B. Montero-Erasquin y A.J. Cruz-Jentoft  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos:** Determinar los síntomas de presentación más frecuentes de la infección urinaria en mayores de 70 años que consultan en Urgencias.

**Métodos:** Estudio transversal, muestra seleccionada a partir de todos los urocultivos solicitados a pacientes de 70 o más años que acudieron a Urgencias en noviembre y diciembre del 2011. Se recogieron antecedentes personales, síntomas, signos clínicos, datos analíticos, resultado del urocultivo y antibiograma. Finalmente se revisó el diagnóstico de ITU en el juicio clínico, el antibiótico pautado y el destino al alta. El único criterio de exclusión fue haber estado con tratamiento antibiótico en los 7 días previos.

**Resultados:** En esos dos meses fueron atendidos en Urgencias por cualquier causa 6.588 mayores de 70 años, solicitándose urocultivo al 3,6%.  $n = 202$ . Edad media:  $82 \pm 6,5$  [70-102], 55,4% mujeres. El 38,1% eran diabéticos, 8,9% portadores de sonda vesical, tenían demencia el 26,9%, anomalías urinarias el 15,4% y síndrome de inmovilidad un 22,7%. Un 10,9% procedían de residencias. El total de urocultivos positivos fue de 43,9% y el diagnóstico de ITU en el informe de urgencias un 53%. La correlación entre uno y otro fue significativa,  $r = 0,53$  ( $p = 0,01$ ). Las condiciones que mostraron relación con positividad del urocultivo fueron el sondaje vesical permanente (OR 12,3), el síndrome de inmovilidad (OR 2,6) y la incontinencia urinaria (OR 4,4). De los síntomas y signos recogidos (hematuria macroscópica, cambios en el color/olor de orina, sintomatología urinaria local, dolor abdominal, náuseas y/o vómitos, fiebre, hipotensión arterial, taquicardia, deterioro del estado general, delirium, anorexia, caída, retención aguda de orina, dolor lumbar), los únicos que guardaron relación significativa con el urocultivo positivo fueron el deterioro del estado general (OR 1,9) y los síntomas locales (OR 2,8).

**Conclusiones:** Los datos clínicos que guardaron relación con urocultivo positivo en los mayores que acudían a Urgencias fueron o inespecíficos (deterioro del estado general) o los síntomas urinarios locales. El sondaje vesical permanente, la incontinencia y la inmovilidad fueron predictores importantes de la positividad del urocultivo.

#### PC-066. VALORACIÓN DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN URINARIA EN MAYORES DE 70 AÑOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

N. Pérez-Abascal, B. Montero Errasquin, C. Sánchez-Castellano, R. Torremocha-García, J. Mateos-Nozal y A.J. Cruz-Jentoft  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar la utilidad del sistemático de orina y el sedimento en el diagnóstico de infección urinaria.

**Métodos:** Estudio transversal. Selección de la muestra a partir de los urocultivos solicitados a pacientes de 70 o más años que consultaron en Urgencias en noviembre y diciembre del 2011. Se recogieron antecedentes personales, síntomas, signos clínicos, datos analíticos y el resultado de urocultivo y antibiograma. Se revisó el diagnóstico de ITU en el juicio clínico, el antibiótico pautado y el destino al alta. El único criterio de exclusión fue haber estado con tratamiento antibiótico en los últimos 7 días.

**Resultados:** En esos dos meses fueron atendidos en Urgencias 6.588 mayores de 70 años, solicitándose urocultivo al 3,6%.  $n = 202$ . Edad media:  $82 \pm 6,5$  [70-102], 55,4% mujeres. El total de urocultivos positivos fue 43,9% y el diagnóstico de ITU en el informe de urgencias un 53%,  $r = 0,53$  ( $p = 0,01$ ). De los urocultivos positivos, en un 22,7% se aisló el mismo germen en el hemocultivo. Se realizaron en total 18 tinciones de Gram. La presencia de leucocituria, hematuria o nitritos en el sistemático de orina fue significativa con una sensibilidad del 80%, 57% y 29% y especificidad del 60%, 65% y 94%, respectivamente. El mejor VPP fue el de nitritos (81%) y el mejor VPN, el de leucocituria (79%). En el sedimento, los parámetros significativos fueron bacteriuria ( $S = 80\%$ ,  $E = 68\%$ ) y piuria ( $S = 76\%$ ,  $E = 69\%$ ). El mejor VPP, el de piuria (67%) y mejor VPN, el de bacteriuria (82%). Gérmenes: *E. coli* (55,4%), *Klebsiella* (16,3%), *Proteus* (8,7%), *Pseudomonas* (4,3%), otros (15,2%). El porcentaje de gérmenes sensibles al antibiótico iniciado en Urgencias fue del 82,5%. Los antibióticos más usados fueron amoxicilina-clavulánico (51%), ciprofloxacino y cefuroxima (14,7% cada uno).

**Conclusiones:** La presencia de alteraciones en la analítica urinaria ayuda al correcto diagnóstico de la infección urinaria en los mayores que consultan en Urgencias con clínica inespecífica, siendo muy sensible la aparición de leucocituria y bacteriuria y muy alta la especificidad de nitritos en el sistemático de orina. La tinción de Gram es una prueba muy poco solicitada. El tratamiento empírico fue adecuado en un 82,5% de los casos.

#### PC-067. RELACIÓN ENTRE EL EQUILIBRIO Y LA MARCHA, EVALUADA MEDIANTE EL TEST DE TINETTI, Y LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL MIEDO A CAER ("FALLS EFFICACY SCALE")

A.C. Gama González, C. Roqueta Guillén, B. González Ávila, M. Álvaro Pardo, M. Gómez Pérez, A.M. Cervera Alemany y R. Miralles Basseda  
*Centre Fòrum Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.*

**Objetivos:** Valorar la relación entre la percepción del miedo a caer y el test de Tinetti en pacientes ingresados en una unidad de media estancia geriátrica (UME).

**Métodos:** Se registraron 77 pacientes (46 mujeres (59,7%)) con una edad media de  $80,31 \pm 8,59$  años. Se evaluó la marcha y el equilibrio, mediante el test de Tinetti, y la percepción del miedo a caer, mediante una versión traducida al castellano de la "Falls Efficacy Scale" (J Gerontol. 1990;45:239), en el momento en que iniciaban capacidad de marcha y al alta, tras seguir un programa de rehabilitación e intervención interdisciplinaria durante su ingreso en UME. La "Falls Efficacy Scale" consta de 10 ítems, cada uno de los cuales se puntúa entre 1 y 10 (1 = poca confianza, mucho miedo y 10 mucha confianza, poco miedo) (puntuación total: 10 a 100). El test de Tinetti valora el equilibrio (16 puntos) y la marcha (12 puntos) (puntuación total 28 puntos).

**Resultados:** En el momento en que los pacientes iniciaron su capacidad de marcha, la media de las puntuaciones del test de Tinetti y de la "Falls Efficacy Scale" fueron  $14,58 \pm 4,95$  y  $57,68 \pm 25,87$  y en el momento del alta  $20,07 \pm 4,79$  y  $68,96 \pm 21,38$  ( $p < 0,001$  y  $p < 0,001$ ), respectivamente. La correlación entre ambos tests fue baja al inicio ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,1425$ ) y mejoró discretamente al alta ( $r = 0,32$ ;  $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** 1. La correlación entre el test de Tinetti y la percepción del miedo a caer fue baja en el momento inicial del estudio y mejoró discretamente en el momento del alta. 2. Hubo una mejoría significativa tanto en el test de Tinetti como en la percepción del miedo en el momento del alta respecto al inicio del estudio.

#### PC-068. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DOMICILIO AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PAPPA). RESULTADOS PRELIMINARES

R.A. Sabaté García, E. Villegas, J. Cruanyes, C. Neciosup, M. Farret y A. Vilà  
*Hospital de Barcelona.*

**Objetivos:** Assistència Sanitària (AS) diseñó un programa para atender a los enfermos pluripatológicos, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial, mejorar eficacia clínica y optimizar los recursos sanitarios.

**Métodos:** En junio de 2011 se inició un programa de atención en el domicilio. Se seleccionaron los pacientes pluripatológicos con 2 o más ingresos en el último año. Los pacientes eran valorados por un equipo multidisciplinar integrado por geriatras, médicos de cabecera y enfermeras. En las primeras 24 horas tras el alta los pacientes recibían la visita del geriatra y la enfermera. En caso de estabilidad clínica, el paciente era controlado por el médico de cabecera y la enfermera, disponiendo el programa de un teléfono directo de atención por enfermería. En caso de descompensación el médico geriatra pautaba el tratamiento adecuado. Durante la franja horaria no cubierta por el PAPPA el paciente podía recibir atención urgente por el Servicio de Urgencias Domiciliarias (SUD). La historia clínica y las órdenes médicas estaban disponibles en el domicilio en soporte papel y eran accesibles en soporte informático por los facultativos del programa.

**Resultados:** El periodo del estudio junio del 2011-febrero de 2012. Los pacientes evaluados fueron 194. Se incluyeron 96 (49,5%). Datos demográficos: edad media  $85 \pm 7$ , sexo 58% mujeres, Í. Barthel  $35 \pm 27$ . La distribución por grupos de patología fue: 20% EPOC, 11% insuficiencia cardíaca, 12% demencia, 56% pluripatología (46%). Se precisaron 239 visitas por geriatra (2 visitas por paciente y mes), 491 visitas por médico de cabecera (2 visitas por paciente y mes), 884 visitas por enfermería (4 visitas por paciente y mes) y 123 visitas de SUD. Durante el periodo fallecieron 32 pacientes, 24 (75%) en domicilio. Los pacientes precisaron 316 estancias hospitalarias (0,9 días ajustado por paciente y mes). Durante los 6 meses previos habían precisado 2.174 estancias hospitalarias (3,7 días ajustado por paciente y mes).

**Conclusiones:** El PAPPA es un programa ambulatorio efectivo para el control de los pacientes crónicos tras el alta hospitalaria. Se ha constatado un alto grado de satisfacción de pacientes y sus familiares. El PAPPA es más eficiente para estos pacientes que la hospitalización.

#### PC-069. RELACIÓN ENTRE PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA Y REINGRESOS EN MAYORES HOSPITALIZADOS

M. Muñoz García<sup>1</sup>, E. Delgado Silveira<sup>1</sup>, S. Martín-Aragón Álvarez<sup>2</sup>, T. Bermejo Vicedo<sup>1</sup> y A.J. Cruz Jentoft<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>2</sup>Universidad Complutense de Madrid.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre prescripción potencialmente inapropiada (PPI) al alta hospitalaria y la tasa de reingresos.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de doce meses de duración. Se seleccionaron 424 pacientes consecutivos ingresados, de edad  $\geq 70$  años. Se registraron: edad, sexo, días de estancia, índice de Charlson, fármacos al alta, reingreso en los 12 meses posteriores al alta y días hasta el reingreso. Se analizaron las PPI aplicando los criterios STOPP-START y los Beers, al alta. Se evaluó la relación entre PPI y la tasa de reingresos, así como la relación entre PPI y el tiempo medio hasta el reingreso.

**Resultados:** La edad media fue  $82,5 \pm 7,1$  años (55% mujeres). La estancia media fue  $15,4 \pm 15,8$  días, y 50 pacientes (11,8%) fallecieron durante la estancia. Al alta, el Í. Charlson medio fue  $2,7 \pm 2,2$  y la media de fármacos  $7,7 \pm 3,2$ . De los 374 pacientes al alta, 255 (68,2%) tenían PPI, 95 con Beers, 93 con STOPP y 196 con START. De los 255 pacientes con PPI, 116 (45,5%) reingresaron, presentando una media de 2,4 PPI e Í. Charlson medio 3,2. De éstos, 46 pacientes (39,6%) tenían Beers ( $p = \text{NS}$ ), 45 (38,8%) STOPP ( $p = \text{NS}$ ), y 94 (81%) START ( $p = 0,057$ ). Los 139 (54,5%) pacientes con PPI que no reingresaron tenían 2 PPI de media e Í. Charlson medio 3. Entre los 119 pacientes sin PPI, 46 reingresaron (38,6%) con Í. Charlson medio de 2,5. La media de días hasta el reingreso fue  $229,6 \pm 15,2$  en pacientes con PPI y  $252,0 \pm 8,8$  en pacientes sin PPI, considerando Beers. Respecto a STOPP, la media de días fue  $238,5 \pm 15,3$  y  $248,94 \pm 8,8$ , respectivamente. Aplicando START, la media de días en pacientes con PPI fue  $236,7 \pm 10,7$ , y  $256,9 \pm 10,9$  en los que no tenían omisión de fármacos indicados.

**Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los pacientes con PPI reingresaron. El valor medio de PPI e Í. Charlson fue mayor entre los pacientes con PPI que reingresaron. La omisión de fármacos indicados, detectada por START, destacó en los pacientes con PPI que reingresaron. El tiempo medio hasta el reingreso tuvo tendencia a ser menor en los pacientes con PPI.

#### PC-070. PERFIL DE LOS ANCIANOS CON INCONTINENCIA DOBLE (FECAL Y URINARIA) EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

M. Vígara García, C. Verdejo Bravo, M.L. Chung Jaén, M. Ortega López, C. Cerdán Santacruz, P. Gil Gregorio y J. Cerdán Miguel

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** La incontinencia anal (IA) constituye un problema sumamente invalidante a la que se añade, en numerosas ocasiones, la incontinencia urinaria (IU). Ambos problemas de salud son considerados grandes síndromes geriátricos, que requieren una valoración y atención integral, tanto desde el punto de vista diagnóstico como y terapéutico.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de la incontinencia doble (IA + IU) en los ancianos que ingresan en una Unidad de Agudos de Geriatria. Analizar las características clínicas y funcionales de los ancianos que sufren incontinencia doble (IA + IU).

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de Agudos de Geriatria, desde septiembre de 2010 a marzo de 2012, incluyendo a todos los pacientes consecutivamente ingresados que eran incontinentes previamente. Se aplicó un cuestionario de salud con 140 ítems con datos demográficos (sexo, edad), antecedentes específicos (ginecológicos-urológicos), comorbilidad (índice de Charlson), historia farmacológica, situación funcional (AVD básicas e instrumentales, función física y mental), características incontinencia (tipos y severidad), procedimientos diagnósticos y terapéuticos previos. Tanto la aplicación del cuestionario como la exploración física fueron efectuadas por el mismo médico.

**Resultados:** Muestra analizada: 120 pacientes (84 mujeres; 70%), con una edad media de 80,5 (intervalo de edad 70-103 años). 62 pacientes (51,6%) presentaban incontinencia doble (39 mujeres: 46,4% y 23 varones: 63,8%), con una edad media de 81,6 años. Antecedentes específicos: 33 mujeres (84,6%) tuvieron partos; 11 varones padecían hiperplasia benigna prostática (47,8%) y 4 cáncer de próstata (17,3%). La puntuación media en el índice de Charlson fue de 4,2. Variables



funcionales: Dependientes severos (Katz > D: 53); demencia 49 casos (79%); Inmovilidad total: 10 (16%). 23 pacientes (37%) han consultado a un especialista y se ha estudiado a 7 (11,2%).

**Conclusiones:** La incontinencia doble es bastante prevalente en los ancianos ingresados en la Unidad de Agudos de Geriátría. El perfil del anciano con doble incontinencia es de una edad avanzada, con alta comorbilidad y deterioro funcional establecido. Destaca la baja frecuencia con la que los pacientes consultan por ambos problemas así como la escasa intervención diagnóstica y terapéutica hacia este síndrome geriátrico.

#### PC-071. REHABILITACIÓN MULTIMODAL (FAST TRACK) EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INTERVENIDOS POR CÁNCER DE COLON Y RECTO

F. Esteban Collazo, I. Domínguez Serrano, M. Vígara García, R. Santos Rancaño, C. Cerdán Santacruz, M. Ortega López y J. Cerdán Miguel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** El cáncer colorrectal afecta frecuentemente a pacientes de edad avanzada y el tratamiento quirúrgico está gravado con una elevada morbilidad. La aplicación de programas de fast-track, cada vez más extendida, puede contribuir a mejorar los resultados de esta cirugía y disminuir la estancia hospitalaria en estos pacientes.

**Métodos:** Incluimos en este estudio de forma prospectiva 109 pacientes intervenidos por cáncer colorrectal entre 2008 y 2010, a los que se aplicó protocolo de fast-track que incluye los ítems aceptados para este tipo de programas. Se establecieron dos grupos: 39 pacientes (35,8%) eran mayores de 75 años (PEA) y 70 menores de esa edad (PJ). Se analizaron las diferencias en cuanto a morbilidad, estancia hospitalaria, tasa de reingresos y recuperación funcional en cada uno de los grupos de estudio.

**Resultados:** La edad media en el grupo PEA fue de  $79,8 \pm 3,6$  años. Hubo más pacientes con riesgo ASA III en este grupo que en el grupo PJ (56,4% vs 38,7%,  $p = 0,07$ ). No se observaron diferencias significativas en la morbilidad global (30% vs 26%,  $p = 0,65$ ), médica o quirúrgica, aunque la tasa de infección respiratoria fue mayor para los PEA (7,7% vs 1,4%,  $p = 0,1$ ). No hubo mortalidad preoperatoria. La mediana de estancia fue de 7 días para los pacientes PJ frente a 8 días para el otro grupo, sin diferencias significativas ( $p = 0,34$ ). La tasa de reingresos fue menor del 3% ( $p = 0,7$ ) en ambos grupos. En cuanto a la recuperación funcional, no hubo diferencias significativas en la cumplimentación de movilización precoz, tolerancia a dieta blanda, comienzo del peristaltismo o día de la primera deposición.

**Conclusiones:** Los programas de rehabilitación multimodal pueden ser aplicados con seguridad a pacientes de edad avanzada que son intervenidos por cáncer colorrectal. Proporcionan los mismos resultados beneficiosos que en pacientes jóvenes en términos de morbilidad, estancia hospitalaria y recuperación funcional.

#### PC-072 INCONTINENCIA ANAL EN EL ANCIANO: ¿SE PRESTA UNA ADECUADA ATENCIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA?

M. Vígara García, C. Cerdán Santacruz, C. Verdejo Bravo, M. Ortega López, A. Viloria Jiménez, P. Gil Gregorio y J. Cerdán Miguel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Analizar las características clínicas y funcionales de los ancianos con incontinencia anal ingresados en una Unidad de Agudos de Geriátría. Conocer las actuaciones sanitarias realizadas, tanto diagnósticas y terapéuticas, en los ancianos con incontinencia anal para la atención de este problema de salud.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de Agudos de Geriátría, desde septiembre de 2010 a marzo de 2012, incluyendo a todos los pacientes consecutivamente ingresados y que

presentaban incontinencia anal previamente, y excluyendo a los que estaban en situación de terminalidad. Se aplicó un cuestionario de salud con 140 ítems con datos demográficos (sexo, edad), antecedentes específicos (ginecológicos), comorbilidad (índice de Charlson), historia farmacológica, situación funcional (AVD básicas e instrumentales, función física y mental), características incontinencia (tipos y severidad), procedimientos diagnósticos y terapéuticos previos. Tanto la aplicación del cuestionario como la exploración física fueron efectuadas por el mismo médico.

**Resultados:** 68 pacientes (56,7%) presentaban incontinencia anal (44 mujeres; 52,3%, y 14 hombres; 36,6%). Severidad de la incontinencia (escala de Wexner): leve: 15 casos (22%); moderada 4 casos (5,8%) y severa 49 casos (79%). Sólo 7 pacientes (10,2%) habían consultado a su médico por este motivo. Aunque a todos ellos se les había realizado algún tipo de estudio, a ninguno se le practicó una ecografía endoanal y únicamente a 5 pacientes (7,3%) una manometría anorrectal. De todos los tratamientos propuestos, a 51 pacientes (75%) se les recomendó medidas higiénico-dietéticas, a 53 (77,9%) el uso de absorbentes y 3 (4,4%) fueron sometidos a una colostomía con finalidad paliativa. Ninguno de ellos fue informado sobre otros procedimientos (biofeedback, neuromodulación de raíces sacras, esfínter artificial ni esfinteroplastia).

**Conclusiones:** La incontinencia anal es un problema de salud con una alta prevalencia en los ancianos que ingresan en una Unidad de Agudos. La incontinencia anal que padecen los ancianos ingresados en una Unidad de Agudos es severa. Paradójicamente, el índice de consulta médica es muy bajo. Consideramos que la atención diagnóstica y terapéutica que reciben estos pacientes es escasa e insuficiente, en base a las evidencias actuales.

#### PC-073. ¿QUÉ PODEMOS DECIR SOBRE LA DISFAGIA EN NUESTRO MEDIO?

R.M. Quílez Pina, C. Herrera Bozzo, M.E. Castro Vilela, J.L. Bonafonte Marteles y C. Cánovas Pareja  
*Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** Identificar factores de riesgo de disfagia en ancianos. Mejorar la detección de la disfagia mediante instrumentos de cribado. Evaluar las complicaciones en estos pacientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo. Se estudiaron pacientes ingresados en un Servicio de Geriátría durante enero-febrero 2012. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas, bioquímicas, diagnóstico de ingreso, comorbilidad (Charlson), situación funcional (Barthel), valoración nutricional (Mini-MNA), antecedentes de disfagia, broncoaspiración durante hospitalización. A todos los pacientes se les aplicó como instrumento de cribado de disfagia, el Eating Assessment Tool (EAT-10). A quienes tenían antecedentes de disfagia y/o EAT-10 mayor o igual a 3 se les realizó el Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

**Resultados:** 121 pacientes. 72% mujeres. 41% provenía residencia. Edad media: 87 años. Presentaban el antecedente de disfagia 39,7%, se detecta según EAT-10 58,7%, según MECV-V 43% (al 14,8% fue irrealizable). Desnutrición según MNA el 53%. Los pacientes con disfagia son más longevos ( $p < 0,001$ ), tienen un mayor Í. Charlson ( $p < 0,001$ ) y dependencia funcional severa (Barthel < 20), ( $p < 0,001$  OR de 7,6) y en la ingesta ( $p < 0,001$ ). Hay mayor prevalencia de desnutrición según Mini-MNA ( $p < 0,001$ ) y riesgo desnutrición ( $p = 0,01$ ). El motivo de ingreso fue con mayor frecuencia la infección respiratoria ( $p < 0,05$ ) y la deshidratación ( $p < 0,001$ ). Tienen mayor prevalencia de antecedente de infección respiratoria de repetición y de broncoaspiración ( $p < 0,001$ ). Como factores de riesgo encontramos la demencia ( $p < 0,001$ ), ACV previo ( $p = 0,038$ ), cáncer ( $p = 0,02$ ), uso de neurolépticos ( $p = 0,018$ ) y antidepresivos diurnos ( $p = 0,036$ ). No se encontraron diferencias significativas entre sexos, procedencia, destino ni mortalidad.



**Conclusiones:** El paciente tipo con disfagia es un “anciano-anciano” con importante comorbilidad, dependencia severa, demencia y mal estado nutricional. Al igual que en otros estudios se evidencia la demencia, el ACV y el cáncer como factores de riesgo para la presencia de disfagia. Se ha observado que los pacientes con dependencia severa tienen 7,6 veces más riesgo de disfagia. La elevada prevalencia de disfagia, la importancia de la broncoaspiración y la infección respiratoria en nuestro medio obliga a elaborar estrategias para el manejo de la disfagia en el entorno hospitalario y tanto el EAT-10 como el MECV-V pueden ser instrumentos útiles para su temprana detección y manejo.

#### PC-074. ¿CÓMO AFECTA LA DESNUTRICIÓN A LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA?

R.M. Quílez Pina<sup>1</sup>, P. Mesa Lampre<sup>1</sup>, C. Herrera Bozzo<sup>1</sup> y V. Canales Cortés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.

<sup>2</sup>Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos:** Valorar la prevalencia de desnutrición y riesgo nutricional en ancianos intervenidos por fractura de cadera. Evaluar si los suplementos nutricionales mejoran la estancia o disminuyen las complicaciones.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Se incluyeron a todos los pacientes con fractura de cadera que ingresaron en una unidad de agudos de ortogeriatría, de enero a junio de 2011, tras 48-72 horas de ser intervenidos. Evaluamos variables: sociodemográficas, estancia, complicaciones, cognición (Pfeiffer), situación funcional previa y al alta (Barthel), valoración nutricional (Mini-MNA), uso de suplementos proteicos, medidas antropométricas y analíticas al ingreso y al alta. Análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** 59 pacientes, 83% mujeres con edad media de 86,4 años y estancia media total (traumatología + agudos ortogeriatría + convalecencia si lo precisaron) de 24 días (agudos 14 días). Dependencia severa 10%. 54% presentan situación riesgo nutricional y 3,5% desnutridos (según MiniMNA). Muestran un IMC < 25 el 27%. La hipoalbuminemia (< 2,7 g/dl) se asoció de manera significativa a delirium (p 0,037) y aumento de la estancia total (p 0,021). Existía desnutrición (más de un parámetro analítico alterado) en el 78%. El uso de suplementos durante el ingreso no se relacionó con menor estancia, menos complicaciones ni mejores resultados funcionales. Los pacientes dementes presentaron mayor incidencia de hipocolesterolemia (p < 0,05), mientras que los que no tenían demencia presentaron un mejor índice funcional tanto al ingreso como al alta (p < 0,001). No se asociaron alteraciones nutricionales con mayor mortalidad o institucionalización.

**Conclusiones:** Observamos un elevado porcentaje de pacientes con desnutrición a pesar de tener un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>. Por tanto, aunque un IMC elevado sea un parámetro indicativo de obesidad en edades más tempranas, en ancianos no parecería un buen índice aislado de valoración nutricional, pudiendo resultar más útil el MiniMNA. Aunque sabemos que la albúmina no es buen marcador nutricional en fase aguda, el hecho de que se haya relacionado con mayor estancia y presencia de delirium, aconseja normalizarla en el menor tiempo. La demencia es un factor de peor pronóstico funcional y de mayor riesgo desnutrición por lo que debemos prestar una atención especial a este grupo poblacional.

#### PC-075. FRACTURA DE CADERA, ANCIANO Y GERIATRA. UN TRÍO INSEPARABLE

J. Galindo Ortiz de Landazuri, E. Ubis Diez y L. Morlans Gracia  
Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

**Objetivos:** La fractura de cadera supone, junto al ACV, una de las principales causas de discapacidad en la persona mayor, que precisa

de una atención multidisciplinar para conseguir mayor efectividad. El objetivo principal es evaluar la efectividad de un plan de mejora liderado desde el Sº de Geriátría, que implica a todos los servicios que prestan atención en el proceso de fractura de cadera.

**Métodos:** Se desarrollan unas recomendaciones, consensuadas, en la atención del anciano con fractura de cadera, posteriormente se presentan en todos los servicios implicados y finalmente puesta en marcha de las mismas. Se analizan variables socio-demográficas y de indicadores de calidad el proceso, se comparan con los obtenidos en el año anterior a la puesta en marcha de las recomendaciones.

**Resultados:** En el año 2010 ingresaron 190 pacientes con fractura de cadera con una edad media de 82,4 años, siendo el 68,42% mujeres, la estancia preoperatoria fue de 4,6 días y la estancia total de 11,9 días, el porcentaje de exitus fue de 7,36% y el de institucionalización de 7,89%. En los 6 primeros meses tras la puesta en marcha de las recomendaciones, un total de 117 pacientes fueron atendidos con una edad media de 83,9 años, siendo el 76,06% mujeres, la estancia preoperatoria fue de 3,6 días y la estancia total de 11,1 días, el porcentaje de exitus fue de 5,9% y el de institucionalización de 11,1%.

**Conclusiones:** 1. Mejoría en los parámetros medidos. 2. Necesidad de un gestor de casos que lidere el equipo. 3. Geriátría reúne las condiciones ideales para ello por su visión integral del proceso.

#### PC-076. INCIDENCIA DE CAÍDAS Y FACTORES RELACIONADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO DE ANCIANOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Villacieros<sup>1</sup>, L. Iglesias<sup>2</sup>, E. López<sup>2</sup>, S. Soto<sup>2</sup>, J.C. Bermejo<sup>1</sup>, L. Steegmann<sup>2</sup> y A. López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid. <sup>2</sup>Centro Asistencial San Camilo. Tres Cantos. Madrid.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de caídas, perfil de las caídas en el centro y algunos factores relacionados.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo sobre las caídas de ancianos residentes (edad media de 82,25 años, 45 (70%) mujeres y 20 (30%) hombres), registradas en un centro sociosanitario durante el año 2011. Se extrajeron los datos de la base de datos ResiPlus. Las variables que se recogieron para analizar la incidencia fueron número de caídas totales y por residente y lugar y turno de la caída. Para revisar algunos factores asociados se recogieron tratamiento al momento de la caída (con antidepresivos, benzodiacepinas y antihipertensivos) y diagnóstico principal.

**Resultados:** Durante el periodo analizado se notificaron un total de 129 (86%) caídas; se cayeron 65 residentes de los 150 contabilizados, lo que representa que el 43% de ellos se ha caído al menos una vez. De los 65 residentes que se han caído, 31 (48%) se han caído 2 veces, 16 (25%) 3 veces, 6 (9%) 4 veces, 5 (8%) 5 veces, 2 (3%) 6 veces y 1 (1,5%) hasta 10 veces. La mayor frecuencia de caídas se produjo en la habitación 52 (40,3%) y en el comedor 27 (21%). La mayoría se dieron durante el día, mañana 55 (43%) y tarde 52 (40%) y el resto 22 (17%) en la noche. Respecto al diagnóstico principal: 35 (54%) neurológicas, 10 (15%) cardiorespiratorias, 6 (9%) psiquiátricas, 6 (9%) reumatológicas, 4 (6%) endocrinas y el resto otras (renal, oftalmológica, oncológica y hepáticas). En cuanto a medicación, en 16 (12%) de las caídas el paciente estaba medicado con los tres medicamentos recogidos (antidepresivos, benzodiacepinas y antihipertensivos), en 31 (24%) solamente con 2 de ellos y en 66 (51%) con uno de ellos. En 16 (12%) las medicaciones eran otras.

**Conclusiones:** Según la información analizada el tipo de caída más frecuente es la de una mujer de 82 años, con enfermedad neurológica, que se cae 2 veces al año, de día, en la habitación y estando medicada con 2 de las siguientes; antidepresivos, benzodiacepinas y/o antihipertensivos, además de otras medicaciones.

### PC-077. ATENCIÓN SUBAGUDA. UN MODELO DE ATENCIÓN CRECIENTE EN EL PACIENTE ANCIANO PLURIPATOLÓGICO

N. Martí Triguero, R. Qanneta, J. Pi Sánchez, O. Díaz Crombie, R. Martínez Ripol, G. Claret Gispert y A. Cortiella Masdeu  
*Hospital SS Francolí. Tarragona.*

**Introducción:** El modelo de atención subaguda emerge de forma creciente en los últimos años, dirigido a pacientes ancianos frágiles o con pluripatología que han presentado una agudización de su enfermedad, evitando su permanencia en el hospital de agudos mediante un traslado precoz a unidades de menor complejidad terapéutica con el objetivo de tratamiento integral y multidisciplinar.

**Objetivos:** Analizamos el número de pacientes atendidos durante el año 2011. Se valoró si se cumplían los estándares de calidad marcados por el CatSalut (estancia media < 16 días, regreso a su lugar de procedencia > 70%, traslado a otras unidades < 15% y mortalidad < 10%), la relación con la comorbilidad (índice de Charlson abreviado (ICa), y el tratamiento multidisciplinar recibido.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados durante el año 2011 en la unidad de subagudos de nuestro centro, 12 camas.

**Resultados:** Se atendieron 83 episodios, 5 (6,02%) reingresos. 47 (56%) mujeres y 36 (43%) varones. Edad media de 78,1 años. Los diagnósticos principales causantes del ingreso: 46 (55%) de los casos patología respiratoria, mayoritariamente descompensación de EPOC y neumonía, seguido de descompensación de patología cardíaca 22 (26,5%), causas infecciosas en un 14,45% mayoritariamente del tracto genitourinario en un 66,4%. La comorbilidad fue del I Ca3.1 (ningún paciente con proceso oncológico activo). La estancia media de 19,2 días. El porcentaje de exitus de 3,48%. Destino mayoritario al alta el retorno a su domicilio 72,2% de los pacientes, en un 9,6% se realizó un cambio de unidad. El 100% fueron valorados por la trabajadora social, de los que se solicitó la ley de dependencia a un 10,8% y un 30,1% ya recibían la prestación. Fueron de novo destino residencia 3 (3,61%) pacientes. En el 68% de los casos realizaron programa de de rehabilitación personalizado, objetivándose una mejoría funcional en un 38%.

**Conclusiones:** El ingreso precoz en la unidad de subagudos no supuso un incremento de la mortalidad global, siendo ésta muy por debajo de los estándares demandados. El destino al alta fue mayoritariamente su lugar de procedencia (domicilio). La estancia media está en relación con el índice de comorbilidad de nuestros pacientes. El tratamiento integral consigue un alto porcentaje de mejoría funcional.

### PC-078. INFLUENCIA DEL PROCESO MÉDICO INCAPACITANTE EN EL DESTINO AL ALTA DE UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

A. Abadía Escartín, M.D.C. Sánchez Rodríguez, M.A. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, O. Sabartés Fortuny y M. Pi-Figueras Valls  
*Parc Salut Mar. Barcelona.*

**Introducción:** Las Unidades de Subagudos de Geriátría son un recurso de hospitalización post-aguda con cuidados interdisciplinares y enfoque rehabilitador a medio plazo, en ancianos con elevada prevalencia de comorbilidad y síndromes geriátricos.

**Objetivos:** Analizar la influencia de los diagnósticos de ingreso, que motivaron el deterioro funcional, en la ubicación al alta de una Unidad de Subagudos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una Unidad de Subagudos durante 2008 y 2009. Se realizó análisis bivariado del diagnóstico de ingreso categorizado (pulmonar, cardíaco, infecciones, digestivo, neurológico, neoplasias, fracturas, otros) en función de si retornaban a su lugar de origen y en función de la mortalidad. Se consideró estadísticamente significativo valores de p menores de 0,05.

**Resultados:** Evaluados 290 pacientes ( $82 \pm 8,7$  años, 46% hombres): retornaron a su lugar de origen 65%, fallecieron 7,2%, precisaron traslado 5,1% se trasladaron a Centro Sociosanitario 8,2% y fueron institucionalizados en residencia 14,3%. Retornaron a su origen ( $p = 0,67$ ) el 71,6% de los pacientes con enfermedad pulmonar (constituían el 32,8% del total); 56% de los procesos cardíacos (8,6% del total); 65,5% de infecciosos (20%); 58,3% de digestivos (4,14%); 61% de los neurológicos (14,14%); 54,5% de los neoplásicos (3,8%); 56,5% de las fracturas (7,9%) y 68% del resto de noxas incapacitantes (8,6%). Fallecieron ( $p = 0,04$ ) el 9,5% de los pacientes con procesos pulmonares que motivaron el deterioro funcional; 16% de cardíacos; 3,4% de infecciosos; 25% de digestivos; 2,4% de neurológicos; 9,1% de neoplásicos y 4,3% de fracturas.

**Conclusiones:** El retorno a la ubicación previa no estaría condicionado, en nuestra muestra, por la noxa patológica que motivaba el deterioro funcional. Presentar deterioro funcional por procesos agudos de origen cardiorespiratorio e infecciones del tracto digestivo graves condicionaba una mayor mortalidad en una Unidad de Subagudos.

### PC-079. UNIDAD DE SUBAGUDOS: DOS PERFILES...

#### ¿Y UN DESTINO? DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS Y LOS PROCEDENTES DE OTROS SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

M.D.C. Sánchez Rodríguez, J. Gutiérrez Cebollada, I. Pineda Pérez, E. Hernández Leal, N. Saavedra Martí y O. Sabartés Fortuny  
*Parc Salut Mar. Barcelona.*

**Introducción:** Subagudos es un nivel asistencial de postagudos, receptor de pacientes procedentes de Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y otros servicios médico-quirúrgicos, previa valoración interdisciplinar.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte de ingresados 2008-2010. Bivariado de demografía, patologías, comorbilidad (Charlson), situación cognitiva (Pfeiffer), funcional previa, ingreso, alta (Barthel, Lawton, eficiencia rehabilitadora, Heinemann modificado), social (Gijón) y riesgo de úlceras (Norton) en función de procedencia de UGA u otros servicios.

**Resultados:** Evaluados 524 (44 hombres;  $82,5 \pm 8,5$  años), 313 (59,7%) de UGA y 211 (40,3%) otros servicios. Los de UGA eran más ancianos (84,8 ED 6,5 vs 79 ED 9,8,  $p < 0,001$ ), con menos hospitalización previa (10,8 ED 7 vs 20,6 ED 21,8,  $p < 0,001$ ) y en Subagudos (13,6 ED 8,5 vs 15,6 ED 10,5,  $p = 0,006$ ), peor situación cognitiva (Pfeiffer 5 ED 3 vs 2,9 ED 3,  $p < 0,001$ ), mayor polifarmacia (7,9 ED 3,8 vs 6,6 ED 4,4,  $p < 0,001$ ) y menor riesgo de úlceras (13,2 ED 3 vs 14,4 ED 2,9,  $p < 0,001$ ). Con similar comorbilidad (Charlson 2,8 ED 1,8 vs 2,7 ED 2,2,  $p = 0,2$ ), a pesar de que los de UGA presentaban peor situación funcional previa (Lawton 1,6 ED 2,4 vs 4,7 ED 3,  $p < 0,001$ ; Barthel 59,8 ED 28,4 vs 82,7 ED 22,5,  $p < 0,001$ ), ingreso (26,1 ED 20,6 vs 35,9 ED 23,9,  $p < 0,001$ ) y alta (50,3 ED 28,2 vs 69,4 ED 26,  $p < 0,001$ ), trabajo interdisciplinar obtenía similar eficacia rehabilitadora (2,2 ED 2,2 vs 2,4 ED 2,  $p = 0,07$ ) e índice de Heinemann (83,8 ED 123,9 vs 77,9 ED 57,5,  $p = 0,4$ ). Los de UGA provenían más de residencias (16% vs 0,9%); con similar intervención social (64%) y Gijón (8,1 ED 2,4 vs 8,2 ED 2,7,  $p = 0,6$ ), lograban similar retorno domiciliario (66,4 vs 56,2%) y ubicación en larga estancia (3,5 vs 2,8%), similares complicaciones pero distinto manejo clínico (mortalidad 7% vs 5,2%; traslados 1,6% vs 6,25%); eran más institucionalizados (14,6% vs 7,2%); proseguían rehabilitación en convalecencia menos (3,5% vs 9%).

**Conclusiones:** Pacientes de Unidad de Geriátría de Agudos y del resto de servicios presentaban distintos perfiles. La versatilidad de Subagudos lograba que ambos se beneficiasen de control médico, reeducación de la marcha y actividades básicas.

### PC-080. INCREMENTO DE COMPLEJIDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

M. Garreta Burrel, O. Vázquez Ibar, A. Huarte-Mendicoa, M. Riera Cañadell e I. Martínez Fernández  
*Parc de Salut Mar. Barcelona.*

**Objetivos:** Describir el incremento de complejidad de pacientes ingresados en una unidad de convalecencia, mediante la comparación en los dos últimos años, de diferentes variables asociadas a complejidad asistencial.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en una unidad de convalecencia en 2011, respecto de los ingresados en 2010. Se recogieron las siguientes variables: edad media, media de índice Barthel al ingreso, diagnósticos principales y estancia media. Y además, las siguientes variables asociadas a complejidad asistencial y necesidad de más cuidados de enfermería: consumo de antibióticos endovenosos, consumo de material fungible, número de aislamientos relacionados con presencia de gérmenes multiresistentes.

**Resultados:** Durante 2011 hubo 406 altas: 59,6% mujeres, edad media 77,4 años, Media I Barthel al ingreso: 21,6, estancia media: 52,3 días, diagnósticos principal al ingreso: traumatológico 31,7%, enfermedad crónica descompensada 22,8%, neurológico 17,7%. Durante 2010 hubo 407 altas: 62,7% mujeres, edad media 77,8 años, Media de I. Barthel al ingreso: 22,8, estancia media: 53,7 días, diagnósticos principal al ingreso: traumatológico: 30,05%, enfermedad crónica descompensada 20,6%, neurológico: 17,4%. El diagnóstico de enfermería más frecuente fue: deterioro de la movilidad física (64%) en ambos años. Al comparar el consumo de antibióticos en relación al nº de ingresos, se observó un incremento global del 82% (destaca imipenem con 105%), de sueros del 34,01% y de material fungible relacionado con vías en el 119%. Asimismo, el incremento de nebulizadores fue del 50%. El nº de aislamientos relacionados con la presencia de gérmenes multiresistentes pasó de 13 a 28 en 2011.

**Conclusiones:** Cuando se analizan variables tradicionales como edad media, Barthel al ingreso o diagnóstico médico principal, no parecen existir diferencias aparentes entre los enfermos ingresados en la unidad de convalecencia en los dos últimos años. Sin embargo, al analizar algunas variables relacionadas con la complejidad asistencial y el incremento de cuidados de enfermería (como antibióticos en nebulizadores desechables), sí se observan diferencias importantes.

### PC-081. NONAGENARIOS DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA: DE LO OBJETIVO A LO SUBJETIVO

M. Méndez Sánchez, M.D.P. López Marco y J. Miranda Albert  
*Diputación de Barcelona. Servicio Residencial de Estancias Temporales y Respiro. Barcelona.*

**Objetivos:** Relacionar datos clínicos y asistenciales con grado de satisfacción personal y percepción ante la vida, (relación bienestar/malestar).

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, sobre 51 pacientes entre 90 a 103 años, conforman el 25% de usuarios de nuestra residencia. Ámbito: provincia Barcelona. Recogida datos: edad, sexo. Número fármacos prescritos. Diagnósticos. Índice Barthel, MMSE, MEC, GDS. Participación actividades: RHB, ocio, talleres. Número derivaciones a urgencias en los dos últimos años. Percepción del grado satisfacción personal: Partimos de la hipótesis que pacientes mayores de 90 años perciben su vida de forma más positiva que los de 70-80.

**Conclusiones:** Los 51 pacientes se hallaban en el momento de recogida datos en BEG y estables clínicamente. En los dos últimos años se habían derivado a urgencias 22, el último hacia 1 mes. El GDS en 22 pacientes fue de 1 a 4. El Índice Barthel en 26 usuarios fue de autónomo a moderado. Su visión acerca de su satisfacción personal: 26 buena, 15 regular, 5 mala, 5 NS/NC. En cuanto a la percepción subjetiva del grado de salud: 26 buena, 13 regular, 7 mala, 5 NS/NC. Comparativamente con los escasos estudios que abordan el tema de

nuestros nonagenarios, hay cifras que se corresponden en cuanto a datos clínicos y farmacológicos, y otros datos menos objetivos, que inciden en la percepción de la vida en estas edades, siendo mejor que en ancianos más jóvenes, valorando de forma muy positiva el haber llegado a esa edad y sin importarles demasiado el día en que han de morir.

### PC-082. ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD DEL TEST DE STROOP

T. Ibarra Cayuela, R. Yubero Pancorbo, A. Viloria Jiménez  
 y P. Gil Gregorio  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Conocer la especificidad y sensibilidad del test de Stroop en pacientes con enfermedad tipo Alzheimer (EA), demencia vascular (DV), deterioro cognitivo leve (DCL) y controles.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con deterioro cognitivo en diferentes estadios evolutivos valorados en la Unidad de Memoria; se recogen variables demográficas (edad, sexo y nivel educativo), cognitivas (MMSE y Stroop) y estadiaje (Global Deterioration Scale de Reisberg). Diagnóstico DCL según criterios de Petersen 2004. Diagnóstico de probable EA según criterios NINCDS ADRDA. Criterios diagnósticos de Demencia Vascular NINCDS AIREN. Análisis estadístico SPSS 17.0.

**Resultados:** N = 163, el 68,7% eran mujeres con una edad media de 78 años (DE: 6,6), y el 51,5% con un nivel educativo de 6-10 años. La distribución de la muestra fue EA: 53, DV: 43, DCL: 43 y Controles: 24. El 92,5% de los sujetos con EA, el 86% de los DV, el 88% de los DCL y el 79% de los controles, tienen puntuaciones en el Stroop por debajo de la normalidad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tarea Stroop en todos los grupos ( $p = 0,004$ ). Hay diferencias estadísticamente significativas entre EA y DV ( $p = 0,030$ ), entre EA y DCL ( $p = 0,017$ ) y entre EA y controles ( $p = 0,001$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en las variables de edad y nivel educativo. Hay diferencias estadísticamente significativas en el MMSE, en todos los grupos menos entre EA y DV ( $p = 0,092$ ).

**Conclusiones:** En todos los grupos del estudio, incluidos los controles, hay interferencia del efecto Stroop. Cuanto mayor deterioro cognitivo, mayor interferencia en la tarea Stroop, independientemente de la edad y del nivel educativo. El test de Stroop es una prueba específica y sensible entre estadios y sirve para conocer la capacidad de control de interferencia automática como indicador cognitivo en las fases precoces de la demencia ya sea vascular o degenerativa.

### PC-083. ASPECTOS CLÍNICOS Y URODINÁMICOS DE LA HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR CON AFECTACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD EN ANCIANOS

C. Verdejo Bravo<sup>1</sup>, J. Salinas Casado<sup>1</sup>, M. Esteban Fuertes<sup>2</sup>, M. Virseda Chamorro<sup>2</sup> y P. Gil Gregorio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Nacional Paraplégicos. Toledo.

**Objetivos:** Analizar los aspectos clínicos y urodinámicos de una muestra de ancianos estudiados urodinámicamente por presentar síntomas urinarios, la gran mayoría de ellos incontinencia urinaria, y diagnosticados de "hiperactividad del detrusor con afectación de la contractilidad" (DHIC).

**Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes con edad  $\geq 65$  años, consecutivamente estudiados en la Unidad de Urodinámica en los últimos 5 años (2007-2011), que presentaban un diagnóstico de DHIC. Variables clínicas analizadas: antecedentes médicos y quirúrgicos; síntomas urinarios; presencia o no de incontinencia y sus formas clínicas. Variables urodinámicas analizadas: capacidad vesical; primera sensación vesical; residuo posmiccional; actividad EMG durante las contracciones involuntarias del detrusor. Análisis estadístico:

paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0). Variables cualitativas fueron analizadas como porcentajes; y las variables cuantitativas como desviación estándar. El análisis bivariable se hizo mediante la t de Student.

**Resultados:** Muestra: 188 pacientes; edad media 75,07 años; 105 mujeres (56,1%). Antecedentes: estreñimiento 47 casos (25,1%); diabetes mellitus 29 casos (15,5%); infecciones urinarias 29 casos (15,5%); radioterapia pélvica previa 25 casos (13,4%). Vejiga neurogénica: 47 casos (25,1%). Síntoma incontinencia: urgencia 145 casos (77,5%); tos 66 casos (35,3%). Síntomas urinarios: almacenamiento 154 casos (82,4%); vaciado 74 casos (39,6%). Retención orina previa: 21 casos (11,2%); sondaje vesical 18 casos (9,6%). Residuo posmiccional < 100 cc: 151 casos (80,7%). Capacidad vesical media 140,97 ml; Actividad EMG: incremento 164 casos (87,7%); silencio 20 casos (10,7%). Asociaciones estadísticas: estreñimiento y mujer con DHIC ( $p < 0,0001$ ); incontinencia con la tos y mujer con DHIC ( $p < 0,0001$ ); vejiga neurogénica e incontinencia de urgencia ( $p < 0,014$ ); vejiga neurogénica y sexo masculino ( $p < 0,007$ ). No se encontró asociación estadística con la edad, antecedentes patológicos y síntomas, residuo posmiccional y vejiga neurogénica.

**Conclusiones:** 1) La incontinencia con la tos aparece como síntoma más común en la mujer anciana con DHIC, mientras que la incontinencia de urgencia es más común en los ancianos con DHIC y que presentan una vejiga neurogénica. 2) La vejiga neurogénica es más común en los varones ancianos con DHIC. 3) La clínica urinaria, la exploración física y la medición del residuo posmiccional, no permite identificar a los ancianos con DHIC.

#### PC-084. INFLUENCIA DE LA EDAD CRONOLÓGICA Y EL VOLUMEN PROSTÁTICO EN LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

C. Verdejo Bravo, E. Useros Rodríguez, J. Salinas Casado, A. Villar Martín y P. Gil Gregorio  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Analizar si la edad cronológica y el volumen prostático medido por ecografía son factores de riesgo independientes en la demostración urodinámica de obstrucción del tracto urinario inferior.

**Métodos:** Estudio transversal sobre 101 varones consecutivamente estudiados urodinámicamente por síntomas del tracto urinario inferior. Se constituyeron 2 subgrupos (50 y 51 pacientes), según la existencia o ausencia de datos urodinámicos de obstrucción. En base al volumen prostático medido por ecografía se establecieron 3 categorías: pequeña < 30 cc; mediana 30-60 cc; grande > 60 cc. y en base a la edad 4 categorías: < 50 años; 51-64 años; 65-84 años; > 85 años. Análisis estadístico: se analizaron las variables edad y volumen prostático en ambos subgrupos de pacientes por separado, y la existencia o no de relación lineal entre ambas variables en diagramas de dispersión. Posteriormente se realizó un análisis comparativo utilizando la t de Student para la edad y la U de Mann-Whitney para el volumen prostático.

**Resultados:** Muestra: 101 pacientes; pacientes obstruidos:  $n = 50$  (edad media 71,4 años) y pacientes no obstruidos:  $n = 51$  (edad media 66,7 años). La edad y el volumen prostático no presentan una relación lineal en ninguno de los dos subgrupos, de forma que una edad avanzada no se asoció significativamente con un mayor volumen prostático. Asimismo, el volumen prostático no se asoció significativamente con la obstrucción ( $p = 0,194$ ). Al categorizar ambas variables y analizarlas por separado se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la demostración urodinámica de obstrucción en el grupo de los ancianos menos ancianos (65-85 años). Mediante la regresión logística se encontró que los pacientes con próstatas grandes, el riesgo de presentar obstrucción urodinámica era 4,7 veces mayor y en los pacientes con próstatas medianas de 5,2 veces más.

**Conclusiones:** 1) La edad cronológica por sí misma no supone un factor de riesgo independiente para la existencia urodinámica de obstrucción al tracto urinario inferior. 2) El mayor riesgo de obstrucción ocurre en pacientes con volúmenes prostáticos intermedios y grandes. 3) La influencia del volumen prostático medido por ecografía influye de forma más decisiva en la presencia de obstrucción urodinámica que la edad avanzada.

#### PC-085. UTILIZACIÓN DE AMINAS VASOACTIVAS EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

M. Pezo Morales, P. Mantilla Vargas, A. Cornejo Lingán, B. Tineo Rojas, E. Delgado Parada y S. Ariño Blasco  
*Hospital General de Granollers. Barcelona.*

**Objetivos:** Describir el perfil y evolución de los pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) en los que se utilizaron aminas vasoactivas en la unidad de agudos de geriatría (UGA) del Hospital General de Granollers (HGG).

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye pacientes ancianos tratados con aminas vasoactivas en el contexto de IC, durante un ingreso en la UGA de HGG en el periodo 2009-2010. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales y clínicas durante el ingreso hospitalario, así como variables asistenciales y de evolución hasta agosto 2011.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes (en todos los casos se utilizó dopamina), la mayoría mujeres (67%), y con edad media de  $85,78 \pm 5,13$  años. Más del 50% de pacientes tenían una situación de dependencia al menos moderada para actividades de la vida diaria (AVD). El 30% estaban institucionalizados, y el 14% tenía demencia. Con una media del índice de Charlson modificado de  $7,64 \pm 1,99$ ; las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron la hipertensión arterial, anemia y fibrilación auricular y más del 50% tenían cardiopatía isquémica o hipertensiva. La estancia media fue de  $12,9 \pm 8,19$  días y más del 60% de pacientes uso dopamina 3 o menos días. Durante el ingreso fallecieron el 60% de pacientes y en el seguimiento el 64% de los que fueron dados de alta.

**Conclusiones:** Se utilizó dopamina en IC en ancianos octogenarios, con elevada comorbilidad, incluyendo pacientes con déficit funcional previo. La mortalidad durante el ingreso y en el seguimiento tras el alta fue muy elevada.

#### PC-086. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS

M. Pezo Morales, A. Cornejo Lingán, P. Mantilla Vargas, G. Clapera Fortet, J. Serra Moscoso y S. Ariño Blasco  
*Hospital General de Granollers. Barcelona.*

**Introducción:** El 60% de los ingresos hospitalarios no programados y el 85% de los reingresos se producen en pacientes mayores de 65 años con pluripatología. Los pacientes ingresados por descompensación de enfermedades crónicas han aumentado en un 29%, en los últimos 6 años. En nuestro centro, desde hace 18 meses se realiza una intervención en hospital de día de Geriatría sobre pacientes con pluripatología en los que se ha detectado reingresos o consultas frecuentes a urgencias con un abordaje multidisciplinar, con intervención en el tratamiento farmacológico y educación sanitaria del paciente y sus familias.

**Objetivos:** Analizar el resultado de la intervención en pacientes pluripatológicos complejos tras un año de seguimiento en un Hospital de día geriátrico (HDíaG).

**Métodos:** Estudio analítico cuasiexperimental de tipo antes y después. Como variable principal se utilizó el número de consultas a urgencias (Ucias) e ingresos hospitalarios motivados por descompensación de su patología crónica de base un año antes versus un año después a la intervención en HDiAG. Se realizó análisis estadístico utilizando pruebas no paramétricas para comparación de medianas entre dos muestras relacionadas mediante test de Wilcoxon (estadístico SPSS V.20).

**Resultados:** Se analizan 41 pacientes, 23 (56%) de sexo femenino, mediana de edad 86 años rango<sub>25-75</sub> 81-89; 10 visitas HDiAG/año rango<sub>25-75</sub> (5-22); índice de Barthel de 75 rango<sub>25-75</sub> (60-85); índice de Charlson modificado de 8 rango<sub>25-75</sub> (6-10) e índice PROFUND de 6 rango<sub>25-75</sub> (3-10). El número de contactos con el Hospital (urgencias y hospitalización) antes y después de la intervención fue Ucias 1,90 vs 1,15 y hospitalización 1,12 vs 0,66; observando una reducción del 39% del número de visitas a Ucias y del 41% de los ingresos, ambos resultados con significación estadística (Ucias  $Z = -2,483$   $p < 0,013$  y Hospitalización  $Z = -2,257$   $p < 0,024$ ).

**Conclusiones:** La intervención en hospital de día sobre el Paciente Crónico Complejo demuestra ser una alternativa eficaz reduciendo significativamente los contactos con el servicio de urgencias y los episodios de ingreso hospitalario.

#### PC-087. VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

A. León García, R. Barrera Crispín, C.F. Soto Cárdenas, Y. Peregrín Valverde y J.I. Fagoaga Torija  
*Residencia Los Nogales. Madrid.*

**Objetivos:** Conocer el estado nutricional de los pacientes ancianos institucionalizados en un medio residencial, diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 con antidiabéticos orales y/o insulina.

**Métodos:** Estudio descriptivo en el que se incluyen los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 institucionalizados en un medio residencial de Madrid (Grupo Los Nogales), durante el año 2011. Se recogen medidas antropométricas (peso, talla, IMC), parámetros analíticos disponibles en nuestro medio (linfocitos, albúmina, proteínas totales, colesterol) y datos de tratamiento (insulina, antidiabéticos orales, tratamiento combinado (ADO + Insulina)). Evaluamos a todos los pacientes mediante el Mini-Nutritional Assessment (MNA).

**Resultados:** Se incluyen 199 pacientes, con una edad media de  $85 \pm 6,8$  años (68,8% son mujeres). El 65,32% están tratados con antidiabéticos orales, el 20,6% con insulina y el 14,07% con tratamiento combinado. El IMC promedio es  $27,21 \text{ Kg/m}^2$  estando por debajo de 18,5 sólo 4 pacientes, sin embargo por encima de 30 encontramos 51 pacientes. El 46,73% presentaron un MNA cribaje  $< 12$  puntos, realizándose el MNA total, con un resultado medio de 18,44 puntos (30 pacientes presentaron MNA  $< 17$ ). Respecto a los parámetros analíticos los resultados promedio son: proteínas totales 6,4 g/dl, albúmina 3,66 g/dl, linfocitos 2,18, colesterol total 170,2 UI/l. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas de IMC, MNA ni parámetros analíticos entre los distintos grupos de tratamiento. Los pacientes con MNA  $< 17$  puntos presentan valores de albúmina plasmática inferiores al resto de diabéticos ( $p < 0,05$ ), no existiendo diferencias significativas respecto al resto de parámetros analíticos. Los pacientes con IMC  $< 18,5$  presentan valores de proteínas totales inferiores respecto al resto ( $p < 0,05$ ), no encontrándose diferencias significativas respecto al resto de parámetros analíticos.

**Conclusiones:** Podemos afirmar que, en general, la situación nutricional de los pacientes ancianos diabéticos institucionalizados en nuestro medio es buena. Presentamos un evidente predominio de sobrepeso, no existiendo diferencias significativas de los parámetros

nutricionales entre obesos y no obesos. La prevalencia de desnutrición varía según se use el IMC, el MNA o los parámetros analíticos, siendo más fiable en nuestro medio estos últimos.

#### PC-088. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DETERIORO COGNITIVO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

I. Ortega Fernández, J.A. Páez Nebreda, A.B. Marín y P. González Gil  
*Residencias Nogales. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar el estado de nutrición de los pacientes ingresados en un medio residencial y determinar la prevalencia de desnutrición entre aquellos que presentan deterioro cognitivo.

**Métodos:** Estudio descriptivo en el que se incluyen pacientes mayores ingresados en un medio residencial (Residencias Los Nogales) durante el año 2011 y a los que se les ha realizado una valoración nutricional que incluye datos antropométricos (peso, talla e índice de masa corporal) y el test de screening de desnutrición MNA. Se les realizó a todos ellos el test de valoración de deterioro cognitivo MEC. Se consideró como desnutridos aquellos residentes que presentaban un IMC  $< 18,5$  o MNA  $< 17$ . Se consideró como deterioro cognitivo aquellos que presentaban un MEC  $\leq 23$ .

**Resultados:** Se valoraron 1181 residentes. Edad media  $86,3 \text{ años} \pm 6,9$ . El 75% eran mujeres. Presentaban criterios de desnutrición el 5,2% según el IMC y el 13% según el MNA. El 51,6% presentaban deterioro cognitivo (MEC  $\leq 23$ ). El 87,1% de los que presentaban un IMC  $< 18,5$  eran mujeres ( $p < 0,05$ ) así como el 81,9% de los deterioros cognitivos ( $p < 0,01$ ). La desnutrición según el MNA aunque era mayor en mujeres no lo era de forma significativa. La prevalencia de desnutrición entre los residentes con deterioro cognitivo es de un 7,4% y de un 15,4% según consideremos el IMC o el MNA respectivamente. El 72,6% de los que tenían IMC  $< 18,5$  y el 61,4% de los que tenían MNA  $< 17$  tenían deterioro cognitivo ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de desnutrición entre los ancianos de nuestros centros varía entre un 5 y un 13% según utilizemos el IMC o el MNA para su diagnóstico. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de deterioro cognitivo y la desnutrición. La prevalencia de desnutrición entre los residentes con deterioro cognitivo está entre un 7,4% y un 15,4%.

#### PC-089. PACIENTES CON DEMENCIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE AGUDOS

A. Viloría Jiménez, H. Barahona Álvarez, M. Sánchez-Sobrino, M. Vigara García, R. Yubero Pancorbo, T. Ibarra y P. Gil Gregorio  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos de agudos (UCPA) con diagnóstico de demencia en fase avanzada y terminal.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: 1-6-2011 al 29-2-2012. Se incluyen los pacientes ingresados en la UCPA con diagnóstico de demencia como diagnóstico de terminalidad. Se recogen variables demográficas (edad, sexo), Functional Assessment Staging (FAST), Servicio de procedencia, motivo de ingreso, síntoma principal, datos nutricionales, estancia media y ubicación al alta. Programa estadístico: SPSS 17.0

**Resultados:** 214 pacientes ingresaron en la UCPA, 36 (16,8%) con diagnóstico de demencia. Edad media: 87 años (DE: 6,3), sexo: 72,2% mujeres. FAST 7 (100%). Tipo de demencia: 29 (80,6%) enfermedad de Alzheimer, 3 (8,3%) demencia vascular, 2 (5,6%). Servicio de Procedencia: Geriátría 26 pacientes (72,2%), Urgencias 7 pacientes (19,4%). Datos nutricionales: proteínas totales: 5,6 g/dl, albúmina 2,6 g/dl. Motivo de ingreso: broncoaspiración 13 pacientes (36%), ictus hemorrágico 6 (16,7%), infección de úlceras por presión 5 pacientes (13,9%). Síntoma principal: 22% bajo nivel de conciencia, 19% fiebre, 16% dis-

nea, 11% dolor y 13% ingresaron en agonía. Estancia media: 7,6 días (DE 6,8). El 91% fallecieron durante el ingreso.

**Conclusiones:** En nuestra Unidad, se ha incrementado el número de pacientes que ingresan con demencia como diagnóstico de terminalidad (16%), ya que en estudios previos las cifras no sobrepasaban el 3%. Dichos pacientes proceden en su mayoría del Servicio de Geriátría. Las alteraciones en el nivel de conciencia, la disnea, fiebre y dolor parecen ser los síntomas más frecuentes en la fase final. Los pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos cumplen los criterios NHO para demencia. Gran parte de los pacientes fallecen durante el ingreso y presentan estancias medias similares e incluso inferiores a las descritas en pacientes oncológicos en el mismo tipo de unidades. Por lo tanto, se confirma la idoneidad del ingreso de los pacientes con demencia terminal en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos.

#### PC-090. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN A LOS CRITERIOS STOPP EN UNA MUESTRA DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDAD AVANZADA

R.A. Sabaté, P.J. Regalado Doña, D. Almenta, P. Azpiazu, A. Bartomeus y C. Almenar  
*Hospital Benito Menni. CASM Sant Boi. Barcelona.*

**Objetivos:** Los pacientes geriátricos con enfermedad avanzada y alta comorbilidad presentan especial riesgo de polifarmacia y RAM (reacciones adversas medicamentosas). Se pretende comprobar la adherencia a los criterios STOPP en este grupo de pacientes, así como la presencia de fármacos con indicación dudosa o inadecuada.

**Métodos:** Se han analizado todos los pacientes de un departamento de psicogeriatría a cargo de un equipo multidisciplinar (psiquiatra, geriatra, neurólogo) de un hospital psiquiátrico que cumplían criterios de enfermedad avanzada del National Gold Standards Framework Centre England 2008. Se han recogido datos demográficos, valoración funcional (índice de Barthel), diagnóstico principal, número de fármacos, así como la indicación apropiada de los fármacos en situación de enfermedad avanzada individualizando cada caso y el cumplimiento de los criterios STOPP.

**Resultados:** De 39 pacientes, 29 eran mujeres (74%) y 10 hombres (26%). La edad media era de 84,2 (DE 8,9) años. 26 (67%) tenían diagnóstico principal de demencia, 13 (33%) trastorno psicótico. La media de fármacos prescritos por paciente fue de 8,69 siendo de 7,6 (DE 1,79) para los pacientes con trastorno psicótico y de 9,1 (DE 3,3) para los pacientes con demencia ( $p = 0,025$ ). El índice de Barthel medio 11,9 (DE 12,1). De ellos todos cumplían los criterios STOPP; se detectó un 33% de prescripción inadecuada de omeprazol y un 10% de calcio + vit D.

**Conclusiones:** La prescripción de los pacientes con criterios de enfermedad avanzada atendidos en nuestro servicio cumplen los criterios STOPP. No obstante, una revisión crítica de las indicaciones de la medicación prescrita ha permitido detectar una elevada prescripción inadecuada de omeprazol y calcio + vitD, teniendo en cuenta la situación de enfermedad avanzada. La revisión crítica y la aplicación de criterios de prescripción estructurados como el STOPP permite optimizar la prescripción en este grupo de pacientes a pesar de que dado la complejidad de los mismos en la mayoría de los casos persiste polifarmacia y alto riesgo de RAM.

#### PC-091. IMPACTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES NONAGENARIOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

C. Herrera, C. Bibián Getino, F. Chávez Dianderas, B. Gamboa Huarte y A. Merino Taboada  
*Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** 1. Identificar las características sociodemográficas, clínicas y funcionales de una población de ancianos nonagenarios. 2. Deter-

minar la prevalencia de anemia y sus características. 3. Detectar la comorbilidad y mortalidad en nonagenarios con anemia.

**Métodos:** Estudio descriptivo de una población de ancianos > 90 años procedentes de consultas externas y hospitalización de Geriátría del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza durante 3 meses. Se definió anemia de acuerdo a los criterios de OMS. Se analizó la comorbilidad aislada y según Charlson modificado; y el estado funcional según í. de Barthel.

**Resultados:** 76 pacientes > 90 años, 78,9% mujeres, 84,2% procedentes de hospitalización, con una estancia media de 13,1 días, con antecedente de anemia: 22,4% y una dependencia total para ABVD del 36,8%. Comorbilidad asociada más frecuente: IRC: 88,2%, HTA: 68,4%, ICC: 26,3%, demencia y DM en el 19,7%. Mediana Í. Charlson: 7. Se detectó anemia en el 61,8%, constando dicho diagnóstico en la historia clínica en el 38,2%. El tipo de anemia predominante fue normocítica 75%, grado leve: 44,8%. Se detectó ferropenia en el 59,2% de la población sin alteración significativa en los niveles de ferritina. Se identificó déficit de vitamina B12 y Ac. Fólico en el 7% y 11,4% respectivamente. Los pacientes con anemia presentaban una VSG > 50 ( $p = 0,001$ ). La mortalidad hospitalaria fue de 18,8%.

**Conclusiones:** 1. La anemia en nonagenarios es una patología altamente prevalente y poco diagnosticada en el medio hospitalario. 2. Existe una alta comorbilidad en nuestra población, principalmente la insuficiencia renal, cuyo antecedente es desconocido en la mayoría de casos.

#### PC-092. DEMENCIA Y ANEMIA: ¿ESTÁN RELACIONADAS?

C. Herrera Bozzo, C. Bibián Getino, F. Chávez Dianderas, A. Merino Taboada y B. Gamboa Huarte  
*Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** 1. Conocer la prevalencia y el tipo de anemia en pacientes con demencia. 2. Analizar la repercusión de la anemia en nuestros pacientes con demencia.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, realizado durante 3 meses. Se incluyen todos los pacientes de consultas externas a los cuales se les realizó control analítico y a todos los pacientes ingresados durante ese periodo. Como criterios de anemia se utilizó los de la OMS. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidad mediante el í. de Charlson modificado y se evaluó la funcionalidad con í. de Barthel. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 15.

**Resultados:** 352 pacientes incluidos: 110 diagnosticados de demencia (31,2%). 77,3% mujeres, edad media de  $84,3 \pm 5,8$ . 71,8% son pacientes hospitalizados. Tienen dependencia severa (Í. Barthel < 20) 67,3%, mediana Í. Charlson 6, estancia promedio de 15,3 días, mortalidad del 21,5%. Dentro de las comorbilidades destacan HTA 47,3%, DM 20,9%, Fx de fémur 22,7%. La prevalencia de anemia es del 60%. Características de la anemia: 41,8% es de grado leve, normocítica el 82,7%. El 92,7% tiene un MDRD 4 ( $GFR < 60$  ml). Los pacientes con anemia tienen más ERC ( $p = 0,04$ ) y Fx de fémur ( $p < 0,001$ ). Además los pacientes con anemia tuvieron un í. de Barthel más bajo ( $14,9 \pm 27$  versus  $32 \pm 32$ ;  $p = 0,003$ ) y más comorbilidad ( $6,3 \pm 1,5$  vs  $5,6 \pm 1,2$   $p = 0,008$ ). Diferencias en las medias de VSG ( $67 \pm 37$  vs  $35 \pm 23$ ;  $p = 0,000$ ), transferrina ( $177 \pm 70$  vs  $209 \pm 57$   $p = 0,018$ ), ferritina ( $363 \pm 338$  vs  $199 \pm 139$   $p = 0,005$ ), urea ( $69 \pm 48$  vs  $44 \pm 16$   $p = 0,001$ ). En el análisis multivariante destaca la diferencias de VSG en pacientes con anemia ( $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** 1. Existe una elevada prevalencia de anemia en nuestros pacientes con demencia, siendo la mayoría formas leves, normocíticas. 2. Encontramos en nuestro trabajo la existencia de un estado inflamatorio en los pacientes con demencia y anemia. 3. El alto porcentaje de ERC podría contribuir a la elevada prevalencia de anemia.

### PC-093. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ANEMIA EN ANCIANOS: VARIABLES ASOCIADAS

A.S. Merino Taboada, C. Herrera Bozzo, C. Bibian Getino, F. Chávez Dianderas y B. Gamboa Huarte  
Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de anemia en pacientes con hipertensión arterial evaluados en consulta externa y hospitalización en nuestro servicio de Geriátría. Analizar los factores asociados a anemia en este grupo de pacientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo y prospectivo que se realizó en las unidades del servicio de Geriátría durante noviembre del 2011-enero de 2012 en pacientes mayores de 65 años. El criterio para clasificación de anemia que se aplicó fue de hemoglobina  $< 13$  en hombres y  $< 12$  en mujeres. Análisis estadístico SPSS.

**Resultados:** 352 pacientes incluidos: 219 hipertensos (62,2%). Mujeres: 74,4%, 71,2% hospitalizados. Edad media: 85,7 años. 66,5% de la muestra presentaba dependencia funcional entre moderada y total. Media í. de Charlson 5,89. El 17,8% tenían antecedentes de anemia. 58,9% cumplían criterios de anemia (48,1% leve, 40,3% moderado). El 82,17% con patrón normocítico. De los pacientes con antecedente de anemia, presentaron anemia durante el estudio el 13,7% ( $p < 0,016$ ). Se encontró asociación de hipertensos anémicos con diferentes patologías: DM en un 19,6% ( $p < 0,003$ ), fractura de fémur en un 15,5% ( $p < 0,001$ ), IRC en un 11,9% ( $p < 0,016$ ) y cáncer en un 10% ( $p < 0,058$ ). El análisis univariante de los parámetros de laboratorio mostró relación de la anemia con VSG mayor de 51 en 39,2% ( $p < 0,001$ ) y con ferritina menor de 300 en un 35,6% ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Prevalencia elevada de anemia en nuestros pacientes hipertensos. Los resultados de nuestro trabajo apuntan a que la hipertensión arterial puede ser un factor predisponente a la aparición de anemia en nuestra población. La diabetes mellitus es la comorbilidad que más contribuye a la presencia de anemia en la muestra de ancianos hipertensos estudiada.

### PC-094. ¿APLICAMOS BIEN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRÍA?

P. Ochoa Calvo, A. Sanjoaquín Romero, C. Gorgas Soria, T. Guevara López, N. Güerre Oto y G. Fabregat Gómez  
Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

**Objetivos:** Conocer perfil de fallecidos en geriatría y toma de decisiones paliativas.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de fallecidos del 1 diciembre 2011 al 29 febrero 2012, mediante revisión HC. Variables: Edad, sexo, domicilio, procedencia, unidad ingreso, Í. Barthel previo/ingreso, SPMSQ, Charlson, motivo ingreso, estancia, fallecimiento en  $< 24$ h, decisiones paliativas (retirada de medicación no sintomática, medidas paliativas proporcionadas, información al familiar) en los tres últimos días.

**Resultados:** Mortalidad periodo: 18,52% del total altas -mortalidad servicio 2011: 17,2%. 53,25 mujeres, edad media 86,34 años (DT 6,58) R: 70-102. Charlson  $> 2$ : 23,40%. De urgencias 57,4% y otro servicio 42,6%, ninguno desde domicilio. Con proceso agudo 55,3%, para rehabilitación 14,9%, convalecencia 17% y paliativos 17%. Motivo de ingreso infeccioso: 44,7% y cardiovascular: 29,8%, oncológico: 12,8%, fractura: 4,3% y otras causas: 8,5%. Estancia media 14,51 días (DT 12,52, R: 1-52 días, moda: 1). Vivían en domicilio 44,7%. Previamente independientes o dep leve 51%, y al ingresar 8,5%. SPMSQ  $\geq 3$ : 40,4%, irrealizable: 36%. Fallecieron  $< 24$ h: 8,5%. Actitud paliativa en los tres últimos días: retirada medicación 57,4%, aplicación medidas paliativas 70,2% e información a familia de terminalidad: 83%. No relación entre fallecimiento en  $< 24$ h y procedencia, motivo ingreso, dependencia (IB  $< 40$ ), institucionalización o edad. No diferencias en aplicación medidas paliativas con procedencia, edad o institucionalización; sí

con dependencia funcional (más información ( $p < 0,05$ ) y más medidas paliativas ( $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** Tendencia elevada a pasar por los servicios de urgencias, lo que puede indicar que no se detectan las situaciones de terminalidad en población geriátrica. Ninguno ingresa desde el domicilio, al menos en el periodo estudiado. La causa más frecuente de ingreso es infecciosa. En los tres días previos al fallecimiento, hay una actitud paliativa y se informa a la familia a este respecto, en especial cuando el paciente ya tiene una dependencia severa previa. Los pacientes que fallecen en una unidad de geriatría tienen edad muy avanzada, prevalencia deterioro cognoscitivo alta, y declive funcional importante cuando ingresan.

### PC-095. EFECTO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES ANCIANOS SOBRE LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE EVENTOS Y LOS COSTES ECONÓMICOS

J.L. González Guerrero<sup>1</sup>, T. Alonso Fernández<sup>1</sup>, N. García Mayolín<sup>1</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Cáceres. <sup>2</sup>Universidad Complutense. Madrid.

**Objetivos:** Los programas de gestión de la insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes de alto riesgo han demostrado reducir la tasa de reingresos, mejorar la supervivencia y la calidad de vida y reducir los costes, aunque hay dudas sobre su beneficio en los pacientes más ancianos ya que suelen estar excluidos de los mismos. Nuestro objetivo es comparar la eficiencia de un programa de gestión de la enfermedad (PGE) dirigido a pacientes geriátricos con IC tras el alta hospitalaria y realizado en un hospital de día (HDG) como alternativa a la atención sanitaria habitual, evaluándose como medida principal la supervivencia libre de eventos (definidos éstos como reingreso o defunción por cualquier causa), y los costes económicos.

**Métodos:** Estudio prospectivo y aleatorizado. Se incluyeron a 117 pacientes ancianos con IC: 59 pacientes que recibieron una intervención consistente en un plan de alta, educación sanitaria, optimización terapéutica y seguimiento cercano en un HDG, y 58 pacientes que recibieron la atención sanitaria habitual. El estudio de los costes se realizó desde la perspectiva de la sociedad, incluyendo los costes sanitarios y no sanitarios.

**Resultados:** La media de edad fue de 85 años (intervalo intercuartílico: 82-89), siendo el 73% mujeres. Tras un año de seguimiento se observó que en el grupo de intervención hubo menos pacientes con eventos, comparados con el grupo control (27 vs 38 pacientes), lo que supone una reducción del 30% (RR 2,25; IC95%: 1,07-4,74;  $p = 0,032$ ). Tras un año, la probabilidad de no haber padecido un evento era significativamente más alta en el grupo intervención que en el control (log rank 5,79;  $p = 0,016$ ). Respecto al coste económico, se objetivó un ahorro de 54.814 € en el grupo intervención, principalmente por la reducción de los costes de hospitalización (-94.901 €). El coste medio por paciente fue superior en el grupo control respecto al de intervención (8.589 € vs 7.515 €).

**Conclusiones:** Un programa de gestión de la enfermedad desarrollado en un hospital de día geriátrico puede mejorar la supervivencia libre de eventos y reducir los costes económicos en pacientes ancianos con IC.

### PC-096. EVALUACIÓN CONTINUA DE LA CALIDAD DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

M.E. Castro Vilela, J.L. Bonafonte Marteles, R. Quílez Pina, E. Rebollar Torres, C. Cánovas Pareja y E. García-Arilla Calvo  
Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.

**Objetivos:** Evaluar, la calidad del circuito terapéutico en un Servicio de Geriatría en contexto de seguimiento periódico desde el 2008.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal realizado el 1/12/2011. Un equipo interdisciplinar se encargó de analizar las 4 fases del proceso terapéutico tras la implantación completa de la prescripción electrónica en el Servicio.

**Resultados:** 55 pacientes ingresados. 59% mujeres. Edad media: 84,3 años. Alergias 27%. 1. Prescripción por el facultativo: retraso en la validación: 8. Selección inadecuada de forma farmacéutica: 1, duplicidad del fármaco: 1, dosis inadecuadas: 2, error en vía administración: 4, error en la periodicidad: 5. Prescripciones no bien especificadas: 5 y 2 antiguas. 16 errores en Cuidados (dietas, sondas, constantes): 4 incorrectos, 5 incompletos, 7 antiguos. 2. Acceso al plan de tratamiento y registro por enfermería: No hubieron errores de transcripción. Adelanto al acceso al tratamiento: 12. Error en el registro de la calidad de ingesta: 11 y de sueño: 13. Mal registro del dolor. Registro incompleto de datos de sonda vesical (3), vías periféricas (3), palomillas SC (2) y SNG (1). No consta oxigenoterapia correcta (2). 2 tratamientos no se firmaron. 3. Validación y preparación de la medicación por S. de Farmacia: 3 errores en preparación de carro de unidosis. 4. Distribución de la medicación: En 4 casos se detectó medicación en mesilla (sobres, soluciones) y 1 suplemento proteico, 1 medicación de comida administrada en desayuno. 1 colirio no administrado por ATS, 1 duplicidad de fármaco administrado (2 parches), 2 errores en oxigenoterapia, 3 errores en protocolo de disfagia.

**Conclusiones:** Necesidad de evaluar continuamente la calidad del proceso para establecer estrategias de mejora del circuito. En la prescripción por el facultativo hay predominio de los errores derivados de la permanencia de instrucciones antiguas y cuidados no claros o incompletos. Es necesario mejorar en la historia de enfermería el registro de la ingesta, calidad de sueño y dolor. Existen escasos errores en la preparación de la medicación por el Servicio de Farmacia. Es preciso mejorar la verificación de la toma de la medicación por el paciente y en el cumplimiento del protocolo en pacientes con disfagia.

#### PC-097. PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE MÉDICOS DE RESIDENCIAS Y MÉDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

C. Bermejo Boixareu, C. Bermejo Boixareu, B. Gutiérrez Parres, A. Núñez González, L. Ferrer Armengou, R. Salgado Marqués y J. Gómez Rodrigo  
*Hospital Puerta de Hierro. Madrid.*

**Objetivos:** Evaluar si la coordinación con residencias de ancianos de nuestro área reduce el número de ingresos hospitalarios y a su vez el número de complicaciones intrahospitalarias.

**Métodos:** Proyecto de coordinación entre los médicos del servicio de urgencias y los médicos de 12 residencias del área 6 de la Comunidad de Madrid. Un médico adjunto del servicio de urgencias dispone de teléfono móvil disponible 24 horas para las residencias: en el turno de mañana es habitualmente un geriatra. Las 12 residencias seleccionadas disponen de médico y enfermería 24 horas con posibilidad de tratamiento intravenoso. Los médicos de dichas residencias tienen la posibilidad de llamar para cualquier duda, para informar sobre la derivación de pacientes complejos y el objetivo de dicho traslado, llamar para resultados de pruebas realizadas en nuestro centro, o para hablar sobre la evolución de los pacientes.

**Resultados:** Durante 3 meses se han valorado a 157 pacientes mayores de 75 años. Se han trasladado a hospitales de apoyo con servicio de geriatría a 131 pacientes institucionalizados. Se han registrado 103 llamadas recibidas de las 12 residencias en relación con 119 pacientes. Se han dado de alta a 14 pacientes a residencia con tratamiento anti-biótico intravenoso.

#### PC-098. ESTADO FUNCIONAL Y EFICIENCIA DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN: COMPARACIÓN ENTRE 4 PERIODOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA GERIÁTRICA

S. Urbano Romero, C. Roqueta Guillén, M. Riera Cañadell, M. Martín Montagut, M. Garreta Burrell, S. Burcet Pérez y R. Miralles Basseda

*Centro Fórum del Hospital del Mar. Barcelona.*

**Objetivos:** Comparar en cuatro periodos la mejoría del estado funcional y la eficiencia del proceso rehabilitador en pacientes ingresados en una unidad de convalecencia (UCO) geriátrica.

**Métodos:** Se registraron el índice de Barthel al ingreso (IB<sup>i</sup>), a los 15 días (IB<sup>15</sup>), a los 30 (IB<sup>30</sup>), a los 40 (IB<sup>40</sup>) y al alta (IB<sup>A</sup>) en pacientes durante un periodo de tres meses. Se dividió la estancia en la unidad en cuatro periodos: primer periodo (del primer al 15º día de ingreso), segundo (del 16º al 30º día), tercero (del 31º al 40º día) y el cuarto (del 40º hasta el alta). Los pacientes que fueron dados de alta antes de los 40 días, se consideró como IB al alta. Se calculó la eficiencia rehabilitadora de cada periodo: (IB al final de periodo – IB al principio de periodo)/días de estancia de dicho periodo). El índice de eficiencia muestra el número de puntos de Barthel que mejora por día en cada periodo. Una puntuación del índice  $\geq 0,50$  indica intensidad rehabilitadora moderada y  $\geq 1$  intensidad rehabilitadora elevada.

**Resultados:** Se registraron 58 pacientes (62,07% eran mujeres, con edad media de  $80,70 \pm 8,77$  años). La media del IB al ingreso y al final de cada periodo fueron: IB<sup>i</sup> (n = 58):  $25,29 \pm 23,70$ ; IB<sup>15</sup> (n = 58):  $39,34 \pm 26,78$ ; IB<sup>30</sup> (n = 42):  $50,40 \pm 25,98$ ; IB<sup>40</sup> (n = 35):  $59,17 \pm 25,93$ ; IB<sup>A</sup> (n = 56):  $65,42 \pm 27,25$  (\*p = 0,0001) (\*diferencias estadísticamente significativas entre IB<sup>15</sup>, IB<sup>30</sup>, IB<sup>40</sup>, IB<sup>A</sup> y entre IB<sup>30</sup>, IB<sup>40</sup>, IB<sup>A</sup>). La media del índice de eficiencia en cada periodo: primer (n = 58):  $0,9 \pm 1,3$ ; segundo (n = 42):  $0,8 \pm 0,8$ ; tercero (n = 35):  $0,9 \pm 1,2$ ; cuarto (n = 56):  $1,1 \pm 1,9$  (p = 0,71).

**Conclusiones:** 1. La media del IB aumentó de forma significativa en cada periodo. 2. La media del índice de eficiencia fue similar en todos los periodos y fue considerada adecuada ( $\geq 0,50$ ) en los tres primeros periodos e intenso ( $\geq 1$ ) en el último periodo. 3. El proceso rehabilitador de los pacientes durante su ingreso en UCO fue efectivo y eficiente incluso los últimos días de ingreso.

#### PC-099. PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA: RELACIÓN CON EL GRADO DE DETERIORO COGNITIVO

A. Belenguer Varea<sup>1</sup>, F.J. Tarazona Santabalbina<sup>1</sup>, E. Salcedo Mahiques<sup>1</sup>, E. Rovira Daudí<sup>1</sup>, H. Gac Espínola<sup>2</sup>, J.R. Doménech Pascual<sup>1</sup> y J.A. Avellana Zaragoza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia. <sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

**Introducción:** La prevalencia de demencia aumenta con la edad, generando mayor riesgo de caídas y fracturas óseas.

**Objetivos:** Comparar deambulación y mortalidad de pacientes intervenidos de fractura de cadera con distinto grado de deterioro cognitivo durante 12 meses tras el alta hospitalaria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en una unidad de ortogeriatría. Pacientes de edad  $\geq 70$  años ingresados entre enero de 2004 y diciembre de 2008. Participantes: 383 pacientes con deterioro cognitivo, edad media  $83,75 \pm 6,01$  años, mujeres 76%. 183 pacientes (48%) con estadio leve (DCL = GDS 1-3), 102 pacientes (26,5%) estadio moderado (DCM = GDS 4-5), 98 (25,5%) con estadio severo (DCS = GDS 6-7)

**Resultados:** No se observaron diferencias significativas en género ni edad por grado de deterioro cognitivo. Sí encontramos diferencias significativas en la puntuación basal del índice de Barthel, prevalen-



cia de insuficiencia cardíaca (DCL 24%; DCM 28%; DCS 13%,  $p < 0,04$ ) y cardiopatía isquémica (DCL 10%; DCM 18%; DCS 7%,  $p < 0,03$ ). Durante el ingreso hubo diferencias significativas en la incidencia de delirio (DCL 25%; DCM 37%; DCS 44%,  $p < 0,007$ ). Tras el alta hospitalaria, se observó que la capacidad de deambulación es peor conforme mayor es la gravedad del deterioro cognitivo: al alta (DCL 61%; DCM 43%; DCS 24%,  $p < 0,0001$ ), al mes (DCL 73%; DCM 58%; DCS 37%,  $p < 0,0001$ ), a los 6 meses (DCL 74%; DCM 56%; DCS 41%,  $p < 0,0001$ ). Respecto a la mortalidad a los 6 y 12 meses del alta se observa que ésta aumenta cuanto mayor es la gravedad del deterioro cognitivo: DCL 18%; DCM 26%; DCS 36%,  $p < 0,001$ ; DCL 31%; DCM 45%; DCS 53%,  $p < 0,0001$ . Al contrastar estos hallazgos mediante análisis multivariante, regresión logística para deambulación y regresión de Cox para mortalidad, considerando posibles factores de confusión edad, género, antecedente de insuficiencia cardíaca, Barthel basal e incidencia de delirio durante ingreso, las diferencias entre los grupos de deterioro cognitivo moderado y grave respecto a leve no son significativas.

**Conclusiones:** Los pacientes con mayor grado de deterioro cognitivo presentan mayor mortalidad y peor recuperación funcional. Este peor rendimiento puede deberse al mayor deterioro funcional previo y a una mayor incidencia de delirio durante el ingreso hospitalario.

#### PC-100. IMPACTO DE LA FRACTURA DE CADERA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

F. Chávez Dianderas<sup>1</sup>, S. Fernández Doblado<sup>1</sup>, V. Canales Cortes<sup>2</sup>, T. Morlanes Navarro<sup>1</sup> y P. Mesa Lampre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos:** 1. Describir las características sociodemográficas, clínicas y funcionales de una población de ancianos con enfermedades cardiovasculares (ECV) que han sufrido fractura de cadera. 2. Analizar la influencia de dichas enfermedades sobre la evolución funcional, complicaciones y supervivencia.

**Métodos:** Estudio transversal de todos los pacientes con una o más ECV: hipertensión arterial (HTA), accidente cerebrovascular (ACV), diabetes mellitus (DM), cardiopatía isquémica (CI), arteriopatía periférica (AP), ingresados en la unidad de ortogeriatría del servicio de Geriátría del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, durante los años 2009 y 2010 tras ser intervenidos de fractura de cadera. Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses tras el alta. SPSS.

**Resultados:** 224 pacientes ingresados en la unidad de ortogeriatría, 171 ECV (76,33%), Edad media: 85,71 años, Mujeres: 88,3%, Dependencia previa leve o independencia para ABVD: 74,3%. La mediana de ECV fue 2, siendo las más frecuentes: HTA (81,3%), DM (34,5%) y ACV (26,3%). La asociación más frecuente fue HTA + DM en un 26,9% y las complicaciones generales, delirium e infecciones respiratorias (33,9 y 20,5% respectivamente). Complicaciones cardiovasculares: ICC y DM descompensada en un 12,9% en ambos casos, siendo éstas mayores en nuestra muestra, ( $p = 0,021$ ) y ( $p = 0,060$ ) respectivamente. La estancia media en la Unidad fue de 15,91 días ( $p = 0,008$ ). Al año, los pacientes con ECV no consiguen alcanzar el nivel de deambulación previo a diferencia del grupo sin ECV ( $p = 0,05$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue del 8,2%.

**Conclusiones:** 1. Las ECV son prevalentes en ancianos con fractura de cadera, sobre todo la HTA y la DM, así como sus complicaciones más frecuentes en esta población. 2. A pesar de que la situación funcional de partida fue similar al grupo de pacientes sin problemas cardiovasculares, el hecho de presentarlos condiciona una menor recuperación transcurrido un año desde la fractura. 3. La presencia de ECV condicionó una mayor estancia en la Unidad de OrtoGeriatría.

#### PC-101. PERFIL DE LOS RESIDENTES FALLECIDOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

M.A. Rodríguez Piñera, J. Prieto Gómez, I. González González, N. García Gutiérrez y M.T. Rodríguez Fernández  
Geriátrico Ablaña. Mieres. Asturias.

**Objetivos:** Identificar las características de los residentes del centro gerontológico de Ablaña (Asturias) que fallecieron en el último año.

**Métodos:** Es un diseño retrospectivo que recoge los residentes fallecidos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Se incluyen variables sociodemográficas, funcionales, comorbilidad, farmacoterapia, tiempo de estancia, causa principal y lugar de fallecimiento.

**Resultados:** Se registraron un total de 218 residentes y fallecieron el 23,8% (N: 52, 51,9% mujeres y una edad  $86,52 \pm 6$ ). El 61,5% de los fallecidos eran grandes dependientes (índice de Barthel:  $36,35 \pm 33,4$ ). El 53,8% habían enviudado y la referencia familiar eran sus hijos (48,1%). El 71,2% presentaban demencia (36,8% Alzheimer, 28,9% vascular, 26,3% mixta, Lewy 2,6% y otras 5,3%), con un MEC  $12,3 \pm 11,8$ . Además el 48,1% eran hipertensos, 26,9% diabéticos, (42,9% insulino dependiente), un 46,2% presentaban patología respiratoria (62,5% EPOC, 8,3% asma, 4,2% neumoconiosis y 25% otras patologías) y el 50% cardiocirculatoria (38,5% fibrilación auricular, 11,5% cardiopatía isquémica, 19,2% valvulopatía, 26,9% insuficiencia cardíaca). Un 42,3% sufrían patología cerebral excluyendo demencias (72,7% ictus, 4,5% epilepsia, 22,7% Parkinson). El 84,6% presentaba patología osteoarticular y el 36,5% estaban diagnosticados de patología neoplásica. El 63,5% tomaban 4 o más fármacos (53,8% tomaban psicofármacos). El 86,5% acudían a alguna terapia del centro. El 32,5% sufrieron alguna caída en los últimos 6 meses previos a su fallecimiento. La estancia media de estos residentes en el centro fue de  $27,63 \pm 32,2$  meses. El 59,6% fallecieron en el centro, el resto fueron derivados al hospital de referencia por diferentes motivos (70% por gravedad, 20% para tratamiento específico, 5% para realizar una prueba diagnóstica y 5% otras causas). Las principales causas de fallecimiento fueron 36,5% infecciosa (30,8% respiratoria, 1,9% sepsis urinaria, 3,8% otras infecciones); 7,7% patología respiratoria no infecciosa; 21,2% patología cardiocirculatoria; 13,5% estado terminal neoplásico; 13,5% estado terminal de demencia (71% broncoaspiraciones) y 7,7% otras causas. El 32,7% precisaron sedación terminal.

**Conclusiones:** El perfil de los residentes que fallecieron en nuestro centro es una mujer, octogenaria, gran dependiente con pluripatología y polimedicada, con una estancia prolongada en nuestro centro que fallece en él y por una causa infecciosa.

#### PC-102. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES QUE UTILIZAN ALGÚN TIPO DE SUJECIÓN MECÁNICA EN UN CENTRO RESIDENCIAL

M.A. Rodríguez Piñera, I. González González, J. Prieto Gómez, N. García Gutiérrez y M.T. Rodríguez Fernández  
Geriátrico Ablaña. Mieres. Asturias.

**Objetivos:** Identificar las características de los residentes del centro gerontológico de Ablaña (Asturias) que precisaron sujeción mecánica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que recoge los residentes que precisaron algún tipo de sujeción mecánica, incluyendo barandillas laterales en cama, cinturón y/o peto toracoabdominal en sedestación o cama y muñequeras, previo consentimiento informado y por escrito del residente o representante y/o familiar, recogidos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Se incluyen variables sociodemográficas, funcionales, comorbilidad, tipo de sujeción y causas de su uso.

**Resultados:** De 218 residentes hicieron uso un 42,2% (N: 92, 73,9% mujeres y una edad  $85,57 \pm 7,6$ ). El 66,3% eran dependientes (índice de Barthel:  $45,22 \pm 30,2$ ). El 46,7% hipertensos, 27,2% diabéticos, 17,4% presentaban patología respiratoria y el 26,1% cardiocirculatoria. El 63% demencia (67,8% Alzheimer, 15,3% vascular, 11,9% mixta, y otras 5,1%), con MEC  $12,3 \pm 10,6$ . El 44,6% tenían otras patologías cerebrales

(78% ictus, 4,9% epilepsia, 5,6% Parkinson y un 14,6% sufrían 2 o más de estas patologías). El 33,7% sufrían de patología psiquiátrica (81% depresión, 5,2% trastorno bipolar, 3,7% esquizofrenia y 10,1% otras). El 52,2% presentaba patología osteoarticular. El 68,5% tomaban 4 o más fármacos (59,8% tomaban psicofármacos). El 76,1% acudían a alguna terapia del centro (24,3% fisioterapia, 5,7% terapia cognitiva, 41,4% ambas, terapia ocupacional 4,3%, terapia ocupacional y gerontogimnasia 12,9% y acudían a 3 o más terapias 11,4%). El 42,4% se cayeron en los últimos 6 meses previos al uso de sujeción. El 47,8% utilizan barandillas, 2,2% cinturón en cama, 1,1% cinturón en sedestación, 16,3% barandillas y cinturón en cama, 16,3% barandillas y cinturón en sedestación, 1,1% cinturón en cama y en sedestación, 1,1% muñequeras y un 10,9% barandillas, cinturón en cama y en sedestación. Su indicación fue el 50% para prevención de caídas, 33,7% a petición del propio usuario o familiar, 7,6% por trastornos conductuales con riesgo de lesiones, 6,5% para el mantenimiento postural y 2,2% para efectuar alguna terapia médica.

**Conclusiones:** El perfil nuestros residentes es mujer, con dependencia moderada, pluripatología, que participa en las terapias del centro activamente y utiliza sobretodo barandillas con el fin de prevención de caídas.

### PC-103. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS

S. Frutos Díaz y E. Martínez Almazán

*Hospital Santa Creu. Tortosa. Tarragona.*

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes no oncológicos que fallecen en una unidad de larga estancia. Evaluar la toma de decisiones paliativas en estos pacientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes fallecidos durante 2011 con enfermedad crónica en fase terminal. Datos recogidos historia clínica: edad, sexo, antecedentes patológicos, derivaciones urgencias el último año, procedencia, duración de ingreso, diagnóstico de exitus (inf. respiratoria, inf. urinaria, insuf. respiratoria, fallo multiorgánico) diagnóstico principal exitus (enf. neurodegenerativa, insuf. cardíaca terminal, neumopatía crónica, insuf. renal, enf. cerebrovascular, síndrome inmovilidad), infecciones y antibióticos recibidos 7 días y  $\leq 6$  meses previo al exitus, decisiones final de vida (identificación como paciente paliativo, información a familiares, días desde finalización tratamiento habitual, decisión de no vías intravenosas, no nuevos antibióticos, días desde inicio tratamiento paliativo). Criterios enf. crónica en fase terminal: neumopatía crónica FEV  $< 30\%$  esperable, síndrome inmovilidad establecido Barthel  $< 20$ , enf. neurodegenerativa (demencia  $\geq$  FAST 7c y Parkinson estadio V Hoehn Yahr), insuficiencia cardíaca grado IV NYHA, hepatopatía crónica C Child, Ins.Renal estadio 5. SPSS 15.0.

**Resultados:** 119 pacientes, edad media 85 años ( $\pm 10,92$  DE), 54% mujeres. Mediana ingreso 29 días, 65,3% procedían de domicilio, 24,6% larga estancia, 10,1% residencia. AP: 74% HTA, 71% enf. neurodegenerativa, 62% Cardiopatía (31% FA), neumopatía crónica 29%, ins. renal crónica 25%. Barthel  $\leq 20$  al ingreso 80,67%. Derivaciones a urgencias durante último año: 31,93%. Causa inmediata exitus: 36,1% inf. respiratoria, 22,7% fallo multiorgánico, 14,3% inf. urinaria, 13% ins. respiratoria. Causa principal de exitus: enf. neurodegenerativa 55,5%, ACV 18,63%, IC 8,4%, IRT 7,6%, neumopatía 5,9%, IH 2,38%, inmovilidad 1,7%. Infecciones  $\leq 6$  meses 2,72, última semana 82% pacientes. Recibieron ATB última semana 41%, n° ATB  $\leq 6$  meses 3,25 y en pacientes con neumopatía crónica 4,46 ( $p < 0,001$ ). Decisión tratamiento paliativo: identificación como paliativos 91%, Información familiares 97%, inicio tratamiento 93%. Finalización de tratamiento habitual 5,35 días IC95% (4,31-6,45), duración media tratamiento paliativo 5,22 días IC95% (4,23-6,26), decisión no vías (66%), no antibióticos (58%), no pruebas complementarias (58%). Pacientes de residencia: identificados 100%, no pruebas complementarias 92% ( $p < 0,05$ ), no vías (92%).

**Conclusiones:** La mayor parte de nuestros pacientes eran grandes dependientes, fallecieron como consecuencia de infecciones intercurrentes, siendo la causa principal la enfermedad neurodegenerativa. Los pacientes con neumopatía crónica recibieron al final de vida mayor número de antibióticos. La mayoría de las familias tenían información sobre final de vida y decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico, especialmente en aquellos procedentes de residencia.

### PC-104. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL

S. Solsona Fernández, N. Quílez Salas, R. Vial Escolano,

M. Forcano García, P. González García y M.J. Vicente Romero

*Hospital San José. Teruel.*

**Objetivos:** Conocer el perfil de pacientes nonagenarios que fallecen en nuestro hospital y evaluar qué factores están relacionados con la mortalidad de dichos pacientes.

**Métodos:** Estudio analítico, retrospectivo. Se realizó revisión sistemática de la historia clínica de todos los pacientes nonagenarios ingresados durante el año 2011 en el Hospital San José de Teruel. Se analizaron variables sociodemográficas, procedencia, cuidador principal, comorbilidad (Charlson), presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), polifármacos, motivo de ingreso, situación funcional (Barthel), cognitiva (Pfeiffer) y nutricional (MNA) y exitus durante el ingreso. Se comparó el grupo de pacientes que fallecieron con el de los que se fueron de alta. El análisis estadístico fue con el programa SPSS.

**Resultados:** En 2011 ingresaron 578 pacientes en la Unidad de Geriátría, 71 mayores de 90 años. Fallecieron durante el ingreso 26,8%: el 57,9% eran varones, con edad media 92,47 años (DE 2,45), en su mayoría viudos e institucionalizados. El 63,2% procedía de Urgencias y el motivo de ingreso más frecuente fueron las infecciones (31,6%), siendo la estancia media de 12 días. La media de enfermedades coexistentes era de 5,11, el índice de Chalon ajustado por edad de 7, y 7,28 el número de fármacos al ingreso. El FRCV más frecuente fue la HTA (57,9%) y encontramos que hasta en un 10,5% coexistían 3 FRCV. Funcionalmente la mediana del IB basal fue de 10, y al ingreso de 0. Cognitivamente el 44,4% tenían diagnóstico de demencia, con una mediana de SPMSQ de 3 errores. El 100% cumplían criterios de desnutrición (MNA: 11,5). Al comparar con el grupo de no fallecidos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en índice de Barthel basal y al ingreso ( $p < 0,05$ ) y en la presencia de malnutrición según MNA ( $p = 0,028$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes nonagenarios que fallecen en nuestro hospital son en su mayoría varones, viudos e institucionalizados, con deterioro de funciones superiores y elevada comorbilidad. La peor situación funcional previa y al ingreso y la presencia de malnutrición según MNA se asociaron de forma significativa con una mayor mortalidad durante el ingreso.

### PC-105. POLIMEDICACIÓN EN EL ANCIANO: ALGO MÁS QUE MUCHOS FÁRMACOS

J.L. Bonafonte Marteles, M.E. Castro Vilela, R.M. Quílez Pina

y C. Cánovas Pareja

*Hospital Real y Provincial de Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.*

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de polimedicación ( $\geq 7$  fármacos) en nuestros pacientes. Analizar su asociación con la comorbilidad, estancia hospitalaria y factores cognitivos y funcionales. Se estudiaron potenciales interacciones medicamentosas (IM) y prescripciones inadecuadas (PI) según criterios STOPP-START en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, realizado en dos cortes (diciembre 2011-enero 2012). Se revisó toda la prescripción farmacológica al ingreso y alta de los pacientes hospitalizados en

el Servicio de Geriátría. Se recogieron datos sociodemográficos, comorbilidad (Í. Charlson), nivel cognitivo (grado de demencia Reisberg) y funcional (índice de Barthel). Se analizaron potenciales IM y PI. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** 101 pacientes. Edad media 85 años. 67,3% mujeres. Exitus durante el ingreso 20,8%. Al ingreso 51,5% tuvieron polimedicación y el 24,7% presentaron I.M. Al alta un 50% presentaron polimedicación y el 15,8% I.M. Los pacientes polimedicados presentaron más I.M ( $p < 0,008$ ). En demencias severas (GDS  $> 6$ ) y en muy dependientes (Í. Barthel  $< 20$ ), la incidencia de polimedicación al alta fue menor ( $p = 0,003$ ). A mayor comorbilidad, mayor polimedicación tanto al ingreso como al alta ( $p < 0,001$ ). Están asociadas la polimedicación y una estancia hospitalaria mayor ( $p < 0,001$ ). En estos pacientes se observó una mayor prevalencia de PI según criterios STOPP ( $p = 0,003$ ). Se observó al ingreso PI según criterios STOPP de un 36,6% y de 44,5% START mientras que al alta el porcentaje fue menor; 19,8% para STOPP y 33,7% según START.

**Conclusiones:** La polimedicación es muy frecuente en los pacientes con elevada comorbilidad en donde se observa un incremento asociado de la estancia hospitalaria. En presencia de demencia grave o dependencia severa se produce una disminución de los fármacos al alta. La polimedicación condiciona un aumento de potenciales I.M. Los criterios STOPP-START puede ser una herramienta útil para detectar PI y ayudarnos a disminuir la polimedicación.

#### PC-106. CONOCIENDO A LOS PACIENTES NONAGENARIOS DE UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

N. Quílez Salas, S. Solsona Fernández, R. Vial Escolano, M. Forcano García, P. González García, C. Aula Valero y A. Félez Bono  
*Hospital San José. Teruel.*

**Objetivos:** Estudiar a los pacientes de 90 o más años valorados en nuestra consulta externa de Geriátría.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. La muestra son todos los pacientes de 90 o más años valorados en primera visita en consulta externa de Geriátría del Hospital San José durante el año 2011. Se recogieron las siguientes variables: sociodemográficas, domicilio, cuidador principal, procedencia, motivo de derivación a Geriátría, situación funcional (IB), comorbilidad (Charlson abreviado), valoración cognitiva (SPMSQ, MEC), presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y exitus durante 2011. Estudio estadístico con el programa SPSS.

**Resultados:** Durante el año 2011 se vieron por primera vez en consultas de Geriátría 600 pacientes de los que 24 (4%) tenían más de 90 años (edad media 92,17 años). 62,5% eran mujeres, y el 68,2% viudos. Vivían en domicilio el 86,4%, siendo el cuidador principal un hijo en 28,6% de los casos, un hermano o sobrino en 19% y en 14,3% el cónyuge. El 77,3% fue derivado a petición de Atención Primaria, siendo el motivo más frecuente la demencia (40,9%). Los nonagenarios presentaban una mediana de 4 enfermedades y tomaban 6,5 fármacos. Índice de Barthel: 47,5. Índice de Charlson: 2. El 72,2% tenían diagnóstico de demencia y puntuaban 7 en SPMSQ y 16,5 en MEC. FRCV: HTA: 76,2%, DLP: 20% y DM: 25%. Ningún FRCV: 10%, 1: 55% y 2: 30%. Ingresaron en hospital durante el 2011 el 41,7% y fallecieron el 36,4%.

**Conclusiones:** El perfil de paciente nonagenario que acude por primera vez a la Consulta Externa de Geriátría en Teruel es una mujer que vive en domicilio, moderada o severamente dependiente y con demencia, atendida por un familiar añoso. Suele ser remitido por el médico de familia para valoración y tratamiento de la demencia. Un porcentaje elevado ingresan o fallecen en el año de seguimiento.

#### PC-107. PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICO DE DCL Y DEMENCIA EN PACIENTES > 65 AÑOS INSTITUCIONALIZADOS Y CORRELACIÓN CON MEC (LOBO)

C. Mañas Martínez, S. Mallón Redondo, T. Guevara Guevara y S. Fernández Martínez  
*Residencia Los Nogales. Madrid.*

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de diagnóstico de demencia/DCL en pacientes institucionalizados > 65 años y la correlación con MEC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo transversal en población institucionalizada > 65 años en Residencias Los Nogales durante el año 2011. Se cuantifican variables: sexo, edad por grupos, diagnóstico de demencia/DCL (geriatra-neurólogo) y tipo, tratamiento farmacológico. Segmentos según MEC (LOBO) 0-13, 14-23, 24-28, 29-35.

**Resultados:** 1.241 residentes, edad media:  $86 \pm 6,8$  años, el 75,7% mujeres, la media de MEC:  $20,46 (\pm 10)$ . Prevalencia según segmentos MEC 29-35 puntos: 28,8% pacientes, 24-28: 18,9%, 14-23: 28,2%, 13-0: 24,2%. El 34,3% de los residentes tiene diagnóstico de demencia o DCL: 19,3% EA, 4,6% vascular, 5,7% mixta, 2,1% Lewy, 0,3% frontotemporal, 0,9% otros, 1,4% DCL. De estos pacientes, el 4,7% tenía 65-74 años, 32,6% 75-84 años, 56,1% 85-94 años, 6,6% 95-105 años. La media de MEC entre los 65-74 años fue  $23,5 (\pm 11,1)$ , 75-84 años:  $21,3 (\pm 10,9)$ , 85-94 años:  $20,2 (\pm 10,1)$  y 95-105 años:  $18,1 (\pm 10,1)$ . De los pacientes con MEC 0-13, el 59,7% tenía diagnóstico de Demencia/DCL, MEC 14-23: 45,1%, MEC 24-28: 26,5%, MEC 29-35: 7,6% ( $p < 0,001$ ). Casi el 80% de los pacientes diagnosticados presentaba un MEC  $< 24$ , mientras que el 52% de la población con MEC  $< 24$  tenía diagnóstico. El 30% tenía diagnóstico entre pacientes con MEC  $< 24$  y 95-105 años. El 50,9% de los diagnosticados recibían tratamiento farmacológico específico: 64,5% IAC, 21,2% memantina, 14,3% combinado. De ellos, el 51,4% con MEC 0-13 recibía tratamiento, 59,5% MEC 14-23, 38,7% MEC: 24-28, 25,9% MEC 29-35.

**Conclusiones:** La enfermedad de Alzheimer es el tipo más frecuente de demencia. El deterioro cognitivo según MEC aumenta con la edad. Este aumento del deterioro se asocia a un aumento de pacientes diagnosticados de demencia. Pese a esto, más de dos tercios del grupo etario entre 95 y 105 años no tienen diagnóstico. Casi la mitad de la población con MEC  $< 24$  no está diagnosticada, tendencia acentuada en el grupo etario 95-105 años. Sólo la mitad de los diagnosticados reciben tratamiento farmacológico específico siendo los IAC los más utilizados en todos los tipos de demencia.

#### PC-108. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE PACIENTES NONAGENARIOS Y OCTOGENARIOS SOMETIDOS A CATETERISMO CARDIACO

M.A. Domínguez Domingo, A.T. Herasme Grullón, J.L. González Guerrero, T. Alonso Fernández, C. Ortiz Cortés y R. Rodríguez Carreras  
*Complejo Hospitalario de Cáceres.*

**Objetivos:** El cateterismo cardiaco es una técnica que permite, entre otras utilidades, constatar el estado de los vasos coronarios. El objetivo de este estudio es conocer las características principales de pacientes nonagenarios versus octogenarios sometidos a cateterismo cardiaco.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye pacientes nonagenarios y octogenarios ingresados en la Unidad de Agudos de Cardiología del Complejo Hospitalario de Cáceres. Se analizaron los cateterismos registrados desde 2007-2011 en pacientes  $\geq 90$  años seleccionándose el mismo número de pacientes entre 80-89 años en fechas de realización paralelas. Se presentan los datos clínicos de ambos grupos de edad. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** Se seleccionaron 32 pacientes; 16 en cada grupo de edad. La edad media fue  $91,8 \pm 2,10$  en nonagenarios y  $82,1 \pm 2,31$  en octogenarios. Un 50% vs 62,5%, respectivamente, fueron mujeres. En

nonagenarios se evidenció mayor porcentaje de dislipemia (56,3% vs 25%), diabetes mellitus tipo 2 (37,5% vs 18,8%) y antecedentes de cardiopatía isquémica (62,5% vs 37,5%). La patología coronaria más frecuente por la que se realizó cateterismo, en ambos grupos, fue el SCASEST. Predominó la enfermedad multivaso (62,5% en nonagenarios vs 68,8% en octogenarios) siendo el vaso más afecto la arteria descendente anterior (68,8% vs 75%). La enfermedad multivaso se asoció de forma significativa a historia previa de cardiopatía isquémica en nonagenarios ( $p = 0,008$ ). En la mayoría de los pacientes con lesiones significativas (91,7% vs 92,9%, respectivamente), se optó por tratamiento con ACTP/Stent. Los eventos hemorrágicos que requirieron ingreso, en pacientes doblemente antiagregados, sólo tuvieron lugar en nonagenarios (18%). El motivo más frecuente de reingreso en nonagenarios fue la insuficiencia cardíaca (18,8%) y en octogenarios el síndrome coronario agudo (12,5%). No se evidenciaron diferencias significativas en las características antes indicadas salvo en la variable especificada.

**Conclusiones:** Existen características similares en ambos grupos en lo que respecta al motivo de realización del cateterismo, vaso más frecuentemente afecto y predominio de lesión multivaso. En pacientes nonagenarios se evidenció mayor porcentaje de factores de riesgo cardiovascular, antecedente de cardiopatía isquémica (asociada significativamente con enfermedad multivaso), eventos hemorrágicos que requirieron ingreso y reingresos por insuficiencia cardíaca.

#### PC-109. VELOCIDAD DE LA MARCHA Y FRECUENTACIÓN SANITARIA EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

M. Carpena Ruiz<sup>1</sup>, N. Gómez-Escalonilla Cruz<sup>1</sup> y A.J. Cruz Jentoft<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS San Fernando de Henares II. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos:** La velocidad de la marcha habitual (VM) es una sólida medida del rendimiento físico en personas mayores. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre la VM y la frecuentación sanitaria en personas mayores que viven en la comunidad.

**Métodos:** Se recogió una muestra incidental de personas de 64 o más años que acudieron a un Centro de Salud por cualquier motivo en un periodo de 20 días. Se excluyeron aquellos con discapacidad establecida o con incapacidad para deambular. Se midió la VM en una distancia de 4 metros. Se valoró la frecuentación sanitaria mediante la revisión de los registros informáticos, distinguiendo las visitas programadas a médico o enfermera de AP, y las visitas urgentes a cualquier dispositivo sanitario.

**Resultados:** Se incluyeron 98 sujetos de 65 a 91 años de edad (media  $75,5 \pm 6,8$  años), 61% mujeres. La VM media fue de  $0,88 \pm 0,21$  m/s ( $0,41$  a  $1,32$  m/s); sólo un 30,6% tenía una VM normal ( $\geq 1$  m/s). La VM fue menor en la mujeres que en los varones ( $0,84 \pm 0,19$  vs  $0,94 \pm 0,22$ ,  $p = 0,025$ ) y tenía tendencia a ser menor en los mayores. El número de visitas programadas al médico o enfermera de AP en los seis meses previos a la medida de la VM fue de  $12,8 \pm 6,5$  (2 a 38 visitas). El número de asistenciales urgentes en este tiempo fue de  $0,6 \pm 1,1$  (0 a 5 visitas). Un 33,7% de los sujetos precisó una o más atenciones urgentes. Encontramos una correlación débil pero significativa entre la VM y el número de visitas programadas ( $r = -0,39$ ;  $p < 0,001$ ). El número de visitas programadas en aquellos con VM baja (menor de 1 m/s) fue significativamente mayor que el número de visitas de los que tenían VM normal ( $14,1 \pm 6,7$  vs  $9,7 \pm 4,8$ ,  $p = 0,002$ ). No encontramos relación entre la velocidad de la marcha y el número de asistenciales urgentes. En el análisis de regresión logística, sólo el sexo femenino y la frecuentación no urgente guardaron relación con la VM.

**Conclusiones:** El enlentecimiento de la velocidad de la marcha puede guardar relación con una mayor frecuentación a las consultas de AP.

#### PC-110. PERFIL DE SEGURIDAD Y EFICACIA DE DABIGATRÁN ETEXILATO UTILIZADO PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS O EMBOLISMO SISTÉMICO EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS

A. Vilches Moraga, J.C. Taboada Rodríguez, L. Garrido González, A.E. Álvarez Pérez, C. Rodríguez Pascual, E. Paredes Galán y D. Pérez Soto

Complejo Hospitalario Xeral-Cíes. Vigo.

**Introducción:** Dabigatrán etexilato (DE) es un anticoagulante oral, inhibidor de la trombina, autorizado para la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular con uno o más factores de riesgo. Desafortunadamente la experiencia clínica en pacientes ancianos ( $> 75$  años) es limitada.

**Objetivos:** El propósito del presente estudio consiste en determinar la frecuencia de eventos embólicos sistémicos y complicaciones relacionadas a la terapia anticoagulante con DE.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes de edad avanzada con FA no valvular manejados que recibieron DE para la prevención de eventos tromboembólicos. Un total de 92 pacientes, 62 mujeres y 30 hombres con una edad media de 84,7 años recibieron DE a una dosis diaria total de 220 mg ( $n = 83$ ) o 150 mg ( $n = 9$ ).

**Resultados:** Tras un seguimiento medio de 216 días se registró un único ictus isquémico y ninguna embolia sistémica; produciéndose un total de 9 muertes (9,8%), ninguna de ellas directamente relacionada con el uso del fármaco. No se produjeron sangrados críticos ni hemorragias cerebrales pero sí 4 sangrados gastrointestinales (SG) mayores (precisando transfusión de 2 concentrados de hemáties o caída de Hb  $> 2$  g/dl), 4 SG menores y otros 8 leves en diversas localizaciones: 2 hematurias, 2 epistaxis, 1 hemoptisis, 1 sangrado en lugar de punción, 1 sangrado gingival y una hemorragia conjuntival). Al final del primer año de seguimiento un 80,2% de los pacientes siguen tomando DE siendo las causas más frecuentes de retirada: rectorragias ( $n = 3$ ) y anemización ( $n = 3$ ). No observamos diferencias significativas de resultados entre las distintas dosis excepto que 75 mg dos veces al día fue más frecuente retirado de forma indefinida ( $p = 0,028$ ) y pautado mayoritariamente en pacientes con insuficiencia renal ( $p = 0,049$ ).

**Conclusiones:** El perfil de eficacia y seguridad del dabigatrán etexilato en nuestra cohorte de pacientes de edad avanzada con FA es favorable sin complicaciones fatales y tan sólo un ictus en toda la serie. Esta observación precisa ser testada en estudios aleatorizados a doble ciego de carácter multicéntrico.

#### PC-111. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS TRATADOS CON DABIGATRÁN ETEXILATO PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS O EMBOLISMO SISTÉMICO EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

A. Vilches Moraga, L. Garrido González, J.C. Taboada Rodríguez, A.E. Álvarez Pérez, E. Paredes Galán, C. Rodríguez Pascual y J.A. Lazarini Díaz-Barriga

Complejo Hospitalario Xeral-Cíes. Vigo.

**Introducción:** Dabigatrán etexilato (DE) es un anticoagulante oral, inhibidor de la trombina, autorizado para la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular con uno o más factores de riesgo. Desafortunadamente la experiencia clínica en pacientes ancianos ( $> 75$  años) es limitada.

**Objetivos:** El propósito del presente estudio consiste en determinar los factores predictivos de mortalidad en pacientes ancianos tratados con DE.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes de edad avanzada con FA manejados en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y que recibieron DE para la prevención de eventos tromboembólicos. Un

total de 92 pacientes, 62 mujeres y 30 hombres con una edad media de 84,7 años recibieron DE a una dosis diaria total de 220 mg (n = 83) o 150 mg (n = 9).

**Resultados:** Tras un seguimiento medio de 216 días se registraron un total de 9 muertes ninguna de ellas directamente relacionada con el uso del fármaco siendo la mortalidad actuarial del 16,2%. Reagudización de insuficiencia cardiaca precipitada por evento infeccioso fue la causa de exitus más frecuente (n = 7); mientras que un paciente murió de causa natural y otro portador de demencia por neumonitis broncoaspirativa. Al realizar análisis univariado los factores asociados a mayor mortalidad fueron la dosis de dabigatrán 150 (p < 0,001), edad mayor de 85 años (p = 0,012), sexo varón (p = 0,037) y MDRD < 30 (p = 0,048). Sin embargo no fueron determinantes la coexistencia de deterioro cognitivo (p = 0,76) o funcional (p = 0,76); comorbilidad (p = 0,087); las complicaciones hemorrágicas (p = 0,635) o valores elevados en escalas como CHADS (p = 0,745), CHADS-VASC (p = 0,312) o HASBLED (p = 0,534).

**Conclusiones:** La edad avanzada o el sexo y otros factores modificables como la dosis del fármaco o la coexistencia de disfunción renal parecen influir en la supervivencia de los pacientes tratados con DE para la prevención de ictus y embolias sistémicas. Esta observación precisa ser testada en estudios aleatorizados a doble ciego de carácter multicéntrico que incluyan pacientes geriátricos.

#### PC-112. ¿EXISTE MÁS INERCIA CLÍNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS POR TRATARSE DE PACIENTES ANCIANOS?

P. Fernández López<sup>1</sup>, J.F. Domínguez Barrales<sup>1</sup>, G. Burgos Gómez<sup>2</sup>, R. Fernández Martínez<sup>2</sup>, V. Girela López<sup>2</sup>, J.A. Rodríguez Perera<sup>2</sup> y J. García-Valdecasas Valverde<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SAS Atención Primaria. Granada. <sup>2</sup>Grupo Galeno. Granada. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

**Introducción:** Definimos Inercia clínica como “fallo de los profesionales de la salud para indicar, recomendar, estudiar o seguir a un paciente, con el consecuente perjuicio en términos de “Salud” (Philips LA)”. En el caso particular de pts HTA y DM, los principales perjuicios para la salud son la aparición de eventos cardiovasculares, y la entrada en diálisis por fallo renal, ya que el 77% de la entrada en diálisis de pts son la diabetes y la HTA.

**Métodos:** De los 1.785 pts diabéticos pertenecientes a una zona básica de salud, seleccionamos a 1.277 pts (594 hombres y 683 mujeres) que presentan además HTA, y los dividimos en dos grupos: menores y mayores de 75 años (849 y 428 pts respectivamente) con una edad media de 60,4 ± 10,6 años y de 82,1 ± 5,4 años.

**Resultados:** Se muestran en la tabla.

	Menores 75	Mayores 75
No tienen reflejados en su historia clínica el peso o la talla	43,5%	42,6%
No tiene reflejada las cifras de TA	14,6%	7,9%
No tienen ninguna analítica	5,4%	6,5%
Se le ha estimado el filtrado glomerular	3,5%	9,5%
No tienen en su última analítica de control la creatinina sérica	13,4%	6,8%
La fecha de la última analítica es superior a los seis meses	40%	51,2%
No se dispone de cifra de HbA <sub>1c</sub>	16,8%	21,8%
No se le ha determinado MAO o el cociente MAO/creatinina en orina	5,6%	58%

**Conclusiones:** En los parámetros antropométricos de peso y talla (determinación del IMC), valores de tensión arterial y no tener reflejadas en su historia: analítica, creatinina sérica, estimación del fil-

trado glomerular existe una diferencia significativa con p < 0,01, a favor de una menor inercia clínica en los pacientes mayores de 75 años. En los parámetros analítica superior a 6 meses, tener reflejada la HbA<sub>1c</sub> y la determinación de microalbuminuria (MAO) y del cociente MAO/creatininuria. Existe una diferencia significativa con p < 0,01, a favor de una menor inercia clínica en los pacientes menores de 75 años.

#### PC-113. CARACTERÍSTICAS DE LOS ANCIANOS TRATADOS CON DABIGATRÁN ETEXILATO PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS O EMBOLISMO SISTÉMICO EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

J.C. Taboada Rodríguez, L. Garrido González, A.E. Álvarez Pérez, E. Paredes Galán, C. Rodríguez Pascual, A. Vilches Moraga e I. Valdespino Páez

Complejo Hospitalario Xeral-Cies. Vigo.

**Introducción:** La experiencia clínica del uso de dabigatrán etexilato (DE), el primer anticoagulante oral inhibidor de la trombina autorizado en España para la prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular (FA) no valvular con uno o más factores de riesgo, es cuando menos limitada en pacientes ancianos (> 75 años).

**Objetivos:** Establecer características diferenciadoras y pronóstico de ancianos tratados con DE.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes de edad avanzada con FA tomando DE para la prevención de eventos tromboembólicos. Se incluyeron 92 pacientes con una edad media de 84,7 (83,5-85,9) años.

**Resultados:** Un total de 62 mujeres (67,45%) y 30 hombres recibieron DE a dosis de 75 mg (n = 9) y 110 mg (n = 83) cada 12 horas. La media del índice de Charlson fue de 3,0 (2,61-3,47), CHADS 3,23 (2,95-3,5), CHADSVASC 4,99 (4,71-5,27) y HASBLED 2,09 (1,89-2,29). Ochenta y dos pacientes (89,2%) vivían acompañados y tan sólo dos estaban institucionalizados (2,2%); presentando deterioro funcional o cognitivo significativo el 27,2% y 8,7% respectivamente. Las patologías más prevalentes fueron: HTA (77,2%), insuficiencia cardiaca (53,3%), osteoartritis (41,3%), e ictus/AIT previo (38,1%), diabetes (29,3%) e insuficiencia renal (26,1%); mientras que los antiarrítmicos más utilizados eran la digoxina (n = 31) y bloqueantes beta (n = 24). El filtrado glomerular estimado medio fue de 55,8 (51,5-60) con cuatro individuos mostrando un valor inferior a 30 ml/min. Tras un seguimiento medio de 216 días se registraron un total de 9 muertes (ninguna de ellas directamente relacionada con el uso del fármaco siendo la mortalidad actuarial del 16,2%); un ictus y ningún evento embólico sistémico; así como 16 sangrados (ninguno mortal); siendo necesario retirar dabigatrán en 15 pacientes.

**Conclusiones:** Los pacientes tratados con dabigatrán etexilato en nuestra Sección de Geriátría presentan una edad muy avanzada y comorbilidad extensa sin excesivo deterioro funcional-cognitivo. A pesar de exhibir un riesgo alto tanto de sangrado como tromboembólico, el perfil de seguridad y eficacia fue bueno; hallazgo que deber de ser confirmado por estudios multicéntricos aleatorizados.

#### PC-114. ¿EXISTE MEJOR CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS POR SER MAYORES DE 75 AÑOS?

F. Vinuesa Acosta<sup>1</sup>, P. Fernández López<sup>1</sup>, W. Portorreal Guerrero<sup>2</sup>, R. Oloriz<sup>2</sup>, M. Cabrera Aguilera<sup>2</sup>, M.J. Sánchez Caravaca<sup>2</sup> y J. García-Valdecasas Valverde<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SAS Atención Primaria. Granada. <sup>2</sup>Grupo Galeno. Granada. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

**Introducción:** En la actualidad la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) son las dos enfermedades responsables del 77% de la entrada de los pacientes (pts) en tratamiento de diálisis. Un

control exhaustivo de los parámetros de control metabólico, lipídico y de la presión arterial es imprescindible para evitar la progresión de la insuficiencia renal en estos pacientes.

**Métodos:** De los 1.785 pts diabéticos pertenecientes a una zona básica de salud, seleccionamos a 1.277 pts (594 hombres y 683 mujeres) que presentan además HTA, y los dividimos en dos grupos: menores y mayores de 75 años (849 y 428 pts respectivamente), con una edad media de  $60,4 \pm 10,6$  años y de  $82,1 \pm 5,4$  años.

**Resultados:** Se presentan en la tabla.

	Menores de 75	Mayores de 75
El IMC está por encima de 25	90,6%	87%
La TA está por encima de 135/85	41,3%	45,4%
Creatinina elevada (Cr > 1,4 en H y > 1,2 en M)	4%	17,1%
Filtrado glomerular estimado por CKD-EPI < 60 ml/min	11%	26,9%
HbA1c > 7%	54,6%	43,9%
MAO-MAO/Creatinina	15,1%	28,5%
Colesterol total > 200 mg/dl	36,6%	28,6%
LDL > 100 mg/dl	57,2%	51,4%
Triglicéridos > 150 mg/dl	37,9%	31,9%

**Conclusiones:** En los parámetros IMC > 25, HbA<sub>1c</sub>, Colesterol T, LDL colesterol y triglicéridos el grado de control es significativamente mejor con una  $p < 0,01$  en los pacientes mayores de 75 años. Por el contrario en los parámetros de TA > 135/85, filtrado glomerular estimado por CKD-EPI < 60 ml/min, Creatinina elevada (Cr > 1,4 en H y > 1,2 en M), MAO-MAO/Creatinina elevadas por encima de 2 mg/dl y de 30 mg/dl respectivamente, son los pacientes menores de 75 años los que están mejor controlados. Cabe destacar igualmente el aumento de la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes mayores de 75 años, que pasa de un 11% a un 26,9% si lo medimos mediante CKD-EPI, y de un 4% a un 17,1% si la calculamos por la creatinina sérica.

#### PC-115. PRESENCIA DE MALNUTRICIÓN Y ASPECTOS RELACIONADOS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

R. García Martín, C. Navarro Ceballos, C.I. Yela Salguero, J. Rodríguez Salazar y M.J. Molina Hernández  
Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

**Objetivos:** El estado nutricional es indicador de salud, capacidad funcional y calidad de vida. La desnutrición continúa siendo una causa principal de aumento de morbilidad y un importante problema de salud. Afecta especialmente a pacientes hospitalizados; supone un aumento de las complicaciones médicas, generando una mayor estancia hospitalaria, y un incremento de los costes socioeconómicos. De ahí la importancia de realizar una adecuada valoración nutricional e intervención precoz.

**Métodos:** Se analizan pacientes ingresados en una unidad de agudos durante el período de enero a marzo de 2012. Se describen datos demográficos, valoración basal funcional, mental y social, motivo de ingreso, se analizan datos analíticos nutricionales, se realiza valoración nutricional por una diplomada nutricionista, y se correlaciona con complicaciones médicas y tiempo de ingreso hospitalario.

**Resultados:** Se realizó valoración nutricional a 72 de los 154 pacientes ingresados. El muestreo fue aleatorio. La media de edad fue 87 años. El 60% mujeres, situación basal (Barthel): 50% > 60, 14% entre 30 y 60 y 37% < 30. El 38% presentaban demencia. El 81% tomaban 4 o más fármacos, el 45% psicofármacos, 16% tomaban suplementos nutricionales. La estancia media fue de 7,75 días. Diagnósticos más frecuentes: infección respiratoria vs neumonía, en segundo lugar ICC y en tercer lugar ITU, se registró delirium en el 15% de los pacientes. La media de Índice

de Charlson fue 7. El 34% de los pacientes procedían de residencia, 51,4% vivían en su propia casa y el 14,6% vivían con hijos. Valoración nutricional: al realizar SF-MNA sólo el 6% estaban bien nutridos, el 57,5% en riesgo de malnutrición y el 36,5% presentaban malnutrición. Se compararon los grupos y se observó que los pacientes con peor estado nutricional presentaron estancias hospitalarias más prolongadas, mayor comorbilidad medida por í Charlson, peor situación funcional y se asoció con mayor frecuencia a demencia, sin embargo no se observó que se asociara con mayor riesgo de éxitus, ni tampoco la situación social mostró significación estadística.

**Conclusiones:** 1. La malnutrición es muy prevalente en ancianos hospitalizados. 2. Se asocia a mayor comorbilidad y aumento de estancias hospitalarias. 3. Es necesario implementar medidas de intervención nutricional eficaces.

#### PC-116. CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE PRONÓSTICO CONUT Y EL MNA EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL ANCIANO

C. Navarro Ceballos, M.R. García Martín, C.I. Yela Salguero, M.J. Molina Hernández y J. Rodríguez Salazar  
Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

**Objetivos:** La elevada prevalencia de desnutrición en los pacientes ancianos en el momento del ingreso, y el papel negativo que desempeña en su evolución clínica, nos obliga a establecer estrategias de detección de riesgo de malnutrición sencillas, pero que resulten útiles al clínico en su labor diaria, ya bastante cargada desde el punto de vista asistencial. El índice pronóstico CONUT es un método automatizado que analiza datos analíticos (albúmina, linfocitos y colesterol) y establece un índice pronóstico de desnutrición en cada paciente, que sirve de alerta para el facultativo responsable. El objetivo del estudio es correlacionar el índice CONUT con el MNA, escala validada en población anciana.

**Métodos:** Se relaciona índice CONUT que realiza automáticamente el Servicio Análisis Clínicos, con el MNA y la valoración antropométrica realizado por una diplomada nutricionista, en los pacientes ingresados en nuestra unidad de agudos.

**Resultados:** Hasta el momento hemos analizado 72 pacientes. Se realizó el MNA: 7,5% de los pacientes presentaban estado nutricional normal (MNA 24-30), 52% riesgo de malnutrición (MNA entre 17-23,5) y 40,5% presentaban malnutrición (MNA < 17). Según CONUT: 19,5% estaban en rango normal (CONUT 0-1), EL 34,7% malnutrición leve (CONUT 2-4), el 37,5% malnutrición moderada (CONUT 5-8) y el 8,3% malnutrición grave (CONUT 9-12). Comparando ambos observamos que CONUT en rango  $\geq 5$  presenta una buena correlación con el MNA, pero en rangos menores no es buen predictor de riesgo de malnutrición. Los ítems del MNA que mayor coincidencia tienen con CONUT son las mediciones de las circunferencias braquial y pantorrilla, no así el IMC. Los resultados de la valoración antropométrica mediante la medición de los pliegues bicipital, tricipital, supraescapular y suprailíaco tampoco resultaron concluyentes por la variabilidad y dispersión de los datos, pese a ser realizado por la misma persona.

**Conclusiones:** 1. El índice CONUT parece tener un buen valor pronóstico en rango de malnutrición moderada a severa, pero no es buen marcador de malnutrición subclínica. 2. Se recomienda realizar MNA-SF en todos los ancianos ingresados como screening de malnutrición. 3. La valoración antropométrica presenta gran dispersión y variabilidad y no resulta una herramienta útil en la práctica clínica.

#### PC-117. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA AMBULATORIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

J. Martos Gutiérrez, N. Morón Carande, C. Vázquez, R. Monteis Cahis y D. Pérez Díaz  
Hospital de Mataró. Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la evolución de los pacientes con perfil geriátrico, incluidos en programa de control y seguimiento de forma ambulatorio.



ria en una unidad hospitalaria de atención geriátrica y su impacto sobre la mortalidad, los reingresos hospitalarios y la institucionalización.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 50 pacientes incluidos en el programa de atención ambulatoria geriátrica de nuestro hospital. Se analizan como variables: edad, sexo; procedencia; mortalidad; situación funcional mediante el índice de Barthel al ingreso y a los seis meses; situación cognitiva mediante índice de Pfeiffer; comorbilidad mediante índice de Charlson; índice pronóstico de Walter para evaluar mortalidad postingreso hospitalario; situación social analizando el núcleo de convivencia. Se estudio la correlación con los síndromes geriátricos: deterioro cognitivo, deterioro funcional, trastornos del ánimo y del sueño, delirium, úlceras por presión, incontinencia, constipación intestinal, trastorno de la marcha, caídas, déficits sensoriales y polifarmacia. Se valoro el número de ingresos hospitalarios en los últimos 3 años y se ajusto el valor a un período de seis meses.

**Resultados:** Se analiza la evolución de 50 pacientes de forma relativa desde abril de 2011. 36% hombres; 64% mujeres; edad media 87 años; 72% son controles postalta hospitalaria, 18% consulta por medico de residencia y el 10% mediante consulta por médico de cabecera. Índice de reingresos previos 1,5/año frente a 0,25/año actual; mortalidad 22%; 5% nuevas institucionalizaciones. Media de número de consultas 2,5/6 meses. Se evidenció una disminución en la mortalidad global, en el número de reingresos y en la tasa de institucionalización a los seis meses.

**Conclusiones:** La implementación de un programa de atención ambulatoria geriátrica hospitalaria, reduce fundamentalmente la tasa de reingresos hospitalarios en pacientes con marcado perfil geriátrico, así como la institucionalización y la mortalidad.

#### PC-118. MEJORA DEL GRADO DE EFECTIVIDAD ANALGÉSICA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA MEDIANTE LA MEDICIÓN DEL DOLOR EN GRÁFICA DE CONSTANTES DE ENFERMERÍA

J.J. Gavidia Banegas, L. Cáceres Minaya, A. Franco Salinas, L. Mercedes Guzmán, O. Rangel Selvera, J. Gómez-Pavón e I. Ruipérez Cantera

*Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.*

**Objetivos:** Valorar el dolor y la efectividad analgésica de un programa de medición del dolor en la gráfica de constantes de enfermería.

**Métodos:** Estudio cuasiexperimental, de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y Unidad de Media Estancia (UME) de un Servicio de Geriatria mediante cortes transversales anuales (2009, 2010, 2011 y 2012). Se recogen datos de historia clínica, entrevista directa con paciente (dolor en 24 horas previas) y prescripción electrónica. Variables finales: grado instauración analgésica (% pacientes con analgesia) y eficacia analgésica (% pacientes sin dolor del total de pacientes con analgesia). Se comparan datos previos (año 2009) y después de la implementación del programa (año 2012). Análisis de proporciones con  $\chi^2$  y exacta de Fisher y cuantitativo con t de Student o U de Mann-Whitney. Análisis de ANOVA (Bonferroni y Games-Howell).

**Resultados:** La muestra total fue de 215 pacientes, en estudios anuales, homogénea en número pacientes, sexo, edad, situación funcional, mental y comorbilidad. Comparando años 2009 y 2012 se observó: disminución de prevalencia e intensidad del dolor, 42% vs 30%, y, EAV,  $4,1 \pm 2$  vs  $3,1 \pm 1,6$ , respectivamente; se incrementó la analgesia hospitalaria (71% vs 89%,  $p = 0,03$ ), sobre todo la pauta fija (50% vs 70%,  $p = 0,04$ ). El grado de instauración analgésica pasó de un 92% a un 100%. El grado de efectividad analgésica mejoró un 24% (83% vs 59%,  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** El programa de medición del dolor en gráfica de constantes de enfermería mejoró en un 24% la efectividad analgésica en las unidades hospitalarias de nuestro Servicio de Geriatria.

#### PC-119. IMPACTO DE UN PROGRAMA INTEGRAL Y TRANSVERSAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL Y COMPLEJO EN LA ACTIVIDAD DEL CENTRO SOCIO SANITARIO DE REFERENCIA

R. Cristófol Allué

*Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona.*

**Objetivos:** Valorar el impacto sobre la actividad de un centro socio-sanitario en los primeros 9 meses de la creación de un programa integral de atención al paciente anciano frágil en el entorno de una organización sanitaria integral (OSI) ubicada en el Maresme Central (Mataró).

**Métodos:** El Antic Hospital de St Jaume i St Magdalena es un centro sociosanitario de 101 plazas. Está integrado en el ámbito sociosanitario del CsdM en el que se incluye un PADES y una Residencia geriátrica de 80 plazas. En el Hospital de Agudos una UFISS (Unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria) de Geriatria y una UFISS de Curas Paliativas. Es corresponsable de la UGA, la atención al paciente geriátrico en urgencias y del HD de Geriatria. Dispone de una Unidad de Psicogeriatria, en la que hay Media estancia Psicogeriátrica (28 c) Larga Estancia y grandes dependientes neurológicos (24 c), además de una unidad de Convalecencia (37 c), y una unidad de Cuidados Paliativos (12 c), un Hospital de Día de Psicogeriatria (15 plazas) de rehabilitación (25 plazas), rehabilitación cognitiva (10 plazas) y EAIAs de Demencias, Geriatria y C. Pal. Se han redistribuido el número de plazas según las necesidades del entorno: Larga Estancia (-8) y cuidados intermedios (+15) en 2010).

**Resultados:** Descenso de la estancia media de la UC (EM 2010/2011: 38/35 días). Descenso de la estancia media de la Unidad de ME Psicogeriátrica (EM 2010/2011: 42/36 días). Descenso de la estancia Media de la Unidad de Curas Paliativas (EM 2010/2011: 21/22 días). Incremento de la estancia media de la unidad de LE (EM 2010/2011: 99/120 días). Incremento global del número de altas a pesar de haber disminuido el número de camas en - 8 (camas 2010 /2011: 107/101) (altas 2010/2011: 902/956).

**Conclusiones:** El impacto de un Programa de atención al paciente frágil complejo en el centro sociosanitario estudiado (ver presentación general del programa) no es baladí. Se incrementa la actividad de todas las líneas de media estancia (+ 1.680 estancias en total = 4,52 camas/año es decir un 4,5%), con mejora notable de la estancia media, sin incrementos de personal, ni costes, manteniendo todos los servicios.

#### PC-120. CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DE GERIATRÍA EN ESPAÑA

A.I. Ferrero Martínez<sup>1</sup>, C. Bermejo Matías<sup>2</sup>, C. Fernández Rodríguez<sup>3</sup>, C. Preciados Galán<sup>4</sup>, M. Montilla<sup>5</sup>, R. Menéndez Colino<sup>6</sup> y C. Rodríguez Pascual<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Meixoeiro. Vigo. Pontevedra <sup>2</sup>Complejo Hospitalario.

Cáceres. <sup>3</sup>Hospital General Universitario. Guadalajara. <sup>4</sup>Hospital Monte Naranco. Oviedo. <sup>5</sup>Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

<sup>6</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos:** Describir el nivel de conocimientos de la enfermedad y de autocuidados de los pacientes incluidos en el estudio GERIATRICS-HF y ver la relación con otras variables que completen el perfil de los pacientes de edad avanzada ingresados por IC.

**Métodos:** El estudio GERIATRICS-HF es un estudio multicéntrico aleatorizado de intervención educativa, en pacientes mayores de 75 años ingresados por IC. En la inclusión del estudio se registraron los CE y NA mediante la escala holandesa de CE descrita por Van der Wal et al (escala de 0 a 15 puntos, cuanto mayor puntuación, mejor cono-

cimiento de la enfermedad) y la escala europea de autocuidados (escala de 12 a 60 puntos, cuanto menor puntuación, mejor nivel de autocuidados).

**Resultados:** Se incluyeron 492 pacientes con edad media de  $85,7 \pm 5,1$ , 62% mujeres. La puntuación media en CE fue de  $7,6 \pm 2,5$  (valores intercuartiles 25%,50% y 75% de 6, 8 y 9 puntos) y en NA de 33,79 (intercuartiles 25%,50% y 75% de 27, 33, 39 puntos). Se observó mayor CE en los casos de edad más avanzada (mayores de 85 años vs menores) ( $p < 0,05$ ) y mejor NA en varones ( $p < 0,05$ ). Los CE y NA fueron mejores en pacientes con clase funcional NYHA III-IV ( $p < 0,05$ ) y en los que era su primer ingreso por IC ( $p < 0,005$ ). También se observó una correlación positiva entre los conocimientos generales en salud y los CE y NA ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan por IC en las unidades de agudos de Geriátría tienen bajos niveles de conocimiento de la enfermedad y de autocuidados para la misma, por lo que se les debe ofrecer programas de intervención educativa. Deben realizarse estudios en los que se analice la eficacia de estos programas y su influencia en los resultados en salud. Los pacientes con mejor clase funcional, menos ancianos, que han reingresado por IC y las mujeres tienen peor conocimiento de la IC y peores niveles de autocuidados por lo que debe hacerse especial énfasis en ellos.

#### PC-121. CAMBIOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y NIVEL DE AUTOCUIDADOS CON UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PACIENTES DE EDAD AVANZADA QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

A.I. Ferrero Martínez<sup>1</sup>, C. Bermejo Matías<sup>2</sup>, A. Hurtado Alcalá<sup>3</sup>, C. Preciados Galán<sup>4</sup>, M. Montilla<sup>5</sup>, R. Menéndez Colino<sup>6</sup> y C. Rodríguez Pascual<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Meixoeiro. Vigo. Pontevedra. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario. Cáceres. <sup>3</sup>Hospital General Universitario. Guadalajara. <sup>4</sup>Hospital Monte Naranco. Oviedo. <sup>5</sup>Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. <sup>6</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos:** Analizar la eficacia de un programa de intervención educativa (PIE) sobre el conocimiento de la enfermedad (CE) y el nivel de autocuidados (NA) en pacientes de edad avanzada ingresados por insuficiencia cardíaca.

**Métodos:** El estudio GERIATRICS-HF es un estudio multicéntrico aleatorizado de intervención educativa, en pacientes mayores de 75 años ingresados por IC en 5 unidades de agudos de Geriátría. En la inclusión en el estudio y a los 6 y 12 meses del alta se registraron los CE y NA mediante la escala holandesa de CE descrita por Van der Wal et al (escala de 0 a 15 puntos, cuanto mayor puntuación, mejor conocimiento de la enfermedad) y la escala europea de autocuidados (escala de 12 a 60 puntos, cuanto menor puntuación, mejor nivel de autocuidados).

**Resultados:** Se incluyen 249 pacientes con una edad media de  $85,7 \pm 5,1$  años, el 62% mujeres. A los 6 meses del alta el 74% de ellos presentaban una mejoría en el NA y un 18% empeoraron, manteniéndose las mismas proporciones en 144 pacientes que actualmente han tenido seguimiento un año tras el alta. Se observó mejor nivel de autocuidados a los seis y doce meses del alta en los pacientes que recibieron el programa frente al grupo control ( $p < 0,001$ ). A los 6 y 12 meses de seguimiento habían mejorado los CE un 50% y 80% de los casos respectivamente. Se observó una mejoría muy significativa ( $p < 0,0001$ ) de los CE en los pacientes incluidos en el grupo de intervención del programa frente al grupo control que recibía tratamiento habitual.

**Conclusiones:** Un programa de intervención educativa para pacientes de edad avanzada con alta comorbilidad que ingresan por insuficiencia cardíaca mejora el nivel de autocuidados y de conocimientos de la enfermedad.

#### PC-122. AUTOPERCEPCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO E IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS ATENDIDOS POR GERIATRAS

D. Ruiz Hidalgo<sup>1</sup>, M. Lubián<sup>2</sup>, A. Tejedor<sup>3</sup>, C. Pérez<sup>4</sup>, C. Margarit<sup>5</sup> y M.A. Ruiz Ibán<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz. <sup>3</sup>Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. <sup>4</sup>Hospital de la Princesa. Madrid. <sup>5</sup>Hospital de Alicante. <sup>6</sup>Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos:** Conocer la perspectiva del paciente con dolor crónico respecto a la eficacia del tratamiento, el impacto sobre la calidad de vida y la conducta ante un tratamiento no satisfactorio.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado durante marzo-junio de 2011 en el que participaron médicos que trataban pacientes con dolor crónico (anestelistas, médicos de familia, reumatólogos, traumatólogos, rehabilitadores y geriatras). Este estudio forma parte de una iniciativa Europea (Campaña *Change Pain*). Se realiza un subanálisis de la atención que recibieron por parte de 71 geriatras. Las herramientas de valoración del dolor fueron una escala de valoración verbal del dolor (no dolor al máximo dolor imaginable), escala de valoración numérica del dolor (de cero a diez) y una escala de dolor que refleja el dolor que podría tolerar haciéndolo compatible con las actividades básicas de la vida diaria. Además, se aplicó una encuesta complementaria que valoraba la satisfacción y áreas de mejora.

**Resultados:** 703 pacientes (61% mujeres, 92% mayores de 64 años) tenían como principales causas de dolor crónico las de "origen articular" (47%) y la "lumbalgia crónica" (24%). El 39% tenían una duración del dolor superior a 3 años. El nivel medio de dolor en la semana previa fue de moderado a intenso en un 75%. El 45% tenía un dolor más fuerte de lo tolerable. El 44% recibían tratamiento farmacológico combinado (75% con AINEs/no opioides, un 59% opioides débiles), el 46% tomaba antidepresivos y el 25% realizaba fisioterapia el 25%. El 52% estaban insatisfechos con el tratamiento recibido sobretudo porque el alivio del dolor era insuficiente. Respecto a la actitud delante de efectos adversos, el 74% consultaba a su médico y hasta el 32% decidía por su cuenta abandonar el tratamiento o reducir dosis. La limitación en la "movilidad" y "en la actividad general" eran las principales preocupaciones.

**Conclusiones:** Este estudio nos alerta a los geriatras sobre la necesidad de incluir sistemáticamente en la valoración geriátrica la evaluación del dolor y el impacto que tiene sobre las actividades cotidianas para poder realizar un tratamiento adecuado que en estos momentos a todas luces es insuficiente según expresan los pacientes.

#### PC-123. AUTOPERCEPCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO EN ANCIANOS ESPAÑOLES

D. Ruiz Hidalgo<sup>1</sup>, A. Tejedor<sup>2</sup>, M. Lubián<sup>3</sup>, M.A. Ruiz<sup>4</sup>, C. Pérez<sup>5</sup> y J. Tornero<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. <sup>3</sup>Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz. <sup>4</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>5</sup>Hospital La Princesa. Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Guadalajara.

**Objetivos:** Conocer la perspectiva del paciente con dolor crónico respecto a la eficacia del tratamiento, el impacto sobre la calidad de vida y la conducta ante un tratamiento no satisfactorio.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado durante marzo-junio de 2011. Participaron médicos que trataban pacientes con dolor crónico (anestelistas, médicos de familia, reumatólogos, traumatólogos, rehabilitadores y geriatras). Este estudio forma parte de una iniciativa Europea (Campaña *Change Pain*). En España han participado un 8.695 pacientes. Las herramien-



tas de valoración del dolor fueron una escala de valoración verbal del dolor (no dolor al máximo dolor imaginable), escala de valoración numérica del dolor (de cero a diez) y una escala de dolor que refleja el dolor que podría tolerar haciéndolo compatible con las actividades básicas de la vida diaria. Además, se aplicó una encuesta complementaria que valoraba la satisfacción con el tratamiento, aspectos a mejorar (sueño, humor, actividad general...) y la conducta ante la aparición de efectos adversos farmacológicos por parte del paciente.

**Resultados:** Se han evaluado 4.521 mayores de 65 años de un total de 8.695 pacientes encuestados. Las principales causas de dolor crónico fueron el dolor articular (48%) y el dolor lumbar crónico (27%). Un 46% tenían dolor superior a 3 años. El 79% tenían dolor moderado o intenso. Un 39% experimentó más dolor del que podían aguantar. Las prescripciones analgésicas fueron AINE/No opioide (36%), opioides débiles (24%) y opioides potentes (15%). El 59% de los pacientes estaban insatisfechos con el tratamiento recibido. Las conductas más frecuentes ante efectos adversos del tratamiento fueron consultar al médico (67%) y dejar de tomar la medicación (24%).

**Conclusiones:** Este estudio pone en evidencia la percepción por parte de más de la mitad de los ancianos españoles que no se les está aliviando de forma adecuada el dolor que padecen por parte diferentes especialistas.

#### PC-124. APLICACIÓN DE UN ÍNDICE PRONÓSTICO MULTIDIMENSIONAL EN ANCIANOS VALORADOS POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE GERIATRÍA

A.J. Vila Moret, O. Sabartés Fortuny, E. Hernández Leal, I. Pineda Pérez, M.D. Sánchez Rodríguez y J. Gutiérrez Cebollada  
*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Objetivos:** Análisis declive funcional durante hospitalización de pacientes valorados por equipo interdisciplinario geriatría en hospital de agudos y destino al alta. Aplicación de un índice pronóstico multidimensional en ancianos con enfermedad aguda.

**Métodos:** Estudio prospectivo. Descripción: edad, estancia media, capacidad funcional medida por índice de Barthel (IB) y índice de Lawton (IL), situación cognitiva por el minimental abreviado, comorbilidad por índice de Charlson (I Ch), presencia de polifarmacia, síndromes geriátricos y patología principal. Aplicación de un índice pronóstico multidimensional: Hospital admission Risk Profile (HARP), que valora tres variables: la edad, el estado cognitivo y la dependencia para las actividades de la vida diaria instrumentales.

**Resultados:** Se analizan 584 pacientes, de los cuales 338 (57,8%) mujeres. Edad media de 77,3 años. IB al ingreso de 26,44, IL previo 82,72. Media del I de Lawton fue de 4,26. I. Ch:  $2,11 \pm 2,5$ . Valoración cognitiva: deterioro cognitivo previo 155 (26,4%), ausencia deterioro 429 (73,4%). Media minimental: 15,39. Escala Díaz Gijón:  $8,1 \pm 2,5$ . Comorbilidades más frecuentes: HTA: (54,7%), LCFA: (45,5%), DM tipoll (30,2%), insuficiencia cardíaca (35,8%) entre otras. El análisis de síndromes geriátricos: inmovilidad correlacionó con destino media estancia (84,1%), exitus (1,8%) e institucionalización (35%), no con retorno domicilio (15,7%) ( $p < 0,001$ ); incontinencia con ingreso media estancia (34,0%) y larga estancia (3,3%) ( $p < 0,001$ ); presencia trastorno de marcha ingreso en media estancia (65,8%), institucionalización (6,9%) y exitus (14,0%) ( $p < 0,001$ ); presencia polifarmacia con riesgo mortalidad e institucionalización (3,6%) ( $p < 0,001$ ). La aplicación del HARP, obtuvo resultados: alto riesgo: 81 (13,8%), de estos 35% ingresaron en larga estancia o residencia; riesgo intermedio el 60,4%, de ellos 15% volvieron domicilio frente 84,1% que ingresaron en media estancia; bajo riesgo el 31,3%, el 34% retorno domicilio y 19,1% intervención trabajo social.

**Conclusiones:** La presencia de síndromes geriátricos: inmovilidad, incontinencia, trastornos marcha y demencia fueron factores pronósticos de no retorno a domicilio y riesgo de institucionalización. La aparición de trastorno marcha e incontinencia fue factor pronóstico

de ingreso media estancia. El índice HARP constituye un buen instrumento para analizar riesgo de pérdida de autonomía durante hospitalización. Permite detectar pacientes que pueden beneficiarse de intervención terapéutica específica.

#### PC-125. CONCORDANCIA ENTRE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y LA MAPA EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO

H.A. González Paulin, O.J. Toledo Sánchez, R.E. Rivas Espinoza, F.G. Rowlands, A. Muruaga Campos, F. Madruga Galán y A.J. Blanco Orenes  
*Hospital Geriátrico Virgen del Valle. Toledo.*

**Objetivos:** Analizar el perfil circadiano así como el grado de concordancia entre la presión arterial clínica y la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en pacientes geriátricos atendidos en consultas en Toledo.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo que incluye pacientes mayores de 75 años reclutados en consultas externas de Geriatria en el Área sanitaria de Toledo e incluidos en el Proyecto MAPAPRES-CARDIORISC. El período de inclusión de estos pacientes abarca desde junio-07 hasta febrero-11. El 97,6% de los MAPA enviados cumplían los estándares de calidad para ser incluidos en el estudio. Se definió como patrón No Dipper cuando el valor medio en el período de descanso no alcanzaba como mínimo un descenso del 10% del valor medio de la PAS del período de actividad. El patrón Riser se definió según el criterio convencional de un promedio de PA nocturna mayor que la diurna.

**Resultados:** Se incluyeron 952 pacientes (60,4% mujeres, 39,6% varones), la edad media era de 85,4 años. Los motivos de la realización de la MAPA fueron: Estudio del patrón circadiano 39%, eficacia del tratamiento 55%, otros 6%. El 97% presentaban algún factor de riesgo asociado a la HTA. Los valores medios de PA fueron: PAS/PAD clínica aislada 142,43/75,60 mmHg. PAS/PAD 24 horas: 127,59/68,43 mmHg. PAS/PAD actividad: 128,84/75,50 mmHg. PAS/PAD descanso: 124,18/64,75 mmHg. Los patrones circadianos que presentaban estos pacientes eran: Riser: 41%, No Dipper: 42%. Dipper: 15%, Extreme Dipper: 2%. En el 18% de los casos se detecta buen control clínico y deficiente control por MAPA (HTA enmascarada) y en el 15% mal control clínico y buen control por MAPA (HTA de bata blanca).

**Conclusiones:** En los pacientes geriátricos predominan los patrones no reductores (No Dipper y Riser), que conllevan peor pronóstico. Asimismo, los valores obtenidos con la MAPA difieren de los obtenidos mediante la medición de la toma clínica aislada. Por ambos motivos, la MAPA debería ser una herramienta cotidiana en el manejo de la HTA en ancianos, tanto en el diagnóstico como en la valoración de la eficacia terapéutica.

#### PC-126. DETECCIÓN DE DISFAGIA Y PERFIL DE ANCIANOS EN UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

A.J. Vila Moret, O. Sabartés Fortuny, A. Bozin, M. Pi-Figueras Valls, M. Arellano Pérez y M.D. Sánchez Rodríguez  
*Hospital del Mar. Barcelona.*

**Objetivos:** Análisis pacientes que cumplen criterios demencia e identificación precoz de problemas de disfagia en consulta externa geriatría.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes que acuden a una CCEE con diagnóstico deterioro cognitivo. Se describen: edad; sexo; variables: estado civil, convivencia, tipo cuidador y riesgo social: escala Gijón abreviada (EGA); situación cognitiva: Mini mental (MMSE), tipo demencia y tratamiento; riesgo disfagia: escala despistaje disfagia Eating Assessment Tool (EAT-10); situación nutricional: screening MNA; situación funcional previa: índice Barthel (IB), índice Lawton (IL); comorbilidad: índice de Charlson (ICH); número medicamentos, y antecedentes.

**Resultados** Se analizan 60 pacientes, 81,67% mujeres, edad media de  $82,22 \pm 5,5$  años. El 41,67% casados, 41,67% viudos, 10,63% solteros. El 10% vive solo con supervisión, 35% con pareja, 26,67% con hijos, 21,6% en residencia. En sólo el 5% el cuidador principal era propio paciente con supervisión, el 25% pareja, 31,67% hijos. IB previo:  $65,4 \pm 25,1$ , IL  $1,75 \pm 2,3$  y MMSE  $17,68 \pm 5,2$ . Según tipo demencia: 40% Alzheimer, 15% vascular, 26,67% mixta. El 55,5% presenta deterioro cognitivo GDS 4-5. Identificación despistaje disfagia mediante EAT-10 con puntuación  $\geq 5$  (93,3%) pacientes. Valoración nutricional: screening- MNA, 30 pacientes (50%) riesgo desnutrición, 18 pacientes (30%) malnutrición, 12 pacientes (20%) no riesgo. Respecto tratamiento con anticolinesterásicos: 6,67% con donepezilo, el 48,3% con galantamina, el 5% con rivastigmina, el 1,67% memantina, el 38,33% combinado. El 58,33% tomaba algún neuroléptico. La media ICH fue de  $1,83 \pm 1,1$ . Como antecedentes: 53,33% HTA, 28,33% DM, 31,67% DL, 20% IC, 35% EPOC y 10% algún tipo de neoplasia. Se observó buena correlación entre pacientes con demencia moderada-grave (GDS 4-5) y presencia edad elevada, polifarmacia y riesgo institucionalización (EGA) ( $r = 0,9$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes de CCEE de geriatría se caracterizan por mayor prevalencia de deterioro cognitivo GDS 4-5, con alta comorbilidad asociada. Se trata de pacientes vulnerables con alto riesgo disfagia así como elevado riesgo desnutrición. La patología asociada se correlaciona con alta prevalencia de polifarmacia y peor situación funcional previa. Los pacientes con demencia moderada-severa presentan mayor riesgo institucionalización. Los ancianos con demencia precisan de cuidador principal independiente al propio paciente.

#### PC-127. VALORACIONES EN URGENCIAS REALIZADAS POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA (UFISS) PARA INGRESO EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO (CSS)

J.C. Colmenares Fernández, I. Bueno Martín, R. Audí Ferrer, J.L. Sánchez Rodríguez, J. Fava y E. Martínez Almazán  
*Hospital de la Santa Creu. Tortosa. Tarragona.*

**Métodos:** Describir el perfil del paciente valorado en Urgencias para ingreso en CSS, así como la idoneidad de las solicitudes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de valoraciones en un año (5/2010 a 5/2011). Análisis estadístico con SPSSv20.

**Resultados:** N = 175, 54,3% hombres. 71,3% > 75 años. Destino: Desde urgencias se dio de alta a domicilio/residencia con soporte socio-sanitario (Atención Domiciliaria y/o Hospital de Día, consultas) un 6,9% y alta sin seguimiento un 1,7%. Mortalidad en urgencias 3,4%. En 4,7% se desestimó traslado. De los pacientes ingresados en CSS el 29,2% ingresaron en Larga Estancia, 28% en convalecencia y 21,7% en Cuidados Paliativos. Traslado a CSS en las primeras 24 horas: 77,1%. Riesgo de delirium en urgencias: 49,7%, presentando delirium 18,9%. Situación funcional previa a enfermedad actual: 35,4% con Barthel < 50. Al ingreso CSS 80% con Barthel < 50. Diagnósticos principales: Enfermedades respiratorias (26,6%), Neoplasias (25,1%), Cardiovasculares (13,6%) y Osteomusculares (11,5%). Síndromes geriátricos: polifarmacia (5 o >) 61,1%, Incontinencia urinaria 42,7%, Demencia 39,4%, Caídas 29,1%, Trastorno sueño 20,6%, Deprivación sensorial 20,6%, Trastorno afectivo 17,7%. Desnutrición 15,4% y 13,7% vivían solos. Comorbilidad: Cardiopatía 32%, Cáncer 29,7%, Demencia 27,4%, DM 25,1%, ECV 14,9%, EPOC 13,7%, IRC/diálisis 4,6%, arteriopatía periférica 2,9%, Índice Charlson 3. Complejidad: SNG/PEG 0,6%, Sonda vesical 7,4%, Vía intravenosa 33,1%, necesidad de curas 6,9% y agudizado al ingreso en CSS en 21,1%. Idoneidad de las solicitudes: en 10,9% faltaban pruebas diagnósticas, en 17,1% inestabilidad clínica, un 21% requerían tratamiento en hospital de agudos y en 16,6% problemática social grave como motivo de valoración. Proactividad de la UFISS: Nuevos diagnósticos 12,6%, sugiriendo pruebas diagnósticas en 30,3%, ajuste de tratamiento 34,9%. Manejo de información a pacientes/familiares > 75%. Tramites sociales 5,1%.

**Conclusiones:** El perfil de los pacientes valorados es el de una población añosa, con deterioro funcional reciente, demencia, riesgo de delirium, alta comorbilidad y polifarmacia. Existe un elevado porcentaje de solicitudes con criterio principal social, no considerando que sea el nivel adecuado para la valoración. El equipo de UFISS es proactivo en cuanto al manejo de información a pacientes y familiares sobre diagnóstico/pronóstico y recomendaciones terapéuticas.

#### PC-128. TRAYECTORIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO (CSS) PROCEDENTES DE URGENCIAS VALORADOS POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA (UFISS)

I. Bueno Martín, J.C. Colmenares Fernández, R. Audi Ferrer, J.L. Sánchez Rodríguez, J. Favá y E. Martínez Almazán  
*Hospital de la Santa Creu. Tortosa. Tarragona.*

**Objetivos:** Analizar la trayectoria del paciente ingresado en nuestro CSS procedente de urgencias.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de valoraciones en un año (5/2010 a 5/2011). Análisis estadístico con SPSSv20.

**Resultados:** Trayectoria asistencial: de las 175 valoraciones en urgencias, 54,3% hombres. 71,3% > 75 años ingresaron en nuestro CSS el 83,3% (N = 145): Ubicación: 29,2% en larga estancia, 28% en convalecencia, 21,7% en cuidados paliativos. Estancia media de 61,37 días. Mortalidad: 41,7%. Una alta incidencia de Neoplasias (25,1%) en situación avanzada y con alta comorbilidad (Índice Charlson promedio de 3) y complejidad asociada. Variables asociadas a mortalidad: demencia ( $p < 0,000$ ), riesgo de delirium detectado en urgencias ( $p < 0,028$ ), trastorno afectivo ( $p < 0,046$ ), deprivación sensorial ( $p < 0,002$ ), caídas ( $p < 0,001$ ) y cáncer ( $p < 0,000$ ). Destino al alta: 26,4% a domicilio (el 57% de las mismas con soporte socio-sanitario); 3,4% trasladados a hospital de agudos, y un 7,4% permanecían ingresados en larga estancia en el momento del estudio (febrero 2012). Trayectoria funcional: Situación previa: el 35,4% con Barthel < 50. Al ingreso en CSS: el 80% con Barthel < 50. Al alta el 48,6% con Barthel < 50, promedio de 49,64.

**Conclusiones:** A pesar de ser una población con deterioro funcional asociado a la patología aguda, se ha conseguido una mejora funcional en gran parte de pacientes. Más de la mitad de los pacientes dados de alta lo hacen con seguimiento por otros niveles asistenciales geriátricos, dada su fragilidad. La mortalidad elevada es en parte, debida a la alta prevalencia de enfermedad en situación avanzada (oncológica y no oncológica). La mortalidad en CSS se asocia principalmente al riesgo de delirium detectado en agudos, demencia, trastorno afectivo, caídas, deprivación sensorial y diagnóstico principal de cáncer.

#### PC-129. EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES MUY MAYORES CON ALTA COMORBILIDAD INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES EN INSUFICIENCIA CARDIACA

R. Menéndez Colino<sup>1</sup>, A. Pardo<sup>1</sup>, P. Condorhuaman<sup>1</sup>, D. Ariza<sup>1</sup>, J. Díez Sebastián<sup>1</sup>, A.I. Ferrero Martínez<sup>2</sup> y C. Rodríguez Pascual<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Hospital do Meixoeiro. Pontevedra.

**Introducción:** Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) presentan depresión con gran frecuencia y este factor se relaciona con una mayor mortalidad.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de depresión medida con la escala de Yesavage en pacientes mayores de setenta y cinco años ingresados en la Unidad de Agudos de Geriátría por I.C. e incluidos en un programa de gestión de enfermedades. Analizar la evolución a los seis meses así como las diferencias entre el grupo control y el de intervención.

**Métodos:** El programa de gestión de enfermedades en pacientes de edad muy avanzada con I.C. e importante comorbilidad es un Ensayo Multicéntrico que analiza los beneficios de la educación sanitaria, la optimización del tratamiento y la intervención sobre la comorbilidad en pacientes muy ancianos que ingresan con diagnóstico de I.C. en la Unidad de Agudos de seis hospitales españoles. Los pacientes son aleatorizados al programa de gestión de enfermedades o al grupo control. Utilizamos la escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión de quince ítems: ausencia de depresión (0-6), depresión moderada (7-9) y depresión severa (10-15).

**Resultados:** Se aleatorizaron 663 pacientes, 375 en el grupo de intervención y 288 en el grupo control. El 20,3% de los pacientes del grupo de intervención y el 15% del grupo control presentaban depresión leve en el momento de la inclusión en el estudio. El 14% y el 11,2% respectivamente presentaban depresión severa ( $p > 0,05$ ). A los seis meses de seguimiento en el grupo intervención el 18,2% sufrían depresión leve y el 6,8% moderada mientras que en el grupo control el porcentaje era del 8,4% y 12,1%, respectivamente ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La depresión es una comorbilidad frecuente en los pacientes de edad avanzada que ingresan por I.C. en un Servicio de Geriátría. El someterse a un programa de gestión de enfermedades podría mejorar su evolución.

#### PC-130. EL PAPEL DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN URGENCIAS

M. Covarrubias Esquer<sup>1</sup>, C. Terán Benzaquen<sup>1</sup>, J. Jacob<sup>2</sup>, P. Herrero<sup>2</sup>, P. Llorens<sup>2</sup> y F.J. Martín-Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Grupo de Investigación ICA-SEMES. Barcelona.

**Introducción:** La estratificación de riesgo de los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca aguda en los servicios de urgencias hospitalarios es una tarea compleja ya que no sólo influyen aspectos puramente médicos. Es bien conocido que el NT-proBNP es un marcador pronóstico de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. Por otro lado, es cierto que dicho biomarcador se eleva en otras circunstancias como la edad o la insuficiencia renal. Hasta la fecha no se ha demostrado la utilidad del NT-proBNP en los ancianos atendidos en urgencias.

**Objetivos:** Conocer el valor para predecir la mortalidad del biomarcador NT-proBNP, en los ancianos con episodio de ICA que consultaron en los servicios de urgencias hospitalarios españoles.

**Métodos:** Es un estudio analítico, multipropósito, multicéntrico, con seguimiento prospectivo, que incluyó a todo paciente igual o mayor a 65 años atendido por un episodio de ICA del registro del EAHFE y de los que se disponía de los valores de NT-proBNP a la llegada a urgencias. Se recogieron variables independientes, datos epidemiológicos, situación basal cardiorrespiratoria (NYHA) y funcional (índice de Barthel), datos clínicos y analíticos del episodio (se incluyeron el filtrado glomerular mediante la fórmula MDRD-4 y NT-proBNP). Como variable de resultado se recogió la mortalidad a 30 días. En análisis estadístico se realizó con la ayuda SPSS 19.0.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 594 pacientes. El número de muertes a 30 días fue de 62 (10,6%). El valor de NT-proBNP  $> 5.180$  pg/dl se asoció de forma estadísticamente significativa a muerte a 30 días (OR = 2,97; IC95% (1,59-5,53);  $p = 0,001$ ). Tras realizar un análisis de regresión logística para controlar los posibles factores de confusión como la edad y la insuficiencia renal, se documentó que el valor de NT-proBNP  $> 5.180$  pg/dl es un factor de riesgo de mortalidad a 30 días en los ancianos con insuficiencia cardiaca aguda en urgencias (OR = 3,069; IC95% (1,67-5,62);  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El NTproBNP es un biomarcador pronóstico de mortalidad a 30 días en el anciano atendido en urgencias por un episodio

de insuficiencia cardiaca aguda, indistintamente de la edad y/o la presencia de insuficiencia renal.

#### PC-131. EL SÍNDROME CARDIORRENAL EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN URGENCIAS

M. Covarrubias<sup>1</sup>, C. Terán Benzaquen<sup>1</sup>, J. Jacob<sup>2</sup>, P. Herrero<sup>2</sup>, P. Llorens<sup>2</sup> y F.J. Martín-Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Miembros del Grupo de Investigación ICA-SEMES. Barcelona.

**Introducción:** El síndrome cardiorrenal se define como el daño renal en el seno de un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA), y se reconoce como la presencia de alteración de la función renal al momento de la presentación o el empeoramiento de la función tras el inicio del tratamiento. En la actualidad se desconoce la prevalencia de insuficiencia renal (IR) en los ancianos con ICA en los servicios de urgencias hospitalarios, así como sus implicaciones en los resultados a corto plazo.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de IR en los ancianos con episodio de ICA que consultaron en los servicios de urgencias hospitalarios españoles, y su influencia en los resultados a corto plazo.

**Métodos:** Es un estudio analítico, multipropósito, multicéntrico, con seguimiento prospectivo, que incluyó a todo paciente  $\geq 65$  años atendido por un episodio de IC del registro del EAHFE. Se recogieron como variables independientes datos epidemiológicos, situación basal cardiorrespiratoria (NYHA) y funcional (índice de Barthel), datos clínicos y analíticos (filtrado glomerular mediante MDRD-4). Como variable de resultado se recogió la mortalidad y reingreso a 30 días. Para el análisis se dividió la muestra en función de la presencia (grupo 1) o ausencia (grupo 2) de insuficiencia renal (FG  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), y se realizó con la ayuda SPSS 19.0.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 1.890 pacientes, edad media de 80,8 (DE 7,1). El número de ancianos con IR fue de 1.128 (60%) a la llegada a urgencias. La presencia de IR a la llegada a urgencias se asoció de forma estadísticamente significativa a mortalidad a 30 días (grupo 1 = 12,4% vs grupo 2: 6,7%;  $p < 0,001$ ), y una tendencia al reingreso a los 30 días (grupo 1 = 25% vs grupo 2 = 21%;  $p = 0,056$ ). Se realizó un análisis de regresión logística para controlar los posibles factores de confusión documentándose que la IR es un factor de riesgo de mortalidad a 30 días (OR = 2,1 IC95% (1,32-3,12);  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** La presencia del síndrome cardiorrenal es frecuente en la ICA del anciano en urgencias, y su presencia se asocia a mayor riesgo de muerte a los 30 días.

#### PC-132. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE GERIATRÍA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. JOSÉ MOLINA OROSA EN LANZAROTE

G. Ramírez, E. Corujo, B. Torres, R. Paz y D. de Guzmán

Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife.

**Objetivos:** Analizar la labor asistencial de la Unidad Orto geriátrica integrada en el servicio de Traumatología.

**Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes ingresados por fractura de cadera atendidos en el Servicio de Orto geriátría entre el 1 de marzo al 31 de diciembre 2010 y el 1 de enero al 31 de diciembre 2011.

**Resultados:** Comparando el 2010 vs 2011: Casos totales 69 vs 49. La mayoría de los ingresos son mujeres. La edad media en ambos sexos es 77,3 vs 75,6 años. Nivel funcional previo al ingreso menor (Barthel 78 vs 72). Más casos de demencia establecida (8,6% vs 40,8%). Existen otras causas en las características de las caídas (vértigo, síncope). Tipo de fractura continúa igual (pertrocanterea/subcapital). Lugar de fractura igual (domicilio-calle). Mayor número de fármacos (4,5 vs 5,8). Disminución en los días de demora para cirugía (6,3 vs 5,4). Estancia media menor (21,6 vs 18,6 días). La media de patologías pre-

vias por paciente: 6,06. En el estado mental al ingreso persisten cuadros confusionales (37% vs 48%). La osteosíntesis y la prótesis de cadera es el tratamiento más común (49,2% vs 46,9%/39,1% vs 42,8%). Las complicaciones han disminuido de forma general persistiendo anemia posquirúrgica, delirium e infecciones respiratorias. Mayor cantidad de pacientes con destino al alta a domicilio (41,1% vs 48,9%) con un Barthel 45-60 (18% vs 32%).

**Conclusiones:** Mejoría en la atención al anciano a través de la valoración geriátrica integral y la coordinación multidisciplinar. Discernir los problemas de salud implícitos en el momento del ingreso y su prevención para disminuir el tiempo de espera prequirúrgico. Conseguir una mejor y rápida recuperación funcional. Se observa un menor índice de institucionalización. Lanzarote no cuenta con una unidad de recuperación funcional, por ello las estancias se ven incrementadas. Aun si hemos conseguido disminuirlas. Ratificamos que la atención geriátrica en los servicios de Traumatología es necesaria para conseguir una mejor calidad de salud del anciano a través de la implicación de un equipo multidisciplinar.

### PC-133. MODELOS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LAS ENFERMEDADES EN GERIATRÍA: PREVALENCIA DE LOS DISTINTOS MODELOS Y FACTORES RELACIONADOS

P.A. Bozín, H. Alfaro Riveros, M.J. Robles Raya, R. Miralles Basseda y A.M. Cervera Alemany  
Centre Fòrum. Parc de Salut Mar. Barcelona.

**Objetivos:** 1. Estimar la frecuencia de diferentes modelos de presentación atípica de la enfermedad en el anciano. 2. Identificar características del anciano relacionadas con mayor probabilidad de presentación atípica.

**Métodos:** Estudio transversal en unidad de media estancia geriátrica. Se registraron 61 pacientes. Características: edad 80,3 ± 31; 39 mujeres (63,93%); Lawton previo 3,6 ± 2,66; Barthel previo 83,16 ± 16,46; Barthel ingreso 23,93 ± 16,46; estado mental previo: no deterioro 44 (73,33%); comorbilidad (Charlson) 2,6 ± 1,83; diagnóstico médico principal: fractura 31 (50,82%), otros: 30 (49,18%). Se evaluó si la forma presentación enfermedad principal se ajustaba al modelo clásico o a un modelo de presentación atípica (sinérgico, de falsa atribución, facilitador, de causas encadenadas) (Fried et al. J Am Geriatr Soc. 1991;39:117). Otras variables recogidas presencia de síndromes geriátricos.

**Resultados:** Frecuencia modelos de presentación: Clásico 38 (70,37%), atípico 18 (29,51%) [sinérgico 7 (12,96%), falsa atribución 3 (5,56%), facilitador 1 (1,85%), causas encadenadas 1 (1,85%)]. Hubo 5 (7,41) no clasificables. Pacientes con modelo clásico: edad media 81,02 ± 7,46; 28 mujeres (71,79%); diagnóstico principal: locomotor-fractura 25 (58,14%), otros 18 (41,86%); Barthel previo 85,69 ± 17,91; Lawton previo 4,02 ± 2,79; Barthel ingreso 23,93 ± 15,47; Charlson 1,08 ± 1,74; nº síndromes geriátricos 5,39 ± 2,03. Con modelo de presentación atípica: 78,61 ± 9,79; 11 mujeres (28,21%); 6 (33,33%), 12 (66,67%); 74,23 ± 17,26; 2,58 ± 2,03; 23,94 ± 19,25; 2,66 ± 1,94; 6,5 ± 2,25 (p = 0,29; 0,76; 0,07; 0,01; 0,05; 0,99; 0,09; 0,06 respectivamente). En dichos pacientes, en cuanto a los síndromes geriátricos hubo 8 con deterioro cognitivo (47,06%) y 16 con desnutrición (88,69%); mientras que en el resto de pacientes eran 8 (18,60%) y 27 (64,29%) (p = 0,02 y 0,05 respectivamente). El resto de variables no fueron significativas.

**Conclusiones:** 1. En la presente muestra predominó la presentación de la enfermedad según el modelo clásico. 2. Los pacientes con modelo de presentación atípica tenían una capacidad funcional previa más deteriorada de forma significativa. 3. El deterioro cognitivo y la desnutrición fueron significativamente más frecuentes en el modelo de presentación atípica. 4. Los pacientes con modelo de presentación atípica, tenían una mayor edad, más comorbilidad y un mayor nº de síndromes geriátricos, pero dichas diferencias no alcanzaron significación estadística.

### PC-134. PACIENTES CON Y SIN DEMENCIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA POR FRACTURA DE CADERA: ¿QUÉ DIFERENCIAS HAY?

M. Gas Mola, P. Margalef Benaiges, P.J. García Aguilar, E. Martínez Almazán y C. Muñoz Romero  
Hospital Santa Creu. Tortosa. Tarragona.

**Objetivos:** Determinar diferencias clínicas y funcionales entre individuos con y sin demencia que ingresan en una unidad de convalecencia y rehabilitación por fractura de cadera.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad durante 2010 y 2011. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics 20.0: comparación de medias mediante test t y de variables cualitativas mediante chi-cuadrado de Pearson.

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 101 individuos con edad media de 82,19 años, un 78% de los cuales son mujeres. El 51,5% presentan diagnóstico de demencia. Las medias del índice de Barthel previo, al ingreso y al alta de la unidad son 78,47, 30 y 54,34 respectivamente. Se calcula una media de ganancia ponderal de Barthel (diferencia entre Barthel al alta y al ingreso) de 24,28. El 72% de los individuos retornaron a domicilio y un 3% causó exitus. Entre las variables analizadas se observó que la edad (83,88 ± 6,8 vs 80,39 ± 9,4), la presencia de enfermedad cerebrovascular (33% vs 12%), la aparición de delirium en el hospital de agudos (38% vs 10%), la presencia de UPP al ingreso (33% vs 14%) y el resultado del test de Pfeiffer al ingreso (7,02 ± 2,56 vs 1,86 ± 2,12) se asociaron de forma estadísticamente significativa al grupo de individuos con demencia (p < 0,05, t test). En cuanto a variables funcionales, tanto las tres mediciones de Barthel (previo, al ingreso y al alta) como la ganancia ponderal al alta fueron menores en el grupo de pacientes con demencia (p < 0,001, t test). El alta a domicilio se asoció de forma estadísticamente significativa al grupo de pacientes sin demencia: 87,76% de altas a domicilio en los pacientes sin demencia respecto a un 55,77% en pacientes con demencia (chi-cuadrado de Pearson, p < 0,001).

**Conclusiones:** Los pacientes con demencia son más mayores y presentan una prevalencia de enfermedad cerebrovascular, delirium y UPP más elevada. Presentan una peor situación funcional previa, además de sufrir una mayor pérdida funcional por la fractura y una mejoría más leve tras el período de rehabilitación. La posibilidad de retorno a domicilio en este grupo de pacientes es menor.

### PC-135. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO EN RELACIÓN CON LA EDAD: REALIDAD Y PERCEPCIÓN. ESTUDIO EQUALITY

D. Ruiz Hidalgo<sup>1</sup>, A. Roca-Cusachs<sup>1</sup>, J. Abellán Alemán<sup>2</sup>, B. Font<sup>3</sup> y J. Salazar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Universidad Católica de Murcia. <sup>3</sup>Novartis Farmacéutica. Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la relación entre Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y edad, en pacientes con hipertensión arterial (HTA); Evaluar la correlación entre la CVRS referida por el paciente y la evaluada por su médico.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico. Se planificó inclusión de 5.031 pacientes hipertensos de toda España, divididos en 3 grupos según edad (< 65, 65-80, ≥ 80 años), reclutados en Atención Primaria y Especializada. Criterios de selección: acudir a visita de control, mayoría de edad y diagnóstico HTA anterior a un año. Se recogieron datos sobre HTA, socio-demográficos/clínicos básicos, respuestas al cuestionario auto-administrado específico de evaluación de CVRS MINICHAL (a mayor puntuación menor CVRS) y a escala visual-analógica (EVA) de evaluación general de CVRS cumplimentada por paciente e investigador (a mayor puntuación mayor

CVRS). Se incluyeron datos de 4.346 pacientes evaluables. La correlación CVRS-edad se analizó mediante rho-de-Spearman, la diferencia entre grupos de edad mediante Kruskal-Wallis y el grado de acuerdo paciente/investigador en evaluación de CVRS mediante coeficiente de correlación intraclase (CCI).

**Resultados:** La edad media (DT) fue 68,35 (12,60) (38,1% < 65; 36,9% 65-80; 25,0% ≥ 80 años). El 54,5% fueron varones. Tiempo medio desde diagnóstico HTA 10,33 (7,68) años. El 34,2% tenía historia familiar de HTA. Puntuaciones medias en MINICHAL: Estado de Ánimo 8,07 (5,83) (6,53 < 65; 8,02 65-80 y 10,50 ≥ 80 años), Manifestaciones Somáticas 3,24 (3,06) (2,29 < 65; 3,34 65-80 y 4,54 ≥ 80 años). Se encontró deterioro significativo de la CVRS en ambas dimensiones por grupos según edad creciente ( $p < 0,001$ ) y correlación significativa con la edad (0,335,  $p < 0,001$ ; 0,397  $p < 0,001$ ). La media en la EVA según investigador fue 66,84 (15,82), según paciente 63,93 (18,46); el CCI para grado de acuerdo 0,697 (0,672, 0,687 y 0,663 por grupos de edad).

**Conclusiones:** El impacto de la HTA en la CVRS aumenta con la edad, siendo el deterioro del estado de ánimo y el empeoramiento de las manifestaciones somáticas significativo a partir de los 65 años, y de nuevo a partir de los 80 años. La concordancia paciente/investigador para la valoración de CVRS es aceptable si bien los médicos tienden a asignar mejores valores de CVRS.

#### PC-136. USO DE PSICOFÁRMACOS EN UNIDADES DE GERIATRÍA

C.E. Villamar Mejía, W. Fuentes Ramos y M. Fernández  
*Hospital General de Hospitalet. Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer las características del uso de psicofármacos en los pacientes ingresados en unidades especializadas de geriatría; Identificar los porcentajes de utilización respecto a los distintos grupos farmacológicos, las asociaciones farmacológicas y variaciones de uso según el tipo de unidad.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal. La información se obtuvo de las hojas de prescripción farmacológica y de la historia clínica de los pacientes ingresados en el Hospital Sociosanitario de Hospitalet de Llobregat, el estudio fue realizado durante el mes de Junio del 2011. Se determinó la utilización de los distintos grupos de psicofármacos, considerando el uso de neurolepticos, anti-depresivos, benzodiacepinas, anticolinesterásicos y anticomociales, teniendo en cuenta la distribución de los fármacos en los respectivos subgrupos así como de los fármacos individuales. Las unidades evaluadas fueron convalecencia, larga estancia, cuidados paliativos y psicogeriatría. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 2007.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 118 pacientes ingresados, con un promedio de edad de 77,9 años, con predominio de mujeres (61%). La distribución de los pacientes en las unidades fue convalecencia (36,4%), larga estancia (34,7%), psicogeriatría (16,1%) y cuidados paliativos (12,7%). Se prescribieron neurolepticos en el 23,7% de los pacientes, con predominio de la unidad de psicogeriatría; de los cuales el 92,8% fueron atípicos, siendo la risperidona el más utilizado (75%). Los antidepresivos se utilizaron en el 55,9% de los casos, dentro de los cuales predominó el uso de los ISRS (46,9%) donde destacó la prescripción de citalopram (70,9%). Respecto al uso de las benzodiacepinas (33,1%) se objetivó un mayor uso de las de vida media corta (89,7%). Entre los anticolinesterásicos (16,1%) predominó el uso de la rivastigmina (84,2%) y entre los anticomociales (9,3%) el ácido valproico (63,6%).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran que el uso de psicofármacos en las unidades de geriatría analizadas siguen las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica actuales. Las variaciones en los grupos farmacológicos analizados según el tipo de unidad fueron similares a los hallazgos descritos en estudio previos.

#### PC-137. ANÁLISIS DEL MOTIVO PRINCIPAL DE INGRESO EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES PÚBLICA

M.M. Román García y M.L. Pinilla Crespo  
*Residencia Mayores Geryvida. Cáceres.*

**Objetivos:** Conocer los motivos de ingreso en una Residencia de Mayores Privada en Cáceres, de reciente apertura.

**Métodos:** Observacional, retrospectiva y cuantitativa. Durante, un año y cuatro meses incluyendo todos los ingresos (permanentes, temporales y para Centro de día). Utilizando Informes Médicos Basales realizados a todos los Residentes al ingresar. Observación sobre 124 Residentes. Ingresos totales 134; excluyendo 10 por estancia menor a 5 días.

**Resultados:** La mayoría de ingresos fueron por demencia (33%) y trastornos de conducta (68% de ingresos por demencias). Seguido de caídas (24%) y fracturas (62% de ingresados por caídas), seguidos de problemática social (11,2%; 14,2% por soledad). Le sigue alta Hospitalaria reciente, por diversos problemas (8%) y luego el AVC (7,2%); después la enfermedad neoplásica terminal (6%) y el ingreso por acompañamiento (6%). El octavo motivo fue por causa posquirúrgica de diversa índole y el noveno y siguientes con igual proporción (2%), por diversos motivos: enfermedad de Parkinson, accidentes de tráfico, sd de declive, déficit mental en PM y depresión. La mortalidad acumulada en el tiempo fue del 12,6% (rango esperable): 41% en Residencia y 59% en Hospital; siendo las causas: 1 enfermedad neoplásica terminal, 2 enfermedad terminal no neoplásica, 3 Inestabilidad por pluripatología y alta reciente de Hospital, 4 muerte súbita.

**Conclusiones:** Es preciso adaptar el centro, plan asistencial y equipo multidisciplinar, especialmente, para dos problemas muy prevalentes y con diferencia significativa respecto al resto de las causas de ingreso: la demencia con trastornos de conducta y las caídas con fractura. La formación y la selección del personal debe ir en la línea de priorizar estos dos problemas geriátricos, sin olvidar los demás. Los problemas sociales deben ser tenidos en cuenta por ser la tercera causa de ingreso en esta residencia privada. La enfermedad neoplásica terminal fue uno de los motivos prioritarios de ingreso en esta Residencia Privada y el primero de mortalidad.

#### PC-138. IMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA Y EL USO DE PSICOFÁRMACOS EN LAS DEMENCIAS DE PERFIL DEGENERATIVO, VASCULAR Y MIXTO EN EL PACIENTE ANCIANO

M. Chung Jaén, L. Guardado Fuentes, M. Covarrubias Esquer,  
J. Jaramillo Hidalgo, R. Yubero Pancorbo y P. Gil Gregorio  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias entre los diferentes tipos de demencias y el uso de psicofármacos en el tratamiento de trastornos conductuales.

**Métodos:** Se realizó el seguimiento de pacientes con diagnóstico de demencia de perfil degenerativo DD (probable o posible EA según criterios NINDS-ADRA), vascular DV (según criterios NINDS-AIREN), o de perfil mixto DM, valorados en la Unidad de Memoria del Hospital Clínico San Carlos con trastornos de conducta. Recogimos variables funcionales (índice de Katz, Lawton y escala de Blessed-A), conductuales (Neuropsychiatric inventory) y cognitivas (MMSE de Folstein, Test del Reloj, Test de Stroop, Digit Span WAIS-IV y Test de cambio de Cartas del BADS) en la visita de inicio del fármaco y en la última visita. Análisis con SPSS-17.0.

**Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes, 65% DD, 25% DV y 9% perfil mixto. La edad media es de 80,7 años ( $\pm 5,8$ ). La diabetes mellitus fue más frecuente en el grupo de DV ( $p = 0,003$ ). Observamos una tendencia en cada grupo que los psicofármacos más utilizados fueron los antidepresivos, y los antipsicóticos se usaron principalmente en la DD. A nivel funcional entre grupos solo hallamos diferencias en el

empeoramiento de ABVD en pacientes con DM ( $p = 0,025$ ). Los pacientes con DD y trastornos de conducta tienen peor Stroop inicial ( $p = 0,045$ ) y mejor Digit span inverso inicial ( $p = 0,023$ ). Aquellos con DV en cambio presentan un peor Digit span inicial ( $p = 0,006$ ), y los pacientes con DM tienen mejor Test Stroop inicial ( $p = 0,003$ ) y mayor empeoramiento final del Test del reloj ( $p = 0,005$ ). En cuanto a la evolución de sus trastornos de conducta, las DD presentaron al final más delirios ( $p = 0,025$ ), las DM más agresividad y apatía ( $p = 0,033$  y  $p = 0,022$ ), y las DV menos irritabilidad ( $p = 0,038$ ). No encontramos diferencias en otras variables cognitivas-conductuales.

**Conclusiones:** En los pacientes con diversos tipos de demencia que requieren psicofármacos la evolución cognitiva y funcional puede ser muy variable. No encontramos una tendencia estadísticamente significativa hacia la preferencia de algún psicofármaco en cada tipo de demencia, sin embargo si algunos síntomas conductuales predominantes. Hemos de elegir el tratamiento en función de los síntomas, no en particular por el tipo de demencia.

#### PC-139. EFECTOS DEL USO DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA Y TRASTORNOS DE CONDUCTA

L. Guardado Fuentes, M. Chung Jaén, R. Yubero Pancorbo, I. Carmona Álvarez, I. Lozano Montoya y P. Gil Gregorio  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Describir si pacientes con demencia y trastorno de conducta asociado en tratamiento con psicofármacos presentan mejoría conductual y funcional después de la consolidación del tratamiento.

**Métodos:** Se realizó seguimiento de pacientes con demencia de perfil degenerativo DD (probable o posible EA, criterios NINDS-ADRA), vascular DV (criterios NINDS-AIREN), o mixto DM, valorados en la Unidad de Memoria del Hospital Clínico San Carlos que presentaban trastornos conductuales desde la visita inicial o en visitas sucesivas en los que se inició tratamiento con psicofármacos. Se recogen variables funcionales (índice de Katz, índice de Lawton y escala de Blessed-A), conductuales a través del NPI (Neuropsychiatric inventory) y cognitivas (MMSE de Folstein, test del Reloj) en la visita de inicio del fármaco y en la última visita. Se analizaron los datos con SPSS 17.0.

**Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes, con edad media de 80,7 años ( $\pm 5,8$ ), el 68% mujeres. La duración media de tratamiento fue 30,2 meses ( $\pm 21,2$ ). La mayoría de los pacientes tenían demencia DD (65,7%) y tratamiento con antidepresivos (50%). Se objetivó que tras el tratamiento mejoraron síntomas de depresión ( $p = 0,001$ ), ansiedad ( $p < 0,001$ ), euforia ( $p < 0,001$ ), actividad motora aberrante ( $p < 0,001$ ), alteraciones del sueño ( $p < 0,001$ ) y alteraciones del apetito ( $p < 0,001$ ). No encontramos mejoría significativa en síntomas de apatía, desinhibición, irritabilidad, agresividad y delirios. Objetivamos que los pacientes con trastornos conductuales en tratamiento con psicofármacos presentan deterioro funcional en ABVD y AIVD, aunque esto no fue estadísticamente significativo. También encontramos que presentan peor puntuación en el MMSE y peor rendimiento en el test del Reloj, sin embargo la diferencia tampoco fue significativa estadísticamente.

**Conclusiones:** Pacientes con diagnóstico de demencia que requieren tratamiento con psicofármacos a lo largo de la evolución de la enfermedad para el manejo de trastornos conductuales, presentan un empeoramiento funcional estadísticamente significativo. El uso de psicofármacos para el control de trastornos de conducta en pacientes con demencia tiene efecto positivo en las puntuaciones del NPI. Con el análisis realizado en este estudio no podemos concluir qué tipo de psicofármaco es el responsable de la mejoría en las puntuaciones del NPI o del deterioro funcional objetivado en nuestra muestra.

#### PC-140. IMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES Y EL USO O NO DE PSICOFÁRMACOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON DEMENCIA EN SEGUIMIENTO EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

M. Chung Jaén, L. Guardado Fuentes, R. Yubero Pancorbo, M. Vigara García, A. Viloria Jiménez y P. Gil Gregorio  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias cognitivas-funcionales al inicio y seguimiento en pacientes con demencia que requieren psicofármacos vs aquellos que no los usan.

**Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo incluyendo pacientes con diagnóstico de demencia de perfil degenerativo DD (probable o posible EA según criterios NINDS-ADRA), vascular DV (criterios NINDS-AIREN), o de perfil mixto DM, valorados en la Unidad de Memoria del Hospital Clínico San Carlos. Recogimos variables funcionales (índice de Katz, Lawton y escala de Blessed-A), conductuales del NPI (Neuropsychiatric inventory) y cognitivas (MMSE de Folstein, Test de Stroop, Test del Reloj, Digit Span WAIS-IV y Test de Cambio de Cartas del BADS) en las visitas de inicio y última visita. Análisis con SPSS 17.0.

**Resultados:** Incluimos 110 pacientes, edad media de 80,4 años ( $\pm 5,8$ ), el 64,5% mujeres. El 65,5% tenían demencia de perfil degenerativo, y el 50% estaban en tratamiento con IACE. De los pacientes con tratamiento con psicofármacos, el 50% recibían antidepresivos. Observamos que aquellos con trastornos de conducta presentaban un peor rendimiento en el test de Stroop en la visita de inicio ( $p = 0,015$ ) y mayor déficit de planificación en la Test del Reloj ( $p = 0,004$ ). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al resto de variables cognitivas exploradas a lo largo del seguimiento. Aquellos que requerían de psicofármacos presentaban más síntomas conductuales de delirios ( $p = 0,048$ ), alucinaciones ( $p = 0,042$ ), agresividad ( $p = 0,004$ ), depresión ( $p = 0,002$ ), ansiedad ( $p = 0,024$ ), apatía ( $p = 0,024$ ) y actividad motora aberrante ( $p = 0,040$ ). Encontramos que los pacientes en tratamiento farmacológico para los trastornos de conducta presentaron puntuaciones más altas en la Escala de Blessed-A de la visita inicial, y mayor deterioro en las ABVD, aunque dicha diferencia no mostró significación estadística ( $p = 0,057$ ).

**Conclusiones:** El manejo de los SPCD con psicofármacos puede tener efecto negativo en los síntomas cognitivos-funcionales asociados a la demencia, presentando mayor velocidad en la progresión de los mismos. Debido a esto, es necesaria una valoración exhaustiva de los riesgos-beneficios para el paciente antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico para el control de los síntomas conductuales. Es necesario individualizar cada caso y reevaluar en cada visita las indicaciones y la necesidad de mantener el tratamiento con psicofármacos.

#### PC-141. DIFERENCIAS A NIVEL CONDUCTUAL EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA EN ESTADIO LEVE

L. Guardado Fuentes, M. Chung Jaén, R. Yubero Pancorbo, I. Carmona Álvarez, A. Viloria Jiménez y P. Gil  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en relación a los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD) en pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve (GDS: 3) y Demencia en estadio leve (GDS: 4).

**Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo en pacientes con diagnóstico de demencia estadio leve (GDS 4) y deterioro cognitivo leve (GDS 3) valorados en la Unidad de Memoria del Hospital Clínico San Carlos. Se recogen variables funcionales (índice de Katz, índice de Lawton y escala de Blessed-A), conductuales a través del NPI (Neuropsychiatric inventory) y cognitivas (MMSE de Folstein, Stroop, Test de Stroop, Test del Reloj, Digit Span WAIS-IV y Test de Cambio de Cartas BADS) en las visitas de inicio y última visita. Se analizaron los datos con SPSS 17.0.

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes, de los cuales 25 estaban diagnosticados de DCL según criterios de Petersen de 2004 (GDS: 3 de Reisberg) y 36 fueron diagnosticados de Demencia en estadio evolutivo leve (GDS 4 de Reisberg). La edad media fue 79,1 años ( $\pm 6,1$ ). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en las variables conductuales exploradas (delirios, alucinaciones, agresividad, depresión, ansiedad, euforia, apatía, irritabilidad, desinhibición, actividad motora aberrante, alteraciones del apetito y del sueño) entre ambos grupos. Aquellos pacientes con GDS 4 mostraban peores rendimientos en medidas cognitivas como el MMSE de Folstein o el Test del Reloj ( $p = 0,002$  y  $p = 0,006$  respectivamente). Funcionalmente, se encontraron mejores rendimientos en pacientes con DCL, tanto en los índices de Katz como en el Lawton ( $p = 0,014$  y  $p = 0,029$ ).

**Conclusiones:** No se pueden clasificar los pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en estadio leve exclusivamente en base a los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD), ya que no existen diferencias entre ellos. Es necesario hacer una exhaustiva valoración neuropsicológica (funcional, cognitiva y conductual) para llegar a un diagnóstico correcto.

#### PC-142. REDERIVACIONES DESDE UN HOSPITAL POST-AGUDO DE MEDIA ESTANCIA AL SERVICIO DE URGENCIAS: LA VISIÓN DESDE EL HOSPITAL DE AGUDOS DE REFERENCIA

N. Gual<sup>1</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>1</sup>, J. Barbé<sup>1</sup>, L. Espinosa<sup>2</sup>, M. Inzitari<sup>2</sup> y A. San José<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

**Introducción:** El Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV) es un hospital socio-sanitario (HSS) que da soporte al Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH). La colaboración entre un hospital de media estancia y el hospital de agudos de referencia es clave para gestionar las descompensaciones de los pacientes en un entorno post-agudo. Profundizar sobre las causas de las rederivaciones puede ayudar a mejorar el flujo de pacientes.

**Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo de aquellos pacientes que durante el ingreso en PSPV deben ser derivados por complicación médica al Servicio de Urgencias del HUVH.

**Métodos:** Desde octubre 2011 hasta marzo 2012 se han analizado los datos de aquellos pacientes derivados desde el HSS, documentando causas de derivación, incidencia de reingreso hospitalario y de exitus, así como también en qué momento se realizaron los traslados.

**Resultados:** Durante los 5 meses que duró el estudio, ingresaron en el HSS 704 pacientes procedentes del HUVH. Durante este periodo, 184 pacientes (26,1%) se rederivaron al Servicio de Urgencias (edad media 75,5 años; 53,8% mujeres). Entre estos pacientes, el 52,7% requirió un nuevo ingreso hospitalario y el 16,8% (31 pacientes) murieron. Las causas de derivación a urgencias más frecuentes fueron las complicaciones infecciosas (28,8%), digestivas (12,5%), cardíacas (11,4%), respiratorias (9,8%) y neurológicas (6,5%). Un 22,8% (42 pacientes) tuvieron que ser derivados en más de una ocasión a urgencias durante su estancia en HSS; entre éstos había una mayoría estadísticamente significativa de mujeres (el 66,6%;  $p < 0,05$ ). El 26,6% de los traslados a urgencias se realizaron durante los 10 primeros días de ingreso. La media de días en que el paciente permaneció ingresado en el HSS antes de ser derivado a urgencias era de 30 días.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, las complicaciones infecciosas fueron la causa de derivación más frecuente. Un 50% de los pacientes derivados requieren un nuevo ingreso hospitalario, y un número considerable de pacientes requirieron traslado en más de una ocasión, lo que puede indicar que se trata de pacientes de alta complejidad médica. Por todo ello, es posible que mejorar ulteriormente la selección de pacientes y la comunicación entre los equipos podría reducir complicaciones y traslados.

#### PC-143. ¿QUÉ NIVELES DE VITAMINA D PRESENTAN LAS PERSONAS MAYORES AL INGRESAR EN LAS RESIDENCIAS?

M.M. Román García y M.L. Pinilla Crespo

Residencia de mayores Geryvida. Cáceres.

**Objetivos:** Aproximarnos al conocimiento de los niveles de vitamina D con los que ingresan las personas mayores en una Residencia.

**Métodos:** Retrospectiva, observacional y cuantitativa. Se estudiaron 60 Personas Mayores con edad media de 87 años, la mayoría mujeres (50 mujeres, 10 varones): Los motivos más frecuentes registrados en estos pacientes, residentes, clientes o usuarios al ingreso en esta Residencia fueron: demencia con o sin alteraciones de conducta y caídas con o sin fracturas. Todos procedentes de su propio domicilio excepto 10 que procedían de otra residencia de mayores y que ingresaron como nuevos a lo largo del año 2011 en una Residencia de Mayores de titularidad privada y de reciente apertura. Se tomó como referencia para esta observación, la analítica realizada al ingreso. De todos ellos sólo 8 (13,3%) habían seguido en alguna ocasión tratamiento con calcio y vitamina D o vitamina D sola; el resto no (86,7%).

**Resultados:** 7 personas presentaron niveles de vit D entre 30-100 ng/dl (11,6%), 5 niveles entre 20-30 (8,3%) y 48 niveles por debajo de 10 (80%).

**Conclusiones:** En esta muestra el 88,4% presentaron deficiencia o insuficiencia de vitamina D y el 11,6% niveles normales y de ellos sólo 3 (5%) por encima de 40 (deseable). En esta muestra de Personas Mayores de Extremadura, la mayoría de los que ingresaron en el año 2011, presentaron deficiencia o insuficiencia de vitamina D al ingreso; y de ellas la mayoría procedentes de su propio domicilio (83,3%). Los que ingresaron procedentes de otra residencia (16,7%), todos tenían deficiencia o insuficiencia y ninguno había sido tratado con vitamina D. Se precisan más estudios y sobre muestras más amplias y en distintas localidades, para poder afirmar que la deficiencia e insuficiencia de vitamina D es condición que aporta el individuo al ingreso en una residencia de mayores. Parece evidente la necesidad de tratar deficiencia e insuficiencia de vitamina D en las Residencias de Mayores; no sólo a la luz de estudios y publicaciones, sino teniendo en cuenta nuestras propias observaciones.

#### PC-144. COORDINACIÓN FARMACÉUTICO-GERIATRA A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

E. Martín Pérez, J. del Pozo Ruiz, H. Azana Fernández, A. Rodríguez Rosa y Y. Dávila Barboza

Hospital San Juan de Dios. León.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de una intervención farmacéutica en la aplicación de la terapia secuencial (TS) con fluoroquinolonas.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y comparativo de intervención farmacéutica en dos fases de 5 meses de duración para la promoción de la Terapia Secuencial Antimicrobiana (TSA) con fluoroquinolonas en la Unidad de Agudos (UGA). Se compararon las medias mediante la t de Student si la distribución es normal o la U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis si no cumple y las proporciones mediante la chi-cuadrado ( $\chi^2$ ).

**Resultados:** Se estudiaron un total de 112 pacientes con terapia intravenosa con fluoroquinolonas susceptibles de TSA, se dividieron en dos grupos: grupo en el que no se realiza intervención farmacéutica para la realización de TS formado por 53 pacientes y otro de 59 pacientes, sobre el que se hizo intervención farmacéutica (Carratalá Fernández et al. Guía de recomendaciones en la Terapia Secuencial Antibiótica (TSA). Guías clínicas SEIMC.2006; Terapia secuencial con medicamentos. Bonal et al. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.2002). La intervención farmacéutica mediante la implementación de un programa de TSA mostró para ambos antibióticos una disminución de la duración del tratamiento por vía I.V., y aumento de la duración del tratamiento por vía oral y por tanto de los costes



tanto directos como indirectos. En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria (17,07 días vs 17,77 días) no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

**Conclusiones:** La implantación de un programa de TS es una de las mejores y más interesantes oportunidades para integrar el papel del farmacéutico hospitalario dentro del equipo multidisciplinar en un Servicio de Geriátría. Ofrece una alternativa eficiente para el tratamiento en el anciano, reduce tanto costes indirectos (tiempo de enfermería) como mayor riesgo de morbilidad (infección en el punto de entrada de la vía). No se observó reducción significativa de la estancia hospitalaria debido al perfil del paciente geriátrico que ingresa nuestra UGA y al peso tanto en confusión como interacción que suponen las comorbilidades, deterioro funcional y cognitivo, que hacen que éstos no reflejen diferencias significativas en ambos grupos.

#### PC-145. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS START EN PACIENTES DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

X. Guevara Linares, D. Ariza Herrera, P. Condorhuamán Alvarado, A. Pardo Gómez, J. Díez Sebastián, M.D.C. Mauleón Ladrero y R. Menéndez Colino

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos:** La prescripción inapropiada es un problema frecuente en las personas mayores. Nuestro objetivo fue evaluar la falta de prescripción de medicamentos indicados en pacientes dados de alta de una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), utilizando los criterios START (Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatments), y determinar su asociación con la situación funcional, mental y social, con el grado de comorbilidad, la estancia media, el número de fármacos y el destino al alta.

**Métodos:** Se aplicaron los criterios START al alta en los pacientes ingresados en la UGA de un hospital terciario durante el año 2010 mediante la revisión de los informes de alta. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico principal, número de fármacos, estancia media, índice de Barthel (IB), Cruz Roja Funcional (CRF), Cruz Roja Mental (CRM) e índice de Charlson (IC) al ingreso. Se estudiaron las correlaciones entre los criterios y las variables incluidas.

**Resultados:** Se revisaron 209 informes de alta. La edad media fue de  $85,99 \pm 5,72$  años y 63,6% fueron mujeres. El índice de Barthel medio fue de  $54,33 \pm 35,87$  y la CRM fue de  $1,61 \pm 1,49$ . Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron infección respiratoria e insuficiencia cardíaca. La media de fármacos al ingreso fue de  $7,54 \pm 3,36$ . El número medio de criterios START que no se cumplían fue de  $1,37 \pm 1,32$ . El 69,4% de pacientes no cumplía  $\geq 1$  criterios START, siendo los más frecuentes la falta de prescripción de IECA en la insuficiencia cardíaca crónica (23,9%) y de estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular (15,3%). Se encontró una correlación positiva entre los criterios START que no se cumplían con el número de fármacos prescritos ( $R: 0,293, p < 0,01$ ) y la puntuación en el índice de Charlson ( $R: 0,348, p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes dados de alta de una UGA incumple al menos algún criterio START. Esto se correlacionó de forma significativa con la presencia de una elevada polifarmacia y comorbilidad.

#### PC-146. DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE SUJECCIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN 1: ESTUDIO DE CAÍDAS

E. Fernández Rodríguez<sup>1</sup>, M.A. Martínez Huedo<sup>2</sup>, M.A. Sánchez González<sup>1</sup>, N. Betancourt Rivera<sup>1</sup>, M. Lorenzo Torrecilla<sup>1</sup>, L. González Torres<sup>1</sup> e I. Ruipérez Cantera<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Central de Cruz Roja. Madrid. <sup>2</sup>Hospital La Paz. Madrid.

**Objetivos:** Se pretende diseñar un protocolo de sujeciones físicas y farmacológicas específico para el paciente geriátrico. Se han realizado

cinco estudios para conocer la situación de nuestro hospital al respecto. En esta comunicación se presenta el estudio de caídas, cuyo objetivo es determinar la incidencia de caídas en los pacientes geriátricos ingresados y los factores asociados a éstas.

**Métodos:** Se han estudiado de forma retrospectiva los registros de 87 caídas de pacientes ingresados en el Hospital Central de Cruz Roja de Madrid, todas las ocurridas entre el 4 de enero de 2009 y el 17 de mayo de 2010. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo, Pabellón de ingreso, diagnóstico médico, fármacos, antecedentes de caídas y riesgo según la escala de Downton, situación funcional y cognitiva según las escalas respectivas de Cruz Roja, estado de conciencia, movilidad previa, existencia y tipo de sujeción y descripción de la caída.

**Resultados:** Se obtuvo una densidad de incidencia de caídas de 1,7/1.000 pacientes-día. La mayoría de las caídas se produjeron estando el paciente solo, en su habitación y realizando una transferencia. Se asociaron a un mayor riesgo de caídas: sexo masculino, Pabellones aún no remodelados, riesgo moderado-alto en la escala de Downton, aplicación de algún tipo de sujeción como medida de seguridad y dependencia para la movilidad. 27 caídas tuvieron lugar intentando el paciente liberarse de algún tipo de sujeción física.

**Conclusiones:** El perfil del paciente geriátrico que sufre una caída es el de un paciente con una valoración de riesgo moderado-alto, sin alteración del estado de conciencia, con necesidad de ayuda parcial o total para la movilización y que se encuentra solo. No existe evidencia en nuestro estudio de que las sujeciones físicas eviten las caídas. Los profesionales deben evitar la falsa seguridad en pacientes con buen estado cognitivo y en los sometidos a sujeciones físicas (sobre todo por barras en la cama).

#### PC-147. DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE SUJECCIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN 2: ENTREVISTA A PROFESIONALES

F. Sánchez del Corral Usaola, M.A. Valle Martín, M.A. García Antón, B. García González, R. Colmenares Pelillo, R. Gómez de la Torre e I. Ruipérez Cantera  
*Hospital Central de Cruz Roja. Madrid.*

**Objetivos:** Se pretende diseñar un protocolo de sujeciones físicas y farmacológicas específico para el paciente geriátrico. Se han realizado cinco estudios para conocer la situación de nuestro hospital al respecto. En esta comunicación se presentan los resultados de una entrevista a profesionales, para la detección de situaciones mejorables y propuestas de mejora en relación a la aplicación de sujeciones físicas y farmacológicas a pacientes geriátricos.

**Métodos:** Técnica cualitativa individual, con entrevistas personales a médicos (4), profesionales de enfermería (5), auxiliares (3) y celadores (3). Se pretende conocer sus actitudes y conocimientos mediante un cuestionario estructurado, con 16 preguntas cerradas y una abierta.

**Resultados:** Existen importantes discrepancias en puntos importantes, más marcadas entre Pabellones y nivel profesional: Aspectos éticos (autonomía del paciente, dignidad, paternalismo, sobreprotección...). Fomento de la independencia y autonomía personal. Tipo de sujeción mecánica indicado y forma de colocación. Profesional que las debe pautar. Necesidad de obtener consentimiento por escrito. También se identificó amplio acuerdo en otros puntos: Preocupación por el bienestar físico y psicológico del paciente, mayor que por los riesgos legales. Importancia de la presencia familiar para evitar el uso de sujeciones, aunque no se apunta la necesidad de consulta previa a familiares. Necesidad de formación específica. Casi nunca se pautan por escrito. Necesidad de retirada precoz, a pesar de importante desconocimiento de consecuencias y complicaciones de las sujeciones. Uso de sábanas y "contenciones disimuladas" (p.e. vendajes aparatosos), como elementos de sujeción, para evitar daño psicológi-

co. Escasez de material específico. Es frecuente: Uso de intervenciones verbales, de manera heterogénea. Empleo de contención farmacológica para prevenir la mecánica. Que los propios familiares soliciten el uso de sujeción mecánica. Mayor implicación de profesionales de enfermería y auxiliares.

**Conclusiones:** Al no existir normas definidas, cada profesional actúa según su propio criterio, siendo frecuente la improvisación. Es necesario articular medidas para mejorar la formación de los profesionales respecto a las sujeciones.

**PC-148. DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE SUJECIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN 3: ESTUDIO DE ESTRUCTURA Y DE RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS**

A. Fernández Rodríguez, R. López Palomino, R. Gómez de la Torre, R. Otero Gómez, A. Asenjo Montero, C. Hermosilla Ruiz y F. Sánchez del Corral Usaola

*Hospital Central de Cruz Roja. Madrid.*

**Objetivos:** Se pretende diseñar un protocolo de sujeciones físicas y farmacológicas específico para el paciente geriátrico. Se han realizado cinco estudios para conocer la situación de nuestro hospital al respecto. En esta comunicación se presentan el estudio de estructura, para determinar factores arquitectónicos que puedan favorecer las caídas y secundariamente el uso de sujeciones; y el estudio de reclamaciones y sugerencias, para detectar el grado de preocupación de pacientes y familiares respecto a las sujeciones, así como situaciones mejorables y propuestas de los usuarios.

**Métodos:** Estudio de estructura: comparación de factores arquitectónicos y ayudas técnicas entre los cinco Pabellones no quirúrgicos, tres recientemente remodelados, del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. Estudio de reclamaciones y sugerencias: análisis de todas las reclamaciones y sugerencias recogidas por el Servicio de Atención al Paciente del mismo Hospital, durante los años 2009 y 2010.

**Resultados:** Estudio de estructura: en los pabellones no remodelados, los hallazgos más significativos respecto a los remodelados fueron: pasillos estrechos y sin barandillas para apoyo; falta de baño asistido; baños de habitaciones pequeños y sin superficie antideslizante; platos de duchas muy deslizantes; retretes muy bajos. La densidad de incidencia de caídas fue superior en los Pabellones no remodelados (1,86, 2,7 y 2,9/1.000 pacientes/día versus 0,7 y 1,2) ( $p < 0,05$ ). Estudio de reclamaciones y sugerencias: se analizaron 100 escritos, siendo significativa la ausencia de referencias a cualquier medida de sujeción; existieron comentarios sobre inadecuación de baños, dificultad para el paciente de acceso a pertenencias y timbres por mobiliario inadecuado y escasas comodidades para los familiares que faciliten acompañamientos prolongados.

**Conclusiones:** Estudio de estructura: los factores estructurales pueden facilitar caídas de pacientes geriátricos ingresados y, de forma indirecta, el uso de medidas de sujeción. Estudio de reclamaciones y sugerencias: aparente confianza en la actuación de los profesionales en relación a las sujeciones; se señalan factores que pueden favorecer caídas; un entorno más cómodo puede favorecer un mayor tiempo de acompañamiento al paciente, para disminuir la necesidad de sujeciones.

**PC-149. DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE SUJECIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN 4: ESTUDIO DE INCIDENCIA, FACTORES ASOCIADOS A SUJECIONES Y COMPLICACIONES HOSPITALARIAS**

F. Sánchez del Corral Usaola, J. Llanque Callata, L. Mercedes Guzmán, F.J. Rodríguez Lanfranco, B. Pérez Pena, E. Fernández Rodríguez e I. Ruipérez Cantera

*Hospital Central de Cruz Roja. Madrid.*

**Objetivos:** Se pretende diseñar un protocolo de sujeciones físicas y farmacológicas específico para el paciente geriátrico. Se han realizado

cinco estudios para conocer la situación de nuestro hospital al respecto. En esta comunicación se presentan los resultados de un estudio diseñado para conocer la incidencia de diferentes formas de sujeciones físicas (SF) en pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), así como factores asociados y posibles complicaciones hospitalarias.

**Métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados de forma consecutiva en una UGA, tamaño muestral estimado para la incidencia, de 81 pacientes. Observación sistemática en cada turno de enfermería para determinar la presencia y tipo de SF (ninguna, barras en la cama, sábana en sillón, cinturón abdominal en sillón o en cama, muñequeras en sillón o en cama, tobilleras en cama). Revisión posterior de Historial Clínico para determinación de variables asociadas al uso de SF y posibles complicaciones. Se recogieron variables clínicas, síndromes y problemas geriátricos, situación funcional, mental y social. Como posibles complicaciones: caídas, traumatismos, lesiones en piel, deterioro funcional, necesidad de sondajes, dolor, ansiedad, agresividad o agitación, insomnio, infecciones respiratorias o urinarias, prescripción de neurolépticos o benzodiacepinas, estancia hospitalaria y fallecimiento.

**Resultados:** Incidencia de SF: barras nocturnas en cama: 100%; sábana en sillón: 41,5%; cinturón en cama: 11%; cinturón en sillón: 8,8%; muñequeras en cama: 3,6%; muñequeras en sillón: 1,2%. Motivo principal: "seguridad para el paciente" (65%). Se asociaron de forma estadísticamente significativa al uso de SF (excluyendo barras nocturnas): mayor deterioro funcional y cognitivo previo y al ingreso (índice de Barthel y escalas funcional y mental de Cruz Roja), delirium, agitación, prescripción de neurolépticos al ingreso y dolor. Como complicaciones al alta, existió asociación a mayor deterioro funcional y mental, incontinencia urinaria y fecal, prescripción de neurolépticos, mayor estancia hospitalaria e institucionalización.

**Conclusiones:** El uso de SF es frecuente en el paciente anciano ingresado en UGAs, se asocia a mayor deterioro funcional y cognitivo y es responsable de una importante morbilidad.

**PC-150. PACIENTES CON DEMENCIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA POR FRACTURA DE CADERA. ¿QUÉ FACTORES IMPIDEN EL RETORNO AL DOMICILIO?**

M. Gas Mola, P. Margalef Benaiges, M.J. Galiana Llasat, C. Muñoz Romero y E. Martínez Almazán

*Hospital Santa Creu. Tortosa. Tarragona.*

**Objetivos:** Identificar el perfil clínico y funcional de los pacientes con demencia que ingresan en una unidad de convalecencia por fractura de cadera. Determinar factores asociados a la imposibilidad de retorno a domicilio.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad durante 2010 y 2011. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics 20.0: cálculo de parámetros descriptivos y comparación de medias mediante test t.

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 52 individuos con una edad media de 83,9 años y un 80% de mujeres. El 28,8% padece enfermedad de Alzheimer, un 9,6% demencia vascular, un 17,3% demencia de etiología mixta y un 34,6% demencia sin estudiar. El 65,4% se encuentra en una fase evolutiva moderada o severa de la enfermedad. En el 25,7% no es posible el retorno a domicilio y el 5,77% fue exitus. La estancia media en la unidad fue de 52,35 días. Las medias del índice de Barthel previo, al ingreso y al alta fueron 69,71, 19,81 y 35,92 respectivamente. La media de ganancia ponderal funcional (diferencia entre Barthel al alta y al ingreso) fue de 16,63. En cuanto al análisis de factores asociados a imposibilidad de retorno a domicilio, se hallaron la presencia de UPP al ingreso (21% en pacientes que retornan a domicilio vs 48% el resto;  $p = 0,045$ , t test), un índice de Barthel bajo al alta ( $18,8 \pm 20,54$  vs  $48,28 \pm 27,0$ ;  $p < 0,001$ , t test), una

menor ganancia ponderal funcional ( $3,5 \pm 20,33$  vs  $25,69 \pm 18,41$ ;  $p < 0,001$ ; t test) y mayor prevalencia de problema social (43% vs 10%,  $p = 0,009$ ; t test).

**Conclusiones:** Se trata de una muestra de población con mayoría de mujeres, en la cual la demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer. Aproximadamente un tercio de los pacientes presentan una demencia sin estudiar y una situación funcional de dependencia severa al alta. En uno de cada cuatro pacientes no es posible el retorno a domicilio. Factores asociados a este hecho serían la presencia de UPP al ingreso, una mala situación funcional al alta, una pobre recuperación funcional durante el ingreso y una situación de problemática social.

#### PC-151. DEMENCIA Y FRACTURA DE CADERA. DOS PATOLOGÍAS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS

F. Uriz Otano, V. Malafarina, L. Gil, B. del Olmo, M. Muniesa, C. Martínez y N. Arrizabalaga  
Hospital San Juan de Dios. Pamplona.

**Objetivos:** Conocer el perfil y respuesta rehabilitadora en pacientes con fractura y demencia que ingresa en una unidad de ortogeriatría. **Métodos:** Estudio longitudinal descriptivo prospectivo de los pacientes con fractura de cadera y demencia que ingresan en una unidad de media estancia de perfil rehabilitador ortogeriatría. Se recogen variables demográficas, clínicas, polifarmacia, situación funcional cognitiva y social. Análisis estadístico SPSS13.

**Resultados:** Un 31,2% (104) de los pacientes con fractura de cadera presenta demencia, edad media: 86,4 años, mujer 77,8%, estancia media: 36,1 días. Índice Charlson modificado: 7,6 ( $96\% > 4$ ). Tipo fractura: 54,8% extracapsulares y 35,2% intracapsulares. 63,6% no tenía diagnóstico de demencia al ingreso. 34% se realiza estudio etiológico. Tipos de demencia: 34,6% Alzheimer, 15,4% vascular 12,5% mixto (Alzheimer-vascular), 28,8% sin estudio. Grado deterioro cognitivo: un 51,9% grave (GDS 6-7), un 48,1% moderado grave (GDS 4-5). Complicaciones más frecuentes: 66,2% dolor importante, 41,9% síndrome confusional, 28,4% ITU, 17,3% insuficiencia cardíaca, 15,4% infección respiratoria. Un 88% presentan polifarmacia; el 76% toma algún fármaco psicótropo: 36,8% neurolépticos, 35,5% antidepresivos, 13% benzodiazepinas, 14% anticolinesterásicos o memantina. El 68% presentan un deterioro funcional importante de base (Í. Barthel  $< 65$ ), siendo dependientes totales 36,5% (IB  $< 20$ ). Un 37,5% necesitan ayuda de una persona para la marcha en su domicilio (Holden  $< 3$ ). Un 70% recibido tratamiento rehabilitador del centro, revirtiendo la inmovilidad (Holden  $> 1$ ) en el 54,8%. Un 24,7% deambula de forma autónoma con alguna ayuda técnica al alta. Un 59% vuelven al domicilio, un 25% ingresan en residencia. Un 8% fallecen.

**Conclusiones:** Los enfermos con fractura de cadera y demencia son frecuentes en nuestro medio, siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más frecuente. Un 63% no tienen diagnóstico etiológico, ni sindrómico del problema al ingreso. El dolor junto con el síndrome confusional agudo son complicaciones frecuentes en estos pacientes. La polifarmacia es frecuente. Un 75% de ellos toman algún fármaco psicótropo. A pesar de la edad, alta comorbilidad, grado de deterioro cognitivo y funcional de estos pacientes, la mayor parte se benefician del tratamiento rehabilitador. La mayor parte de los ancianos vuelve a su entorno habitual (domicilio).

#### PC-152. RELACIÓN ENTRE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS NUTRICIONALES CON LAS COMPLICACIONES Y MORTALIDAD DE PACIENTES DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

C. Cárdenas Lillo, S. Frutos Díaz y E. Martínez Almazán  
Hospital de la Santa Creu de Jesus. Tortosa. Tarragona.

**Objetivos:** Evaluar la relación de parámetros bioquímicos nutricionales y la incidencia de infecciones, asistencia a urgencias, ingresos

hospitalarios y la mortalidad de pacientes dados de alta de una unidad de convalecencia.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico y transversal. Segunda fase de un estudio de nutrición sobre pacientes ingresados en convalecencia. Se recogieron los datos al alta, y durante el primer año posterior a ella (hasta  $< 6$  meses, y/o  $\geq 6$  meses) de la historia clínica informatizada. Datos analizados: parámetros bioquímicos (albúmina, proteínas totales, colesterol y linfocitos); Índice de Barthel al alta, número infecciones, asistencia a urgencias, ingresos hospitalarios y exitus posteriores al alta. SPSS 15.0.

**Resultados:** 69 pacientes, Edad media: 80,88, varones: 44,9%. Parámetros bioquímicos de  $< 6$  meses: proteínas 5,9 g/dl, albúmina 3,07 g/dl, colesterol total 155,06 mg/dl, linfocitos 1.647,06/ml. De  $\geq 6$  meses: proteínas 6,06 g/dl, albúmina 3,1 g/dl, colesterol total 151,22 mg/dl, linfocitos 1.580/ml. Un 76% de los pacientes tenían controles analíticos (43% a los  $< 6$  meses y 33% a los 6-12 meses). Presentaron infecciones 63,76%, ingresos hospitalarios 39,13%, asistencia a urgencias 46,37%. Fallecieron 19% (un 6% en Unidad de larga estancia). Existe menor porcentaje de infecciones, ingresos hospitalarios y asistencia a unidades de urgencia hospitalaria con cifras de albúmina más altas ( $p < 0,05$ ). La media de albúmina al alta de los exitus fue de 2,7 g/dl y del resto 3,2 g/dl. Los pacientes con albúmina al alta de  $< 3,0$  g/dl tenían una supervivencia de 99,6 días vs 150 días en aquellos con albúmina de  $\geq 3,0$  g/dl. A Barthel más alto mayor tiempo hasta el exitus ( $p < 0,05$ ). Durante el seguimiento no se observaron cambios significativos en los parámetros bioquímicos nutricionales de los pacientes.

**Conclusiones:** Los pacientes con mayor cifra de albúmina al alta presentaron menos infecciones, asistencia a urgencias e ingresos hospitalarios. La mortalidad se asoció a hipoalbuminemia. La mejor situación funcional al alta (índice de Barthel) se asoció con una mayor supervivencia.

#### PC-153. PERFIL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE AGUDOS

A. Viloria Jiménez, H. Barahona Álvarez, M. Sánchez-Sobrino, V. Nedkova y P. Gil Gregorio  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA).

**Métodos:** Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 1-6-2011 al 29-2-2012. Se incluyeron pacientes con patología oncológica y no oncológica. Se recogen variables demográficas (edad, sexo), diagnóstico principal, servicio de procedencia, motivo de ingreso, síntoma principal, estancia media, exitus o ubicación al alta. Programa estadístico: SPSS 17.0.

**Resultados:** N: 214, 152 oncológicos, 68 no oncológicos, 51,9% mujeres. Pacientes oncológicos: edad media: 74,5 años (rango 28-96). Diagnóstico principal: ca colon 19,7%, pulmón 11,2%. Servicio de Procedencia: Urgencias 52%, Oncología 17%. Motivo de ingreso: infección respiratoria/broncoaspiración 16,4%, mal control analgésico 13,2%. Síntoma principal: dolor 34,2%, disnea 15,8%. Estancia media: 12,4 días (DE 10,3). El 71,1% fallecieron durante el ingreso. Pacientes no oncológicos: edad media: 86,3 años (rango 57-103). Diagnóstico principal: demencia 37,1%, ACVA hemorrágico 14,5%. Servicio de Procedencia: Geriátria 46,8%, Urgencias 32,3%. Motivo de ingreso: infección respiratoria/broncoaspiración 29%, insuficiencia cardíaca 14,5%. Síntoma principal: bajo nivel de conciencia 16,1%, dolor 14,5%. Estancia media: 6,4 días (DE 9,7). El 93,5% fallecieron durante el ingreso. Se objetivaron diferencias significativas con una mayor mortalidad ( $p < 0,001$ ) y una menor estancia media ( $p < 0,001$ ) en los pacientes no oncológicos.

**Conclusiones:** 1. Existe un incremento de las derivaciones e ingresos de pacientes con patología no oncológica en la UCPA respecto a los

años previos. 2. Gran parte de los pacientes con patología oncológica proceden del servicio de Urgencias, mientras que Geriátría constituye el principal servicio que deriva pacientes con patología no oncológica. La demencia constituye el diagnóstico principal de los pacientes con patología no oncológica. 3. Las infecciones respiratorias/broncoaspiración constituyen el motivo de ingreso más frecuente en ambos tipos de pacientes. Las diferencias respecto a la estancia media y la mayor mortalidad en los pacientes no oncológicos orientan respecto a una derivación más tardía hacia este tipo de Unidades. Se confirma el beneficio del ingreso en estas unidades en la fase final de los pacientes no oncológicos.

#### PC-154. ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE AYUDA A DOMICILIO DE GERIATRÍA

C. Terán, T. Wu Lai, A.C. Pérez Rodríguez, A. Albarracín, C. Verdejo Bravo y P. Gil

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Describir el perfil (características demográficas, clínicas y funcionales), así como la historia farmacológica, de los pacientes. Describir los principales motivos de inclusión de los pacientes y su procedencia. Conocer las características clínicas y funcionales, así como la historia farmacológica, de los pacientes atendidos al ingreso y a los 6 meses del seguimiento (sexta visita).

**Métodos:** Estudio descriptivo-longitudinal, en el que se incluyeron los pacientes atendidos, en el 2011 y los que tenían un seguimiento de 6 meses. La situación funcional se evaluó mediante el índice de Katz (AVD básicas) y el estatus de performance mediante el índice de Karnofsky. En los pacientes con deterioro cognitivo se usó la escala de GDS de Reisberg. La historia farmacológica fue confeccionada mediante la revisión de todos los fármacos prescritos y el consumo que hacía de ellos. El análisis estadístico se realizó con: SPSS 19.0.

**Resultados:** Muestra: 114 pacientes (73,3% mujeres), con una edad media 87 años. El 46,5% (53 casos) tenía un alto grado de dependencia (KATZ G), con deterioro cognitivo severo (GDS 6-7) en un 56,1% (64 casos) y un alto grado de afectación en el estado general (Karnofsky 50%) en un 53,5% (61 casos). Los motivos principales de inclusión fueron: manejo de las complicaciones del síndrome de inmovilidad (38,6%; 44 casos) y en segundo lugar el manejo de los trastornos de la conducta (33,3%; 38 casos). Con respecto al consumo de fármacos, encontramos que los pacientes presentaban una mediana de 8 fármacos al inicio del estudio, siendo la mediana de 6 fármacos, a los 6 meses del seguimiento ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** La población asistida en la unidad de ayuda a domicilio tiene un alto grado de dependencia y precisa un seguimiento médico continuo. La alta prevalencia de la polifarmacia en éste grupo poblacional disminuye con la intervención médica a mediano plazo (6 meses).

#### PC-155. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN SEGÚN MNA-SF Y SU RELACIÓN CON COMORBILIDAD, SITUACIÓN FUNCIONAL, DETERIORO COGNITIVO, ESTANCIA MEDIA Y UBICACIÓN AL ALTA

F. Cuesta Triana, A. Larrad, A. García Cuesta, C. Cocho, P. Matia Martín, A. Martín y L. Manzanedo

*Hospital Clínico. Madrid.*

**Objetivos:** Describir, en sujetos hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriátría, la prevalencia de desnutrición mediante *Mini-nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF) y la asociación de este diagnóstico y la puntuación del MNA-SF con comorbilidad (Índice de Charlson -ICH-), situación funcional (Índice de Barthel -IB-), deterioro cognitivo (test de Pfeiffer -TP-), estancia hospitalaria, y ubicación al alta y mortalidad 30 días después de la encuesta.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal coincidiendo con la encuesta de *NutritionDay* en hospitales. Se entrevistó a todos los

pacientes ingresados en la Unidad en ese momento tras firmar el consentimiento informado. En los sujetos con deterioro cognitivo, los cuestionarios fueron completados por el cuidador principal. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, bioquímicas y aquellas derivadas de los cuestionarios mencionados.

**Resultados:** Aceptaron participar 30 pacientes de los 37 asignados a Geriátría. La edad media fue de 88,1 años (DE 6,2; entre 72-99) y un 73% de los participantes fueron mujeres. La prevalencia de desnutrición y de riesgo fue de 62,5% y 33,3% respectivamente. La puntuación media del MNA-SF fue de 6,71 (DE 2,26). No se observó correlación entre ICH y la puntuación del MNA-SF; sí entre esta y el IB ( $r = 0,600$ ;  $p = 0,02$ ) y el TP ( $r = -0,618$ ;  $p = 0,001$ ). No se halló asociación entre estancia media, mortalidad y la puntuación del MNA-SF. Esta fue mayor en los pacientes ubicados en domicilio (7,69 -DE 2,65- vs 4,75 -DE 3,66-;  $p = 0,034$ ).

**Conclusiones:** La puntuación del MNA-SF se asoció de forma positiva con situación funcional (IB), y negativamente con la situación cognitiva (TP). Los pacientes ubicados en domicilio tras el alta, mostraron valores superiores del MNA-SF durante el ingreso. No fue posible detectar una asociación entre puntuación de MNA-SF y comorbilidad, estancia media o mortalidad.

#### PC-156. PROYECTO NUTRITIONDAY EN HOSPITALES. EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

F. Cuesta, A. Larrad, S. Núñez, B. Solas, V. Salido, M. Castro y D. del Rey

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Describir y comparar los resultados obtenidos tras la realización de la encuesta *NutritionDay* 2011 en hospitales. Referencia: unidades europeas de Geriátría-Medicina Interna participantes (C).

**Métodos:** Estudio transversal en una Unidad de Agudos de Geriátría (G). Se administraron los cuestionarios proporcionados en: <http://www.nutritionday.org/>. Se recogieron datos sobre organización y recursos de la Unidad, y variables demográficas y antropométricas.

**Resultados:** Unidad de 37 camas con 4 facultativos especialistas, 4 MIR, 4 enfermeras en el turno de mañana, 4 auxiliares de enfermería -9,25 pacientes por cada especialista, enfermera y auxiliar-, una terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta. La asignación de médicos por paciente fue mayor que en el conjunto de C (0,11 frente a  $0,03 \pm 0,05$ ), pero la de enfermeras fue menor (0,11 frente a  $0,21 \pm 0,11$ ) y la de auxiliares similar ( $0,11$  frente a  $0,11 \pm 0,09$ ). Una dietista dependiente de Nutrición visita la Unidad 5 días a la semana (0,03 por paciente frente a  $0,03 \pm 0,04$ ). Se analizaron 30 pacientes (28 completaron todo el protocolo). La edad media fue de 88,1 años (DE 6,2; entre 72-99) -84 años (entre 25-111) en C-, con un 73% mujeres (60,4% en C). El IMC fue similar ( $25,0 \pm 5,0$  frente a  $25,1 \pm 5,6$  kg/m<sup>2</sup>). El plan nutricional se distribuyó (G/C-%): Dieta normal (3,33/75,7), nutrición enteral (10,0/11,0), nutrición parenteral (0/3,81), nutrición enteral con parenteral (3,33/0), dieta terapéutica (43,3/19,5) y suplemento oral (40,0/22,1). 11 pacientes (39,3%) referían pérdida de peso en los últimos 3 meses (C: 42,7%) y un 10,7% habían perdido más de 8 kg (C: 7,0%). Dentro del hospital un 57,1% refería tener un apetito normal (C: 57,1%). En el almuerzo analizado la ingesta fue (G/C-%): todo (39,3/38,2), la mitad (17,9/33,2), un cuarto (21,4/16,8), nada (21,4/10,1). Los pacientes no tomaron todo por (G/C-%): falta de apetito (35,3/22,1), náuseas o vómitos (5,9/7,6), falta de permiso para comer (23,5/4,12), necesidad de ayuda para comer (0/3,3), prueba complementaria pendiente (5,88/1,52), ración excesiva (0/4,3) y anorexia (0/4,1).

**Conclusiones:** Los resultados de nuestra Unidad son similares a los de otros centros, con un alto porcentaje de pacientes con datos de desnutrición calórica. Llama la atención el alto porcentaje de dietas terapéuticas utilizadas en nuestros pacientes.

### PC-157. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN SEGÚN MNA-SF Y SU RELACIÓN CON COMORBILIDAD, SITUACIÓN FUNCIONAL, DETERIORO COGNITIVO Y CRIBADO DE DISFAGIA

F. Cuesta, A. Larrad, C. Cocho, A. Martín, A. García Cuesta, L. Manzanedo y P. Blázquez  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Describir, en sujetos hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriátría, la prevalencia de desnutrición mediante *Mini-nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF) y su asociación, junto con la puntuación del MNA-SF, con comorbilidad (Índice de Charlson -ICH-), situación funcional (Índice de Barthel -IB-), deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer -TP-) y despistaje de disfagia (EAT-10).

**Métodos:** Estudio transversal simultáneo a la encuesta *NutritionDay* en hospitales. Se entrevistó a todos los pacientes ingresados en la Unidad en ese momento. En los sujetos con deterioro cognitivo, los cuestionarios fueron completados por el cuidador principal. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, bioquímicas y aquellas derivadas de los cuestionarios mencionados.

**Resultados:** Aceptaron participar 30 pacientes de los 37 asignados a Geriátría. La edad media fue de 88,1 años (DE 6,2; entre 72-99) y un 73% de los participantes fueron mujeres. La prevalencia de desnutrición y de riesgo fue de 62,5% y 33,3% respectivamente. La puntuación media del MNA-SF fue de 6,71 (DE 2,26). No se observó correlación entre ICH y la puntuación del MNA-SF; sí entre ésta y el IB ( $r = 0,600$ ;  $p = 0,02$ ) y el TP ( $r = -0,618$ ;  $p = 0,001$ ). Se observó una correlación negativa entre la puntuación del EAT-10 y la del MNA-SF ( $r = -0,652$ ;  $p = 0,001$ ). La media de puntuación de MNA-SF fue inferior en los pacientes con despistaje de disfagia positivo (5,67 -DE 3,45- vs 7,75 -DE 2,83-) pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,120$ ). Un 50% y un 53,3% de los sujetos en riesgo de desnutrición y con desnutrición respectivamente, según MNA-SF, mostraron despistaje positivo de disfagia.

**Conclusiones:** La puntuación del MNA-SF se asoció de forma positiva con situación funcional (IB), y negativamente con la situación cognitiva (TP) y con el despistaje de disfagia (EAT-10). No fue posible detectar una asociación entre puntuación de MNA-SF y comorbilidad.

### PC-158. RELACIÓN DE MININUTRITIONAL ASSESSMENT SHORT-FORM Y DE GERIATRIC NUTRITIONAL RISK INDEX CON ESTANCIA MEDIA, MORTALIDAD Y UBICACIÓN AL ALTA

E. Romero, E. Pastor, A. Estrada, A. Larrad, M. Alonso, P. Matía y F. Cuesta  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Describir la relación de Mininutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) y del Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) con estancia hospitalaria, y ubicación al alta y mortalidad 30 días después de la encuesta.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal coincidiendo con la encuesta de *NutritionDay* en hospitales. Se entrevistó a todos los pacientes ingresados en la Unidad en ese momento tras firmar el Consentimiento Informado. En los sujetos con deterioro cognitivo, los cuestionarios fueron completados por el cuidador principal. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, bioquímicas y aquellas derivadas de los cuestionarios mencionados.

**Resultados:** Aceptaron participar 30 pacientes de los 37 asignados a Geriátría. La edad media fue de 88,1 años (DE 6,2; entre 72-99) y un 73% de los participantes fueron mujeres. Según MNA-SF la prevalencia de desnutrición, de riesgo y de situación nutricional normal fue de 62,5%, 33,3% y 4,2% respectivamente. El riesgo descrito por GNRI fue: severo 15,8%, moderado 21,1%, bajo 21,1% y ausente 42,1%. No se halló asociación entre estancia media, mortalidad y la puntuación del MNA-SF. Ésta fue mayor en los pacientes ubicados en domicilio (7,69 -DE 2,65- vs 4,75 -DE 3,66-;  $p = 0,034$ ). La puntuación de GNRI no se correlacionó con la estancia hospitalaria ( $r = -0,185$ ;  $p = 0,449$ ) ni se

asoció con mortalidad ( $p = 0,480$ ) ni con ubicación en el domicilio al alta ( $p = 0,742$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes ubicados en domicilio tras el alta, mostraron valores superiores del MNA-SF durante el ingreso. No fue posible detectar una asociación entre puntuación de MNA-SF y estancia media o mortalidad. Sin embargo, con GNRI no fue posible asociar un riesgo definido por la fórmula con eventos importantes como estancia media, mortalidad o ubicación en el domicilio al alta.

### PC-159. CONSECUENCIAS DE LA SINTOMATOLOGÍA DE BURNOUT SOBRE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y LA PERCEPCIÓN DEL SUEÑO DE LAS AUXILIARES SANITARIAS

I. Etxeberria, N. Galdona, E. Aldaz, M. Azurmendi, M. Jiménez, J. Quintas y L. Santamaría  
Fundación Ingema. San Sebastián.

El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) se ha asociado con el deterioro de la salud física (Glasberg, Norberg, y Soderberg, 2007); los síntomas físicos asociados al SQT pueden presentarse de diferentes maneras como son el insomnio, los cambios en el apetito, la fatiga, los resfriados o la gripe, los dolores de cabeza y el malestar gastrointestinal (William et al, 2009). En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el SQT, los trastornos psicosomáticos y la percepción del sueño en un grupo de cuidadores profesionales. La muestra estaba constituida por 46 auxiliares sanitarios que desempeñan su actividad laboral en centros gerontológicos de Guipúzcoa. El SQT fue valorado a través del inventario "Burnout" de Maslach (Seisdedos, 1997), las preguntas sobre la percepción de la calidad del sueño fueron extraídas de la encuesta Nacional de Salud (2006), y los trastornos psicosomáticos fueron valorados a través del cuestionario de síntomas físicos de Pennebaker (1982). Para analizar si existe relación entre la percepción que los participantes tienen en relación a trastornos psicosomáticos y los componentes del SQT, se ha utilizado la prueba de correlación bivariable de Pearson, encontrando una asociación estadísticamente significativa y positiva entre los trastornos psicosomáticos y el componente de cansancio emocional ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,00$ ). Esto indica que las personas con niveles más elevados de cansancio emocional perciben tener con mayor frecuencia trastornos psicosomáticos. Además, el cansancio emocional se asocia a la percepción del sueño. Así los análisis de U de Mann-Whitney indican que existen diferencias estadísticamente significativas en este componente dependiendo de la percepción de la calidad del sueño ( $Z = -2,92$ ;  $p = 0,00$ ); es decir, las personas que consideran tener un sueño poco reparador presentan un mayor cansancio emocional que las que valoran positivamente la calidad de su sueño. De las tres dimensiones que constituyen el SQT la dimensión cansancio emocional es la que más influye en la salud de los auxiliares sanitarios, siendo su influencia sobre la salud negativa. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de acciones dirigidas a la reducción del cansancio emocional en este colectivo, por sus fuertes implicaciones en la salud.

### PC-160. COMPARATIVA DE ABSORBENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

A. Sánchez, B. Solas, M. Gutiérrez, V. Salido, M. Sánchez, A. García y M. Alonso  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** Valorar la eficiencia de un absorbente (Anaform®) en comparación con otro absorbente.

**Métodos:** Estudio observacional en 112 pacientes incontinentes hospitalizados con edad media de  $88,5 \pm 8,4$ . Mujeres 47,3%. Movilidad: deambulan 16, caminan con ayuda 44, vida cama-sillón: 52. Estado mental: deterioro cognitivo: 58, Absorbente anatómico día/Absorbente elástico noche vs Absorbente habitual hospitalario.

**Resultados:** 41 pacientes tenían alteraciones en la piel (enrojecimiento, erupción, ulceración) presentándose mejoría en el 100% de los casos. Se observa una reducción en la cantidad de absorbentes utilizados durante el estudio con respecto a los usados anteriormente. Pañales utilizados antes: 490, media 4,375. Pañales durante el estudio: 338, media 3,02. Tras valoración subjetiva de pacientes/enfermera se observa respecto a los siguientes ítems: -Colocación y retirada de absorbentes: mejora en 65 casos y no mejora/se mantiene en 47 casos. -Capacidad de absorción: mejora en 73 casos y no mejora/se mantiene en 39 casos. -Mejora del estado de la piel: mejora en 64 casos y no mejora/se mantiene en 48.

**Conclusiones:** Se observa que con el uso del absorbente Anaform®. Se reduce el nº de cambios de absorbentes. Mejora el estado de la piel, respecto a úlceras por presión, cambio de apósito secundario y úlceras por humedad. Al retirar el pañal saturado no se encuentran restos del material absorbente en la piel del paciente.

#### PC-161. VALORAR LA PRESENCIA DE DISFAGIA A POBLACIÓN ANCIANA HOSPITALIZADA

M. Gutiérrez, A. Vitoria, M. Gil, A. López y M. Martínez  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Objetivos:** Identificar a los pacientes con riesgo de disfagia ingresados en la unidad de agudos de un servicio hospitalario.

**Métodos:** Durante el periodo comprendido entre el 1 y el 28 de febrero se procedió a valorar el riesgo de disfagia en una muestra aleatoria de pacientes hospitalizados mediante una muestra aleatoria de pacientes hospitalizados mediante escala EAT (10 ítems con puntuaciones de 0 a 4, punto de corte  $\geq 3$ ; con una puntuación total = 40).

**Resultados:** N = 100, 49% mujeres; 51% hombres, edad media = 82 años (rango 65 a 102 años). Respecto a la escala EAT autoestimada objetivamos los siguientes resultados: 42 pacientes no presentaban riesgo potencial de disfagia y 58 pacientes presentaban riesgo de disfagia o disfagia establecida. De ellos en 32 pacientes no estaban indicadas medidas de prevención de disfagia.

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes ingresados con riesgo potencial de disfagia o con disfagia establecida es muy elevado por lo que son subsidiarios de recibir cuidados y educación sanitaria para evitar riesgos colaterales. La escala EAT puede ser un instrumento de valoración que nos ayude a identificar pacientes con riesgo de desarrollar disfagia en un futuro.

#### PC-162. RELACIÓN ENTRE LAS FRACTURAS ATÍPICAS Y TRATAMIENTO CRÓNICO CON BIFOSFONATOS

M. Machado, G. Milano, J. Mora y E. Manrique  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** La osteoporosis es una patología con alta prevalencia en la población anciana, que condiciiona una elevada morbimortalidad además de un importante gasto sociosanitario. Es bien conocido que los bifosfonatos, es el tratamiento de elección para la prevención de fracturas tanto vertebrales como no vertebrales y de cadera en mujeres con osteoporosis, osteoporosis en el varón y osteoporosis esteroidea. Se ha observado en los últimos años un incremento de fracturas femorales, denominadas atípicas por no presentarse como fracturas clásicas secundarias a osteoporosis, con características clínicas y radiológicas comunes, asociadas al tratamiento prolongado con bifosfonatos.

**Objetivos:** Descripción de casos clínicos de fracturas atípicas relacionadas con el tratamiento crónico con bifosfonatos, sus características clínico radiológicas y realizar una revisión bibliográfica de los posibles mecanismos fisiopatológicos que presentan, así como de las alternativas terapéuticas recomendadas.

**Métodos:** Estudio descriptivo de seis casos clínicos de fracturas atípicas relacionadas con el tratamiento crónico con bifosfonatos.

**Resultados:** Se seleccionaron seis pacientes del Servicio de Ortopedia del Hospital Clínico San Carlos entre enero del 2011 y febrero del 2012. Todos los pacientes son de sexo femenino con una edad media de 82,1 años y con un periodo medio de tratamiento con bifosfonatos de 5,5 años.

**Conclusiones:** Aunque se ha observado que la incidencia de este tipo de fracturas no es elevada, y actualmente los pacientes con osteoporosis se benefician del tratamiento con bifosfonatos, sobre todo durante los primeros 5 años, tras este periodo de tiempo se debería realizar un estrecho y completo estudio individualizado de reevaluación del tratamiento con bifosfonatos para decidir si su continuación sería la adecuada o nos encontramos ante un paciente con riesgo de presentar fractura atípica de fémur y considerar la actuación clínica más adecuada en base a la evaluación riesgo-beneficio.

#### PC-163. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO INFORMATIZADO EN SUJETOS MAYORES SIN PRESENCIA DE ALTERACIONES DE MEMORIA, CON PRESENCIA DE PÉRDIDA DE MEMORIA ASOCIADA A LA EDAD Y CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

J.C. Millán Calenti<sup>1</sup>, L. Lorenzo López<sup>1</sup>, A. Buján Mera<sup>2</sup>, A. Sánchez Fernández<sup>1</sup>, C. de Labra Pinedo<sup>1</sup> y A. Maseda Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña. <sup>2</sup>Centro Gerontológico La Milagrosa. A Coruña.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento cognitivo informatizado y su efecto sobre el estado cognitivo de una muestra de sujetos mayores de 55 años (N = 101) sin presencia de alteraciones de memoria, con presencia de pérdida de memoria asociada a la edad (PMAE), y con deterioro cognitivo leve (DCL).

**Métodos:** Mediante un diseño pre-post intervención se analizó la ejecución de los tres grupos de participantes en el test de los 7 Minutos (T7M) al inicio y al final del entrenamiento cognitivo mediante un programa informatizado multimedia e interactivo. El entrenamiento cognitivo, de carácter individual, proporcionaba ejercicios cognitivos centrados en las principales áreas cognitivas: memoria, atención, lenguaje, cálculo, razonamiento abstracto, percepción, orientación, y praxias, e incluyó 72 sesiones en total (tres sesiones de 20 minutos por semana) durante 24 semanas.

**Resultados:** Los resultados mostraron incrementos estadísticamente significativos tras el programa de entrenamiento cognitivo en la ejecución de las pruebas de memoria, habilidades visoespaciales y fluencia verbal del T7M independientemente de la edad, el sexo y la educación de los participantes. Únicamente el área de orientación temporal se mostró inafectada por el programa de entrenamiento. Los resultados revelaron, también, que los sujetos mayores sin diagnóstico de alteraciones de memoria, y aquellos con PMAE se beneficiaron más del programa de entrenamiento que aquellos con DCL.

**Conclusiones:** Los incrementos significativos en la ejecución observados demuestran la eficacia del programa de entrenamiento cognitivo informatizado como alternativa no farmacológica eficaz en la clínica para la mejora del estado cognitivo general de los sujetos mayores y posiblemente para retrasar el deterioro cognitivo asociado a la edad.

#### PC-164. FACTORES PREDISONENTES DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

M.D.L.P. García Díaz, K. Thomas, E. Ubis Díez, G. Fabregat y N. Güerre

*Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.*

**Objetivos:** Estudiar la incidencia del delirium en Unidad Geriátrica de Agudos. Analizar los factores precipitantes y predisponente del mismo. Establecer un perfil clínico de paciente de riesgo para contraer delirium.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de los pacientes que ingresan en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca que presentan delirium durante el ingreso en la Unidad de Agudos (UGA). Variables analizadas: sociodemográficas, situación funcional y cognitiva, diagnóstico al ingreso, etiología de delirium, factores predisponentes (comorbilidad, fármacos, contenciones...) caídas, estancia hospitalaria.

**Resultados:** Del total de pacientes 485 pacientes ingresados en UGA, 155 presentaron delirium durante el ingreso (31,95%). De este grupo de pacientes la edad media:  $86,4 \pm 6,23$  años, 52% eran mujeres. El 41% provenían de residencia. El 54,2% al presentaban previo al ingreso deterioro funcional severo (I.B. < 40) y al alta 72,6%. Deterioro cognitivo moderado-severo previo 49% al alta 45, 96%. El 16% presentan elevada comorbilidad (Í. Charlson  $\geq 3$ ). Consumían > 4 fármacos 58,7%. Fallecieron 21%. Con respecto factores predisponentes de delirium detectados destacan: insuficiencia respiratoria 31,8%, ITU 33,1%, malnutrición 26,5%, impacto fecal 23,8%, patología endocrina 20,5%, sondaje vesical 15,9%; consumo de BDZ 42,4%, antidepresivos 30,5%, antiinflamatorios 29,1%, antiarrítmicos 26,5%, NL atípicos 25,8%, anticolinérgicos 25,2%, anticomociales 17,2%, antiparkinsonianos y antimicrobianos 13,2%. El tratamiento para el delirium: NL atípicos: 43,7%, trazodona 31,3%, BZD 31,8%. Cuando disgregamos la muestra en función de la presencia o no de delirium se encontraron diferencias significativas en el grupo de delirium más frecuente sexo masculino, domicilio habitual residencia, peor situacional funcional y cognoscitiva previa y al alta, alteración endocrina y patología neurológica al ingreso, mayor mortalidad, institucionalización y estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** La alta incidencia de delirium en nuestros pacientes, en los que confluyen varios factores predisponentes, por lo que la identificación y actuación sobre estos ayudaría a disminuir la aparición de este cuadro. La edad elevada, el sexo masculino, el deterioro funcional y cognitivo previo, además de la presencia patologías neurológicas, endocrina y malnutrición son factores que contribuyen al desarrollo del cuadro. El síndrome confusional genera mayor carga socio-sanitaria, al aumentar la estancia media y la institucionalización. Y empeora el pronóstico del paciente, aumenta la mortalidad.

#### PC-165. LOS ANCIANOS PROCEDENTES DE RESIDENCIAS TRAS UNA FRACTURA DE FÉMUR: LOS MÁS VULNERABLES

P. Alcalde<sup>1</sup>, E. Delgado Parada<sup>1</sup>, A. Guillén Álvaro<sup>1</sup>, S. Zubiaga López<sup>1</sup> y J.M. Ribera Casado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Granollers. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos:** La fractura de cadera es una causa frecuente de hospitalización en la población anciana asociada a una alta tasa de morbi-mortalidad y deterioro funcional. Nuestro objetivo es evaluar las características diferenciales en la evolución funcional de los ancianos con fractura de cadera que ingresan procedentes de residencias de crónicos, comparándolos con los que proceden del domicilio.

**Métodos:** Estudio observacional de seguimiento de una cohorte de pacientes hospitalizados tras una primera fractura de cadera. El período de estudio oscila entre septiembre 2005 y diciembre 2010. Se recoge información de sus características sociodemográficas, comorbilidad, capacidad funcional, su estado cognitivo, y su destino al alta. Las variables recogen su situación basal, al alta hospitalaria y a los tres meses.

**Resultados:** Se incluyen 689 pacientes. Edad media 84,7 años. Sexo: 523 mujeres (75,9%). Procedencia: domicilio 527 (76,4%), residencia 162 (23,6%). En su situación basal no hay diferencias con respecto a la distribución por sexo, edad, o tipo de fractura. Hay diferencias en la presencia de deterioro cognitivo (domicilio 52%, residencia 82%

( $p < 0,001$ ), demencia (domicilio 28%, residencia 71% ( $p < 0,001$ ), situación funcional medida con el Índice de Barthel (domicilio (media 79 puntos), residencia 52 ( $p = 0,03$ ), en la ambulancia (domicilio 89%, residencia 66% ( $p < 0,001$ ), y en la transferencia (domicilio 88%, residencia 71% ( $p < 0,001$ ). En los dos grupos experimentan un empeoramiento en su evolución funcional, incluso tras haber descontado los pacientes que han fallecido, ya que a los 6 meses de la fractura se aprecia un mayor deterioro funcional en el grupo de población procedente de residencia en las variables analizadas: ambulancia (domicilio 80%, residencia 40%), transferencia (domicilio 82%, residencia 46%), ir al baño (domicilio 70%, residencia 27%), vestirse (domicilio 56%, residencia 16%) todas con una  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Los pacientes procedentes de una residencia tienen un mayor deterioro cognitivo y funcional en todas las actividades analizadas, manteniéndose dichas diferencias a los seis meses de la fractura.

#### PC-166. LA POSTUROGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO ELEMENTO DE MEJORA DEL EQUILIBRIO Y DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES

J.C. Millán Calenti<sup>1</sup>, A. Sánchez Fernández<sup>1</sup>, T. Lorenzo Otero<sup>2</sup>, L. Lorenzo López<sup>1</sup>, C. de Labra Pinedo<sup>1</sup> y A. Maseda Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de A Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. <sup>2</sup>Centro Gerontológico La Milagrosa. A Coruña

**Objetivos:** La caída es un marcador de fragilidad, generador de deterioro crónico del estado de salud y, consecuentemente, predictor de disfuncionalidad y dependencia. Se pretende valorar la eficacia de la plataforma de evaluación y rehabilitación de posturografía dinámica computarizada Neurocom® Balance Master sobre la incidencia de caídas en personas mayores de 65 años e identificar factores de riesgo o protectores vinculados al riesgo de caer.

**Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Medline de los artículos de investigación que utilizasen un posturógrafo como herramienta para medir el equilibrio postural en personas mayores.

**Resultados:** Aproximadamente un 30% de los mayores tienen una caída al año y dicha incidencia es un 50% más alta en las mujeres mayores de 85. Las consecuencias vinculadas al envejecimiento incrementan progresivamente el número de personas institucionalizadas y las caídas son una de las razones de institucionalización, donde el riesgo de caer es 3 veces más elevado que en personas que viven en la comunidad. Uno de los mayores factores de riesgo para caer es la falta de equilibrio postural. La utilización de posturógrafos para dar medidas objetivas en la evaluación de la marcha y equilibrio en personas mayores proporcionan una herramienta útil de predicción y prevención sobre el riesgo a caer. Son sistemas que permiten medir la fuerza que el pie ejerce sobre el plano de apoyo durante la marcha mediante sensores incorporados a la misma conectados a un sistema electrónico de amplificación y registro. Este sistema permite estudiar la valoración de las fuerzas de reacción cuando se camina sobre la placa de fuerza durante la marcha, incluso necesitando ayuda de dispositivos técnicos como bastones o andadores.

**Conclusiones:** Existen pocos trabajos publicados en los que se haya utilizado el posturógrafo Neurocom® Balance Master en personas mayores, lo que abre un campo de investigación novedoso y de gran potencial en el campo de la prevención de caídas. El diagnóstico adecuado mediante posturografía computarizada de los déficits de marcha y equilibrio permite la implantación de programas preventivos y de rehabilitación específicos y personalizados mejorando la calidad de vida e independencia de las personas mayores.



### PC-167. APLICACIÓN DE LA TERAPIA ESPEJO EN PACIENTES AMPUTADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

M.P. Manzano Hernández, M.T. Muñoz Tomás, N. Quilez Salas, P. González García, M. Forcano García y C. Aula Valero  
Hospital San José. Teruel.

**Introducción:** El dolor del miembro fantasma es una experiencia estresante que afecta a más del 90% de los amputados. Las neuronas espejo se activan cuando realizamos una acción o la vemos realizada por otra persona: la utilización del espejo en pacientes amputados proporciona una aferencia visual correcta, corrigiendo la propiocepción del miembro fantasma. La activación de las neuronas espejo en el hemisferio contralateral reduce la actividad de los sistemas que perciben el dolor protopático permitiendo la reorganización de la corteza somatosensorial.

**Objetivos:** Describir los efectos de la terapia espejo aplicada a pacientes geriátricos con amputación de miembro inferior, como técnica analgésica e instrumento para una rehabilitación funcional integral.

**Métodos:** Aplicación de la terapia espejo sobre 3 pacientes ancianos (2V/1M, EM 70'6 años) con dolor de miembro fantasma tras amputación de una pierna. Realizan ejercicios utilizando un espejo vertical parasagital que refleja la pierna sana dando la impresión de integridad de las dos extremidades. Resultados: en la mayoría de casos y publicados la técnica se aplica a pacientes jóvenes cognitivamente intactos. Nosotros la hemos utilizado con pacientes ancianos pluripatológicos, en los tres casos además con afectación afectiva. Los efectos de la intervención han sido: reducción media de 5,7 puntos del dolor neuropático en EVA, y del número de episodios de dolor incidental desde 10-12/día hasta 0 en dos de los casos y 1/semana en el tercero. Reducción del uso de fármacos analgésicos. Aumento de la sensación de control motor, consiguiendo la deambulación autónoma con prótesis y ortesis en los 3 casos. Asimilación de la amputación reflejada en la reducción del uso de benzodiacepinas y antidepresivos. Mejoría funcional al alta, pasando de IB 56,6/100 a IB 86,6/100 al alta.

**Conclusiones:** Nuestros datos apoyan la utilidad del tratamiento del espejo en pacientes ancianos sometidos a amputación de una extremidad inferior, no sólo para control del dolor del miembro fantasma, sino también como instrumento para una rehabilitación funcional global. No obstante, como en otros casos publicados, no podemos valorar qué parte del beneficio puede atribuirse a la reorganización de la corteza somatosensorial, a factores psicosociales o de otro tipo.

### PC-168. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

R. Mas Frigola<sup>1</sup> y M. García González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SARquavitaie Regina. <sup>2</sup>SARquavitaie Jaume Nadal.

**Objetivos:** Conocer y analizar el consumo de antibióticos en nuestros centros y las patologías infecciosas más frecuentes con el fin de establecer protocolos que optimicen el tratamiento empírico.

**Métodos:** Estudio de seguimiento de los pacientes ingresados en 4 centros sociosanitarios SARquavitaie tratados con algún antiinfeccioso durante 3 meses. Variables estudiadas: edad, sexo, tipo de estancia y de infección, antibiótico prescrito, realización o no de antibiograma y número de recidivas. Datos obtenidos a partir del sistema de información asistencial GCR.

**Resultados:** Muestra de 233 personas (44,98% de los pacientes ingresados), 158 mujeres y 75 hombres, de los cuales sólo 44 eran portadores de sonda. Media de edad de 81,5 años. Se detectaron 403 infecciones. Total tratamientos = 715, para los que se usaron 24 antibióticos diferentes. En 106 tratamientos se realizó antibiograma (14,83%), en 500 no se hizo (69,93%) mientras que en los 109 restantes no consta (15,24%). Del total de 403 infecciones, un 46,65% fueron infecciones del tracto urinario (ITU), un 25,06% fueron respiratorias, un 12,40% de piel y tejidos blandos mientras que el 15,89% fueron de otro tipo. En LE el 50,32% sufre ITU, el 24,02% infección

respiratoria y 11,03% de piel y tejidos blandos. En convalecencias el 38,23% sufre ITU, el 27,94% infección respiratoria y 16,17% de piel y tejidos blandos. En paliativos el 25,92% sufre ITU y el 29,62% algún proceso respiratorio. Con 1 antibiótico se trataron el 53,21% de las infecciones, con 2 el 27,89%, con 3 el 15,02% y con más de 3 el 3,86%. Los antibióticos más prescritos fueron las penicilinas (54,52%) y las quinolonas (37,18%). El número de recidivas fue de 10,91% y el número de reinfecciones de 2,48%.

**Conclusiones:** A pesar de los buenos resultados, los laboratorios deberían trabajar en la definición de las sensibilidades y agilizar la entrega de resultados.

### PC-169. PACIENTE CON BUENA RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE VARIOS TUMORES CONSECUTIVOS

N. Fernández Martínez, V. Mazoterías Muñoz, A. González Ramírez, J. Martín Márquez, J. Gil Moreno, N. Parras García de León y G. Martínón Torres

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Objetivos:** Descripción de la evolución de paciente que se interviene de manera consecutiva de varios tumores.

**Métodos:** Mujer de 92 años con antecedentes de HTA y DL, asma bronquial, hemorragia digestiva alta en 2007, Adenocarcinoma de colon operado en 1997, adenocarcinoma de endometrio en 2002, neoplasia vesical en 2006 (RTU). Situación basal: Barthel de 90/100, 1/5 CRF, Pfeiffer de 0 errores, 0/5 CRM, y es soltera sin hijos viviendo con su hermana, buen apoyo de sobrinos. Ingres por cuadro de dolor y distensión abdominal junto con vómitos oscuros. Su ritmo intestinal alterna episodios de diarrea y otros de estreñimiento

**Resultados:** Analítica: hemograma: leucocitos 7.300 con desviación izquierda, Hb 10, Hct 31,5%, VCM 79, plaq 388.000, glu 128, urea 118, cr 2,1, K 5,1 TAC abdominal: cuadro oclusivo/suboclusivo por infiltración tumoral o inflamatoria ileo-cólica en región inguinal derecha. Tres nódulos hipercaptantes en vejiga, a descartar recidiva tumoral. Colonoscopia: neoformación estenosante a 95 cm del margen anal. Anatomía patológica: adenocarcinoma. La paciente ingresa con cuadro de suboclusión intestinal que va progresando hasta la oclusión completa, de manera que es programada para intervención quirúrgica por parte del servicio de cirugía. El postoperatorio cursa sin complicaciones, iniciando tránsito intestinal lo que permite introducir alimentación oral. Con respecto a la posible recidiva del tumor vesical se decide no tratar puesto que no da síntomas. La paciente permanece 37 días ingresada con un deterioro funcional importante: Barthel 35/100, 3-4/5 CRF. A los 3 meses: es de nuevo independiente para ABVD, deambula autónoma, sube escaleras sola y presenta bolsa de colostomía que no maneja sola (Barthel 90/100, 1/5 CRF). Ha presentado un episodio de hematuria que requiere ingreso, confirmando la recidiva de tumor vesical, con lavados vesicales queda asintomática, decidiendo tratamiento conservador, sin mostrar pérdida funcional en este ingreso

**Conclusiones:** 1. La presencia de varios tumores primarios en un mismo paciente sugiere la existencia de un posible trasfondo genético. 2. El abordaje multidisciplinar de estos pacientes frágiles con la visión de un geriatra hacen posible que los resultados de los tratamientos y abordajes realizados ofrezcan mayores beneficios.

### PC-170. PANICULITIS MESENTÉRICA

V. Mazoterías Muñoz, A. González Ramírez, N. Fernández Martínez, J. Martín Márquez, G. Martínón Torres, J. Gil Moreno y N. Parras García de León

Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

**Objetivos:** Mujer de 81 años acude al SUH por dolor abdominal de 24h de evolución, intermitente con náuseas y vómitos asociados.

**Métodos:** AP: No RAMC. FRCV: HTA, obesidad troncular y dislipemia. S. BASAL: IABVD e instrumentales, Lawton 8, CRF 0/5, Barthel 100/100. No presentaba déficit cognitivo, CRM 0/5. Casada, vivía con esposo. Tratamiento actual: simvastatina 20 mg/24h, ibuprofeno/8h, omeprazol 20 mg/24h, enalapril 20 mg/24h. E. física: TA 155/70, afebril, C y O en tres esferas, obesidad troncular. Abdomen: pániculo adiposo con dolor difuso a la palpación profunda sin datos de irritación peritoneal. Resto anodino. P. complementarias: Analítica: leucos 18,1 (N87%), Hb 12,3, creatinina 1,2, urea 74, LDH 206. Iones, coagulación, B12, fólico, hormonas tiroideas, proteinograma y marcadores tumorales normales. ECG y Rx de tórax: sin alteraciones. Rx de abdomen: fecaloma rectal y gas distal. Ecografía abdominal: limitada por meteorismo y obesidad. TAC de abdomen con CIV: datos de inflamación crónica con ganglios mesentéricos < 5 mm y masa grasa bien delimitada que envuelve vasos mesentéricos y ganglios linfáticos "signo del anillo graso" en región del sigma.

**Resultados:** Presenta una afección infrecuente llamada paniculitis mesentérica a nivel de colon sigmoideo. Se descarta patología neoplásica abdominal y se inicia tratamiento con corticoterapia a dosis de 1 mg/kg/día junto con antibioterapia empírica. Presentó mejoría clínica progresiva con imágenes de control dos meses después apreciándose una disminución de la afectación grasa, del tamaño y número de las adenopatías mesentéricas, sin precisar tratamiento inmunosupresor.

**Conclusiones:** La paciente presenta una afección infrecuente llamada paniculitis mesentérica a nivel de colon sigmoideo que consiste en inflamación crónica del tejido adiposo mesentérico. Es frecuente en mujeres entre 60 y 80 años, a veces como hallazgo casual y de causa incierta y otras veces asociada a vasculitis, infecciones, traumatismos, enfermedades reumáticas, pancreatitis, patologías malignas o causa idiopática. Más frecuente que afecte al mesenterio de intestino delgado con estenosis y dilatación de asas. Cuando afecta al grueso es más común en recto y sigma, cursando con fiebre y estreñimiento. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y por imágenes de TAC, el definitivo es histopatológico.

#### PC-171. ¿LUMBALGIA CRÓNICA?

R.A. Pérez Giner, M. Abdilla Bonías y F.J. Tarazona Santabálbina  
*Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia.*

**Caso clínico:** Mujer, 75 años, ingresa por lumbalgia crónica con exacerbación del dolor. Antecedentes personales: hipertensión arterial, espondilolistesis a nivel de L4-L5. Intervenido de prótesis total de cadera izquierda por coxartrosis un año antes sin incidencias. Exploración clínica: dolor lumbar irradiado a cadera derecha. El dolor aumenta con movilizaciones. Ingresa para estudio en servicio de Neurocirugía con apoyo clínico de la Unidad Geriátrica de Agudos Quirúrgicos. Durante el ingreso no se observan hallazgos patológicos en radiografías de caderas, columna lumbosacra y RMN lumbar. Se solicita RMN de ambas caderas apreciándose una masa sólida en cuello femoral derecho. Los hallazgos son compatibles con patología tumoral. Diagnóstico diferencial: neoplasia primaria, mieloma múltiple, linfoma, fibrosarcoma o histiocitoma fibroso maligno. La paciente se traslada al servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica manteniéndose el apoyo geriátrico. Se solicitan nuevas pruebas complementarias: proteína de Bence-Jones en orina, electroforesis en sangre y orina y biopsia de médula ósea con resultado negativo. Se realiza gammagrafía ósea que muestra aumento de la reacción osteogénica en la articulación coxo-femoral derecha. Se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico y de caderas observándose una fractura patológica en el cuello femoral sobre la lesión ósea descrita. Se realiza resección quirúrgica de la lesión, resecándose cuello y metáfisis proximal de fémur y se coloca una prótesis tumoral. Se remiten muestras a microbiología y a anatomía patológica. El estudio anatomopatológico describe un carcinoma de bajo grado de origen desconocido con metástasis ósea única en cadera con estudio inmunohistoquímico

positivo para cromogranina A. En Octreoscan para receptores de somatostatina se observa depósito focal del trazador en la región epigástrica compatible con la existencia de un tumor neuroendocrino con expresión de receptores de somatostatina. Se aprecia un segundo depósito en L5-S1 derecha. En la actualidad la paciente está totalmente asintomática con buena evolución clínica tras la resección de la zona tumoral y colocación de prótesis tumoral en cadera derecha.

**Discusión:** Dificultad en el diagnóstico precoz de tumores neuroendocrinos. El abordaje interdisciplinar facilita el diagnóstico definitivo el cual se alcanzó en este caso tras la cirugía.

#### PC-172. DAPTOMICINA EN EL TRATAMIENTO DE CHOQUE DE CELULITIS GRAVE CON NECROSIS SUBCUTÁNEA EXTENSA

A. González Ramírez, V. Mazoterías Muñoz, J. Martín Márquez, N. Fernández Martínez, G. Martínón Torres, N. Parras García de León y J. Gil Moreno  
*Hospital General. Ciudad Real.*

**Objetivos:** Las infecciones de piel y partes blandas son la tercera causa más frecuente de infección, tras las urinarias y respiratorias. Son más habituales en ancianos tanto por cambios fisiológicos en los tejidos afectados como por coexistencia de múltiples estados patológicos que actúan como factores de riesgo. Presentamos el caso de una octogenaria con una celulitis de evolución tórpida en la que el tratamiento antibiótico adecuado y el seguimiento ambulatorio posterior fueron claves para una resolución satisfactoria.

**Métodos:** Mujer de 87 años de edad y antecedentes de NRAMC. HTA y DM tipo 2 en tratamiento farmacológico. Miocardiopatía hipertensiva estable, con FEVI preservada. Poliartrosis. Barthel 80/100. Katz C. Deambulación independiente sin ayudas técnicas. Sin deterioro cognitivo. Acude a urgencias por celulitis en tercio distal de miembro inferior derecho. Analítica: Leuc 12,7 (N81,6%), Cr 0,6, Urea 45, PCR > 20, VSG 124, CPK 11. Lenta evolución con antibioterapia empírica con amoxicilina y clindamicina. Con normalización analítica pero persistencia de febrículas y signos locales de infección, se amplía cobertura a daptomicina, con buena evolución posterior.

**Resultados:** Celulitis severa en tercio distal de MID con edema asociado y extensa capa indurada de aspecto fibrinoide en cara posterior, con piel denudada y equimótica. Tras exéresis, úlcera geográfica de 20 x 9 cm con bordes arregenerativos, lecho fresco escasamente exudativo, con persistencia de esfacelos superficiales. Se aportan imágenes del seguimiento de la úlcera durante los nueve meses posteriores hasta su resolución.

**Conclusiones:** La daptomicina ha demostrado su actividad frente a una gran variedad de patógenos grampositivos. Respecto a las infecciones en partes blandas, no ha demostrado diferencias significativas en la eficacia clínica o erradicación microbiológica al compararse con vancomicina y penicilinas isoxazólicas, pero su curación es significativamente más rápida, lo que tiene su importancia en infecciones rápidamente progresivas. Se necesita ajustar la dosis en pacientes con CICr < 30 ml/min, dada su eliminación fundamentalmente por vía renal. Se recomienda precaución durante el uso concomitante con AINEs, inhibidores de la COX-2 u otros fármacos que utilicen dicha vía. Se han observado incrementos de los niveles de la CPK, recomendándose medir niveles de la misma al inicio de la terapia y a intervalos regulares.

#### PC-173. COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA: MIELOPATÍA CERVICAL ASOCIADA A POLINEUROPATÍA SENSITIVO-MOTORA

C.O. Minea, F.A. Quiñones Bareiro, M.S. Chiriboga Lozada, F. Rowlands, A. Blanco Orenes y A. Escolante Melich  
*Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Introducción:** La enfermedad degenerativa del segmento móvil vertebral es la combinación de la enfermedad degenerativa del disco

intervertebral y de los procesos articulares con la formación de pinzamientos, osteofitos, que en última instancia estrechan el canal raquídeo y los funículos, pudiendo producir una radiculopatía y/o mielopatía cervical.

**Caso clínico:** Varón de 82 años previamente independiente, hipertenso, diabético, dislipidémico y con antecedente de enfermedad renal crónica estadio III, presenta cuadro subagudo de tres semanas de evolución de pérdida de fuerza progresiva en las cuatro extremidades, de predominio crural con empeoramiento en los últimos días hasta imposibilitarle la deambulaci3n. Asocia sensaci3n de adormecimiento en miembros superiores e inferiores que ha ido empeorando en los últimos días así como sensaci3n de descarga eléctrica que se irradia desde zona cervical en direcci3n caudal hacia zona dorsal. En la exploraci3n neurol3gica destaca Fuerza: miembros superiores distal 4/5 y proximal 3/5; miembro inferior derecho 3+/5 e izquierdo 3/5, ROTs abolidos en extremidades inferiores y miembro superior derecho, +/++++ miembro superior izquierdo; RCP extensor izquierdo; no valorable derecho por amputaci3n falanges; sensibilidad: hipoestesia con nivel en D4-D5; signo de Lhermitte positivo. Ante un cuadro de tetraparesia a estudio se solicita RMN que confirma el diagn3stico de estenosis de canal cervical al nivel C6-C7 con mielopatía asociada. Lo que sigue sorprendiendo es el balance asimétrico de la fuerza distal/proximal en miembros superiores y la clínica de primera motoneurona motivo por cual se amplía estudio con EMG informada como polineuropatía sensitivo-motora moderada, sin criterios de desmielinizaci3n, compatible con etiología metabólica o tóxica así como síndrome del túnel carpiano derecho y una neuropatía cubital derecha a nivel del codo.

**Conclusiones:** Debido a la complejidad que existe en los pacientes ancianos por su pluripatología a la hora de plantear un diagn3stico, es fundamental realizar una buena anamnesis y examen físico sin dejar de tener en cuenta que en el mismo paciente pueden coexistir dos patologías distintas. Asimismo, lo interesante de nuestro paciente es la asociaci3n de polineuropatía metabólica secundaria a enfermedad diabética y renal a la patología de canal cervical.

#### PC-174. ENDOCARDITIS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN LANZAROTE

J.M. Venegas Romero, J.F. Lluch Perales y D.C. Peña Uruaño  
*Hospital Insular de Lanzarote.*

**Objetivos:** Conocer características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la endocarditis infecciosa (EI) en poblaci3n geriátrica.

**Métodos:** Hemos realizado un estudio descriptivo - retrospectivo analizando historias clínicas de pacientes ingresados en nuestro centro > 65 años, que cumplieran criterios diagn3sticos de EI. Los datos fueron recogidos de las historias de ingreso, hospitalizaci3n y revisiones en consultas.

**Resultados:** Desde el 2000 al 2009 ingresaron en nuestro centro 24 pacientes que cumplieran criterios de EI. La edad media fue 69,5 años, alrededor de 2/3 partes (70,8%) varones. El factor de riesgo predominante fue la patología valvular, seguida de dispositivos intravasculares. El síntoma predominante fue la fiebre (79%) seguida de insuficiencia cardíaca (41,6%). Los gérmenes más habituales fueron los cocos gram-positivos: Enterococo faecalis (25%), S. aureus (25%), de los que 75% fueron meticilín-resistentes, en tercer lugar S. epidermidis. Más de una tercera parte (37,5%) precisó cirugía. La evoluci3n posterior resulta complicado ya que, al realizar la cirugía en otra isla del archipiélago ha sido difícil el seguimiento posquirúrgico. De aquellos pacientes de quienes disponemos de todos los datos, 4 de ellos (16,6%) fallecieron de complicaciones relacionadas con el proceso.

**Conclusiones:** Si bien la EI no es patología con alta incidencia en la poblaci3n general, debido al cambio en los factores de riesgo de la poblaci3n (< de drogadicci3n intravenosa, > esperanza de vida) es cada vez más frecuente en poblaci3n geriátrica. La mayor tasa de

ingresos en esta poblaci3n hace también más frecuente la manipulaci3n de vías y accesos cutáneos que favorecen la bacteriemia. Coincidimos con otros estudios en que el género que afecta más frecuentemente a la poblaci3n geriátrica es estreptococo, aunque existe diferencia entre especies resultando más frecuente el enterococo a diferencia de otras series donde era epidermidis. La mortalidad de esta patología a pesar de los avances en el tratamiento, continua siendo elevada (16,6%) en nuestra serie. Teniendo en cuenta el incremento de la edad de la poblaci3n y las complicaciones, debemos incidir en el diagn3stico más temprano, y agresivo para evitar retrasos en el tratamiento.

#### PC-175. ELEVACI3N DEL ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) EN UNA PACIENTE DE 78 AÑOS CON CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES

F. Rowlands, A. Blanco Orenes, F. Madruga Galán,  
H. González Paulín, R. Rivas Espinoza, O. Toledo Sánchez y C. Minea  
*Hospital Virgen del Valle. Toledo.*

**Introducci3n:** El CEA es un marcador tumoral habitualmente relacionado con patología maligna colorectal, sin embargo puede elevarse también en algunas patologías benignas y en los tumores neuroendocrinos, donde se incluye el carcinoma medular de tiroides.

**Caso clínico:** Mujer de 78 años con antecedentes de HTA, artritis reumatoide y colecistectomía tras colecistopancreatitis litiasica. En tratamiento con prednisona, leflunomida, calcio, vitamina D, omeprazol, higrotona y amitriptilina. En estudio por nuestro servicio de forma ambulatoria y en hospitalizaciones desde hace dos años por cuadro de anemia ferropénica, síndrome constitucional, dolor abdominal, episodios de diarrea alternos con estreñimiento y elevaci3n persistente del CEA. Se realizaron durante este período ecografía abdominal, estudio gastroduodenal, gastroscopia, colonoscopia (dos veces), colonoscopia virtual (dos veces), TAC toracoabdominal (dos veces), mamografía y ecografía tiroidea, sin evidencia de patología neoplásica subyacente. Por persistencia del cuadro, se amplía estudio con body TAC, observándose un nódulo en lóbulo tiroideo derecho y adenopatías cervicales y supraclaviculares. Se realiza PAAF de adenopatía, que muestra escasos grupos papilares, sugestivo de metástasis de tumor papilar. En analítica, se observa además una elevaci3n de la calcitonina sérica. Se procede a tiroidectomía total y vaciamiento del compartimiento central del cuello y cervical lateral derecho. El diagn3stico anatomopatológico corresponde a un carcinoma medular de tiroides. El cuadro de diarrea y dolor abdominal, se resolvió tras suspender tratamiento con leflunomida durante el último ingreso.

**Discusi3n:** Presentamos el caso de una paciente con elevaci3n persistente del CEA, secundaria a un carcinoma medular de tiroides. La clínica digestiva, que orientó el estudio inicialmente a descartar malignidad gastrointestinal, estaba relacionada con el tratamiento con leflunomida. Ante la elevaci3n persistente del CEA sin aparici3n de etiología digestiva, se deben descartar otras entidades tales como los tumores neuroendocrinos.

#### PC-176. INCONTINENCIA FECAL SECUNDARIA A INSUFICIENCIA PANCREÁTICA

H.A. González Paulín, R.E. Rivas Espinoza, O.J. Toledo Sánchez,  
F.G. Rowlands, F.A. Quiñonez Bareiro, F. Madruga Galán  
y A.J. Blanco Orenes  
*Hospital Virgen del Valle. Toledo.*

**Introducci3n:** La insuficiencia pancreática es una de las principales consecuencias de las enfermedades pancreáticas que conducen a una pérdida de parénquima pancreático, obstrucci3n del conducto pancreático principal, la disminuci3n de la estimulaci3n del páncreas. Además, las resecciones quirúrgicas gastrointestinales y pancreáticas

son causas frecuentes. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, esteatorrea y desnutrición.

**Caso clínico:** Varón de 83 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de 1 mes de evolución de aumento de edemas en MMII y parcialmente en MMSS, que se ha ido instaurando de forma progresiva, sin aumento de disnea, disminución del ritmo de diuresis, dolor torácico o episodios de DPN. El paciente presenta un cuadro de alteración del ritmo intestinal de aproximadamente 7 años de evolución, con estreñimiento leve y despeno diarreico con incontinencia fecal secundaria, con heces acólicas y pérdida de peso progresiva de más de 5 Kg en los últimos 6 meses, sin astenia o anorexia, incluso aumento del apetito. En seguimiento por Digestivo. Presenta episodios de descompensación diabética con hipoglucemias frecuentes, sintomáticas e hiperglucemia posterior de hasta 500 mg/dl de meses de evolución, sin otro síntoma acompañante. Actualmente se encuentra sin tratamiento insulínico. Con antecedentes de EPOC, diabetes mellitus, HTA y quirúrgicos de apendicectomía, colestectomía y duodenectomía de L-L en 1984 e incontinencia fecal que le limita la deambulación y las ABVD. A la exploración se objetivó caquexia y edemas en miembros inferiores hasta rodillas. En la analítica destacaba un déficit de albumina (1,9) y proteínas totales de 5,8 con un proteinograma Alb 31,9, Alfa1 5,9, Alfa2 11,4, Beta 50,8. TC abdominal: hígado con atrofia lóbulo hepático derecho. Aerobilia. Bazo con tamaño normal, patrón densitométrico homogéneo, no se observan lesiones focales. Atrofia glándula pancreática. Suprarrenales sin hallazgos. Buena eliminación del contraste por ambos riñones sin dilatación de vía excretora. No se observan masas retroperitoneales o pélvicas.

**Discusión:** La insuficiencia pancreática exocrina se desarrolla en la mayoría de los pacientes después de la gastrectomía parcial o total y duodenopancreatectomía. En este paciente se desarrolló paulatinamente a lo largo de los años causándole incontinencia fecal y deterioro funcional secundario.

#### PC-177. EROSIONES VERTEBRALES EN OCTOGENARIOS SECUNDARIAS A ANEURISMA AÓRTICO TORÁCICO ASINTOMÁTICO

J. Martín Márquez, A. González Ramírez, N. Fernández Martínez, V. Mazoterías Muñoz, G. Martínón Torres, J. Gil Moreno y N. Parras García de León  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

**Introducción:** Presentamos un caso de aneurisma aórtico torácico como hallazgo accidental en el preoperatorio por fractura de cadera.

**Caso clínico:** Varón de 83 años con AP de HTA, FA crónica anticoagulada y glaucoma que ingresa tras caída accidental presentando fractura basicervical de fémur izquierdo, sin otra sintomatología acompañante. Tratamiento habitual: acenocumarol, flecainida, enalapril, taluprost colirio. Situación basal: Barthel 80/100. No deterioro cognitivo. Viudo, vive solo. Exploración física: Acortamiento y rotación externa de MII. Sin otros datos a destacar. Pruebas complementarias: ecocardiograma: imagen de 7 cm compatible con aneurisma de Ao descendente de gran tamaño. TAC toracoabdominal: Aneurisma de aorta torácica con diámetro de 4,5 cm de diámetro, visualizándose trombo mural que se extiende desde L11 hasta L2 produciendo una erosión de los cuerpos vertebrales de D11 y D12. Fractura de cadera izquierda. Signos degenerativos en columnas dorso-lumbar. Evolución y comentarios: Ingresa tras fractura basicervical de fémur izquierdo para tratamiento ortopédico definitivo. En la valoración por Sº de Anestesiología se realiza ecocardiograma objetivando aneurisma de aorta torácica que se confirma por TAC en el que destaca la erosión de los cuerpos vertebrales D11-D 12. Es valorado por el Sº de Cirugía Vascular quien informa al paciente y a la familia de los hallazgos y del alto riesgo quirúrgico para tratamiento ortopédico y se recomienda seguimiento en C. externas de Cirugía Vascular una vez dado de

alta para reevaluar cirugía del aneurisma. Es intervenido mediante la colocación de prótesis parcial tipo Thompson sin presentar complicaciones en el postoperatorio es dado de alta, ingresando en una estancia temporal para continuar tratamiento rehabilitador.

**Discusión:** Los aneurismas de aorta cada vez se diagnostican más en estudios de imagen realizados por otras indicaciones. Los riesgos de los asintomáticos y por tanto no tratados incluyen rotura de la aorta y la disección que llevan asociada una alta morbilidad y mortalidad. Aquellos que producen erosiones vertebrales son raros y potencialmente fatales. El mecanismo más frecuente de erosión es por el carácter pulsátil continuo del aneurisma sobre las vértebras.

#### PC-178. HIPERPLASIA GINGIVAL DE ORIGEN FARMACOLÓGICO INFRECUENTE

Y. Ramírez de Los Santos, A. Castillo Corporán, E.A. Torres Casanova, F.J. Saldívar Alarcón, R. López Pérez y A. González Ramírez  
*Hospital General. Ciudad Real.*

**Objetivos:** La hiperplasia gingival (HG) se ha descrito como efecto farmacológico adverso frente a multitud de sustancias tales como antiepilépticos (fenitoína), inmunosupresores (ciclosporina) y antihipertensivos (calcioantagonistas). Respecto a estos últimos, la HG es un efecto secundario clásico del nimodipino, con cifras de prevalencia variables entre el 7 y el 20%, aunque también descritas para verapamilo, diltiazem y, en menor medida, nitrendipino, fenidipino y amlodipino. Presentamos el caso clínico de una hiperplasia gingival en el anciano secundaria a este último.

**Métodos:** Varón de 77 años que acude a su médico de atención primaria por sensación de cuerpo extraño interdental y dificultades crecientes en la ingesta. Situación basal: Barthel 95/100. Katz B. Deambulación independiente sin ayudas técnicas. Sin deterioro cognitivo. HTA en tratamiento con amlodipino 10 mg/día desde hace 2 años. ACVA hemorrágico hace 8 años sin secuelas, sin otros antecedentes de interés.

**Resultados:** Marcado agrandamiento gingival de predominio maxilar inferior, de consistencia firme, con cobertura parcial de las coronas, sin sangrado ni presencia de placa bacteriana (se aporta iconografía del caso). La anatomía patológica muestra epitelio pavimentoso con marcada hiperplasia, corion con angiectasias, fibrosis y tejido inflamatorio (cambios compatibles con HG). Gingivectomía parcial a cargo de Cirugía Maxilofacial, con cambio de antihipertensivo y resolución completa posterior de las lesiones.

**Conclusiones:** Dentro del diagnóstico diferencial de la HG se incluyen la gingivitis hiperplásica idiopática, la hiperplasia inducida por fármacos, las alteraciones hormonales, fibromatosis, el absceso o los procesos neoplásicos. Aunque la intervención quirúrgica esté indicada, es preciso realizar un tratamiento individualizado y tener siempre presente que la persistencia del agente etiológico suele producir recurrencia, por lo que es importante la erradicación del mismo en caso de ser conocido. El mecanismo patogénico de la HG por calcioantagonistas parece ser múltiple, destacando la alteración del flujo de la bomba  $Ca^{++}/Na^{+}$  a nivel fibroblástico, con disminución de la captación de ácido fólico y déficit de producción de la enzima activadora de colagenasa posterior; también se han descrito potenciales cambios hormonales (por andrógenos inducidos por calcioantagonistas). La concurrencia de inflamación, mala higiene bucal y factores genéticos predisponentes podrían aumentar la susceptibilidad individual.

#### PC-179. VASCULITIS SISTÉMICA EN PACIENTE ANCIANO

B. Alvira Rasal, A. Jiménez Rodríguez, E. García Gómez, M. Herrera Abián, F. Soria Perdomo y G. Megías Baeza  
*Hospital Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.*

**Caso clínico:** Paciente de 86 años que acude a urgencias por un cuadro compatible con IC el contexto de una infección respiratoria.

AP: HTA; Portador de marcapasos por FA lenta; mononeuritis múltiple de predominio axonal en MMII de grado moderado-severo con estudio completado, de etiología no aclarada. SB: F: IABVD, realiza algunas instrumentales, doble continente, deambula con un bastón, Barthel 95, Lawton 4. M: sin deterioro cognitivo. S: vive con su esposa. EA: el paciente ingresa en planta con tratamiento antibiótico y diurético, con mejoría clínica progresiva que no se correlaciona paralelamente con mejoría radiológica ni a la exploración; al ingreso presenta lesiones ampollas y purpúreas en extremidades que no se biopsian, y se etiquetan y tratan como penfigoide ampolloso; al cuarto día de ingreso presenta un episodio de hemoptisis franca por lo que se solicita un TAC de tórax, con imágenes compatibles con hemorragia alveolar difusa; se inicia el estudio completo, detectando anemia, trombopenia, empeoramiento de función renal, y niveles de C-ANCA elevados, por lo que, ante la alta sospecha de Vasculitis sistémica, se inició tratamiento con esteroides, con mejoría tanto clínica como radiológica, siendo dado de alta con tratamiento esteroideo a dosis de 1 mg/kg. Un mes después reingresa por empeoramiento respiratorio, del patrón intersticioalveolar bilateral y derrame pleural a pesar del tratamiento con corticoides, por lo que se decide iniciar bolos de ciclofosfamida. Se logra estabilización de los síntomas respiratorios, aunque al alta presenta importante deterioro funcional, con un Barthel de 30; en los meses siguientes presenta empeoramiento progresivo de su insuficiencia respiratoria, falleciendo finalmente en la residencia donde había sido institucionalizado.

**Discusión:** Las vasculitis sistémicas son enfermedades raras en mayores de 80 años; en nuestro paciente, la hemorragia alveolar difusa, insuficiencia renal, mononeuritis múltiple, lesiones dermatológicas posiblemente compatibles y ANCA positivos, nos lleva a hacer el diagnóstico diferencial entre las tres Vasculitis Sistémicas de Pequeño Vaso compatibles con este cuadro que son la granulomatosis de Wegener, el sd de Churg Strauss y la poliarteritis microscópica, no siendo posible el diagnóstico de certeza por no tener comprobación histológica, pero respondiendo inicialmente al tratamiento adecuado combinado con corticoides y ciclofosfamida.

#### PC-180. ACTUACIÓN EN FASCITIS NECROTIZANTE

E. de Haro Moya, M.E. Reina García, G. Martín Torres, A.B. Fernández-Bermejo Raez, Y. Jiménez Castellanos, C. Trujillo García y M. Padilla Morales  
Hospital General Universitario. Ciudad Real.

**Caso clínico:** Mujer de 76 años, antecedentes de HTA, DM tipo 2, FA crónica, ACV isquémico frontal derecho y encefalopatía de pequeño vaso. Ayuda para ABVD, deambulación autónoma torpe (Barthel 60/100). Deterioro cognitivo leve de perfil vascular. Vive con una hija. Derivada desde UCI por shock séptico de probable origen urológico. Los días previos en domicilio miembro inferior derecho con edema, inflamación, dolor y calor en probable relación con celulitis, con rápida evolución a lesiones ampollas y posteriormente áreas francas de gangrena. Las zonas afectadas estaban desensibilizadas, todo compatible con fascitis necrotizante. En los cultivos del exudado se aísla *Pseudomona aeruginosa*. Se inicia tratamiento antibiótico sistémico con vancomicina, imipenem y clindamicina. Diariamente curas locales exhaustivas según lo descrito.

**Objetivos:** Eliminar el tejido necrótico del lecho ulceral, como paso previo para conocer el estado real de la lesión y facilitar la cicatrización de ésta. Control de la carga bacteriana para favorecer el avance de la herida hacia la cicatrización. Control del dolor y fiebre para mejorar la calidad de vida del paciente.

**Métodos:** Limpieza de la herida con suero fisiológico, a continuación utilizaremos cepillos jabonosos de povidona yodada y de nuevo limpieza con suero fisiológico.

Se combinan tres tipos de desbridamiento: desbridamiento cortante pero conservador (no agresivo), ya que la paciente esta anticoagulada y puede existir riesgo de hemorragia. Tras eliminar con el bisturí la parte más superficial del tejido necrótico, se aplica suero fisiológico, metronidazol, de nuevo suero fisiológico y por último clostridiopeptidasa y proteasa e hidrogel, que combinan desbridamiento enzimático y autolítico. Se realizan curas diarias durante seis días. Debido a los signos de infección y a la alta carga bacteriana se comienza a utilizar apósitos de plata y desbridamiento cortante durante siete días más.

**Resultados:** Con la combinación de apósitos antimicrobianos (plata), desbridamiento cortante y antibióticos sistémicos, controlamos una posible diseminación de la infección (se aporta iconografía).

**Conclusiones:** Con el tratamiento hemos logrado en trece días el control de la infección y la fiebre. Tras el alta hospitalaria se deriva a su equipo de atención primaria para la continuidad del tratamiento y cuidados según sus protocolos.

#### PC-181. DISFAGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CÁNCER PULMONAR EN PACIENTE CON DEMENCIA VASCULAR

R. Martínez Ripol<sup>1</sup>, N. Martí Triguero<sup>1</sup>, O.L. Díaz Crombie<sup>1</sup>, L. Martín Muñoz<sup>2</sup>, R. Aa Qanneta<sup>2</sup> y A. Gotor Olabarria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sanitario Francolí. Tarragona. <sup>2</sup>Hospital Joan XXIII. Tarragona.

**Introducción:** La disfagia se refiere a cualquier anomalía en el proceso de deglución, durante el transporte del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago. La disfagia se puede clasificar en disfagia orofaríngea: las causas más frecuentes son las mecánicas y obstructivas, especialmente los tumores de la esfera ORL. También son causa frecuente de disfagia los trastornos neuromusculares destacando los accidentes cerebro-vasculares, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, y miastenia gravis. Disfagia esofágica la causa más frecuente son tumores y esofagitis. Aunque la patología mediastínica, en especial el cáncer pulmonar puede causar disfagia esofágica, no suele ser uno de los síntomas predominantes.

**Caso clínico:** Paciente varón de 87a. Antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica accidente cardiovascular isquémico en arteria carotídea media derecha, hemiparesia izda (2010) demencia, no disfagia previa, exfumador. Ingresa en nuestro centro para estudio de disfagia de aparición reciente, menos de 1 mes, sin presentar sintomatología respiratoria previa. La exploración física revela: edema en cara y extremidad superior izda, auscultación pulmonar: hipofonesis en pulmón derecho, Disfagia a néctar, líquidos y grandes volúmenes de pudín. Rx tórax; tumoración que ocupa gran parte lóbulo superior derecho. TAC: gran neoplasia del LSD infiltración del mediastino, trombosis venosa de cava superior y ambos troncos braquicefálicos.

**Discusión:** La valoración del paciente con disfagia cuando ésta sea de aparición aguda es fundamentalmente clínica. Es importante valorar el tipo de disfagia (para sólidos, líquidos), presencia de atragantamiento, pérdida de peso, sangrado. Realizar analítica completa, exploración física exhaustiva, radiografía de tórax y un tránsito digestivo superior si es preciso. En nuestro caso se realizó radiografía de tórax que mostró la presencia de una masa pulmonar en lóbulo superior derecho que se confirmó por TAC con infiltración del mediastino, trombosis venosa de cava superior y ambos troncos braquicefálicos. Dada la edad avanzada del paciente se decidió realizar tratamiento conservador. El cáncer de pulmón puede debutar con disfagia aunque no sea la presentación inicial más frecuente. En el paciente con demencia las causas más frecuentes de disfagia son las neurovasculares.

### PC-182. DIABETES INSÍPIDA CENTRAL EN EL ANCIANO: ANÁLISIS DE UN CASO

R. Gómez Cortijo<sup>1</sup>, A. Castellarnau Font<sup>1</sup>, P. Flotats Dam<sup>1</sup>, D. Cubí Montanyà<sup>1</sup> y E. Colomé Tatche<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sant Andreu. Manresa. Barcelona. <sup>2</sup>Fundació Althaia. Manresa. Barcelona.

**Caso clínico:** Paciente varón de 82 años, que ingresa para convalecencia post-sepsis por isquemia cecal (resección ileoceal y anastomosis manual terminolateral). Durante estancia en Agudos presentó neumonía basal derecha e íleo paralítico. Al ingreso destacaba: poliuria de unos 3 litros al día, polidipsia (refiriendo ingestas de 4-5 litros de agua/día) y extrema sensación de sed. Según el paciente el inicio fue inmediato a la intervención quirúrgica. Se remite a Endocrinología, realizándose test de deshidratación. Analítica basal: Na pl: 143, osm pl 293 y osm u 333. A las 12 horas: Na pl 146, osm pl 299 y osm u 166. Se administran 2 µg de desmopresina endovenosa. Diuresis: 1.100 ml/4horas. Ante la sospecha de DI central se inicia desmopresina oral 0,1 mg /12h, con clara mejoría de la clínica. Se realiza RMN craneal que muestra imagen pseudonodular de 5 mm en neurohipófisis posterior.

**Discusión:** El diagnóstico de la DI central se plantea ante un paciente con poliuria y polidipsia, y supone excluir previamente otras causas de poliuria osmótica (hiperglicemia, hipercalcemia, nefropatía pierde sal). El comienzo súbito sugiere DI central, sobre todo después de cirugía o traumatismo del área hipotálamo-hipofisaria. Cuando el origen es más gradual se sospechará DI nefrogénica o polidipsia primaria. En la DI central existe una deficiente secreción de AVP, con poliuria hipotónica, densidad y osmolalidad urinarias bajas y osmolalidad plasmática normal o ligeramente alta. Los valores plasmáticos de Na son ligeramente elevados. En la DI nefrogénica existe secreción anormal de AVP, pero existe un grado variable de resistencia renal a su efecto. La AVP plasmática es inadecuadamente alta respecto a la osmolalidad urinaria. La prueba diagnóstica básica a realizar para confirmar diagnóstico de DI central es el test de deshidratación. Se recomienda exploración morfológica de la región hipotálamo-hipofisaria (RMN craneal) para completar diagnóstico etiológico. En la DI central la desmopresina es el tratamiento de elección. Es un análogo sintético de la vasopresina, que actúa selectivamente sobre los receptores V-2. El riesgo de la vasopresina es la hiponatremia, por retención hídrica, con dosis altas. Por tanto, debe darse la dosis mínima eficaz.

### PC-183. CÁNCER DE CIEGO OBSTRUCTIVO EN PACIENTE CENTENARIA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA

C. Cerdán Santacruz, M. Vigara García, M. Ortega López, C. Gala Serra, N. Cervantes Juárez y J. Cerdán Miguel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Caso clínico:** Mujer de 100 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar ausencia de emisión de gases y heces y dolor abdominal de 4 días de evolución. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. No cirugías previas. Hábito estreñido previo, sin episodios de diarrea ni evidencia de pérdidas hemáticas. A la exploración física se objetiva un buen estado general, satisfactoria situación nutricional y de hidratación y abdomen levemente distendido y doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No se palpan masas ni organomegalias objetivándose ruidos hidroaéreos de características normales. El tacto rectal revela una ampolla rectal vacía y sin restos hemáticos. Se descarta la presencia de hernias a cualquier nivel. En la analítica y radiografías simples de tórax y abdomen no existen datos destacables. La evolución clínica y radiológica en las primeras 48 horas es hacia un empeoramiento: ausencia de deposición, incremento de la distensión y mayor dolor abdominal generalizado, así como aparición de dilatación

de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos. Un TC abdominal muestra la existencia de una masa en ciego, de origen tumoral como primera posibilidad. La colonoscopia confirma la existencia de dicha neoplasia. Se decide tratamiento quirúrgico urgente comprobándose la existencia de tumoración obstructiva de ciego, con ausencia de diseminación locorregional ni a distancia y se realiza hemicolectomía derecha sin incidencias anestésicas ni quirúrgicas. Evolución postoperatoria sin complicaciones, salvo seroma de pared. Alta a los 15 días en condiciones satisfactorias.

**Discusión:** Ante un cáncer colorrectal, la edad no debe ser considerada por sí misma una contraindicación para tratamiento quirúrgico, incluso en el contexto de cirugía urgente en pacientes centenarios. La evaluación meticulosa y control multidisciplinar de los pacientes de edad tan avanzada es fundamental para poder ofrecer buenos resultados.

### PC-184. LESIÓN ESTENOSANTE DE SIGMA: UNA FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DE COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

C. Cerdán Santacruz, M. Vigara García, F. Esteban Collazo, F. Jiménez Escovar, L. Rodríguez y J. Cerdán Miguel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** La infección por citomegalovirus en inmunocompetentes es excepcional. La afectación gastrointestinal, sobre todo colitis, es una de las principales. Cursa habitualmente como diarrea acuosa acompañada o no de rectorragia y dolor abdominal inespecífico. Exponemos un caso con una forma de presentación infrecuente de colitis por citomegalovirus.

**Caso clínico:** Mujer de 72 años sin antecedentes personales de interés. Anamnesis: dolor abdominal de inicio reciente en fosa iliaca izquierda y varios episodios de rectorragia. Exploración: Dolor en fosa iliaca izquierda sin signos de irritación peritoneal. Análisis de sangre: destaca anemia de 4 g/dl de hemoglobina respecto a un control previo y leucocitosis y proteína C reactiva elevada. TC abdominal: inflamación/tumoración a nivel de sigma. Con diagnóstico probable de diverticulitis es sometida a tratamiento conservador. En un TC a los 15 días no hay mejoría de la masa por lo que se solicita endoscopia que informa de una estenosis sigmoidea; la biopsia es informada de colitis inespecífica. Al no poder descartar el origen tumoral de la lesión se plantea a la paciente tratamiento quirúrgico, realizándose sigmoidectomía. El diagnóstico anatomopatológico definitivo es de colitis por CMV.

**Discusión:** Este tipo de infecciones infrecuentes y generalmente no sospechadas en población inmunocompetente suponen un reto diagnóstico-terapéutico y, aunque el caso que hemos presentado tuvo buena evolución, existen en la literatura casos descritos con desenlaces fatales. El papel de la terapia antiviral específica con ganciclovir, valganciclovir o ambos no está totalmente aclarado, ya que no se puede precisar si la buena evolución clínica se debe a la autolimitación de la infección o a la terapia dirigida. La mayoría de autores, en casos de infección grave, inicia el empleo de antivirales. Llegar a precisar tratamiento quirúrgico en estos casos es anecdótica.

### PC-185. FÍSTULA RECTO-VAGINAL POST-RÁDICA EN PACIENTE NONAGENARIA COMO CAUSA DE SEPSIS, ANEMIA CRÓNICA, INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO, INCONTINENCIA ANAL Y ÚLCERA PRESACRA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M. Vigara García, C. Cerdán Santacruz, M. Fernández-Nespral Loring, C. López, R. Santos Rancaño, E. Sánchez López y J. Cerdán Miguel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** Las fístulas rectovaginales (FRV) constituyen una patología sumamente importante por provocar una situación penosa para la mujer que la padece, con grave afectación de su calidad de

vida y riesgo de complicaciones, fundamentalmente infecciones, como aconteció en el caso que presentamos.

**Caso clínico:** Mujer de 91 años intervenida por cáncer de útero en 1974 y tratada posteriormente con bomba de cobalto. Ingresa por melenas, fiebre de 38°, afectación del estado general y somnolencia. En la anamnesis destaca la existencia de Incontinencia Anal, infección perineal y úlcera sacra, para lo cual estaba siendo sometida exclusivamente a cuidados locales. Exploración: importante afectación del estado general. Úlcera sacra grado II e inflamación de toda la zona perineal y vulvar, con abundantes heces líquidas en vagina y periné. Al tacto rectal se objetiva un canal anal fibrosado y rígido y una amplia comunicación recto-vaginal que da lugar a una verdadera cloaca. Tc abdominal: Proceso pélvico inflamatorio/tumoral, que engloba recto, asa de intestino delgado, vagina y cuello vesical. Colonoscopia: recto estenosado, con signos de inflamación; gran comunicación con vagina en cara anterior. Resto del colon, sin hallazgos. Biopsia rectal: rectitis actínica. Tratamiento quirúrgico: tras laparotomía se objetiva un importante plastrón inflamatorio en pelvis, que engloba recto-sigma, vagina y asa de íleon terminal. Se practicó desconexión recto-vaginal a nivel de la cloaca y resección recto-sigmoidea y del asa intestinal implicada. Anastomosis íleo-cecal, colostomía terminal izquierda y cierre a nivel de Douglas de la cloaca recto-vaginal mediante epiploplastía. La evolución de la paciente fue satisfactoria.

**Discusión:** Las fistulas recto-vaginales pueden originar importantes complicaciones sépticas, por lo que su corrección suele ser necesaria, adaptando el tratamiento quirúrgico de forma individualizada en función de etiología, localización y situación de la enferma.

#### **PC-186. MEGACOLON Y MEGARRECTO IDIOPÁTICOS: UN CASO DE DIMENSIONES ÚNICAS**

M. Vígara García, C. Cerdán Santacruz, F. Jiménez Escovar, J. Zuloaga Bueno, E. Arrue del Zid y J. Cerdán Miguel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** Se denomina megacolon idiopático al aumento permanente del diámetro del intestino con un rango amplio y subjetivo, sin una causa concreta sobre su etiología y megarrecto cuando su diámetro pélvico es de al menos 6,5 cm. La patogénesis es controvertida. Su incidencia es desconocida afectando igual a ambos sexos.

**Caso clínico:** Varón de 76 años que en 1985 sufre un accidente de tráfico requiriendo cirugía duodenal. El megacolon es descrito por primera vez en una Rx de abdomen en 2004 por distensión abdominal y malestar general. Se realiza un enema opaco con hallazgos de volvulación incompleta de sigma y calibre de 14 cm. Debido a la buena situación clínica del paciente se decide control ambulatorio que nunca realiza. Acude en la actualidad por un mes de evolución de anasarca, proteinuria, aumento de la distensión abdominal e insuficiencia respiratoria severa en probable relación con megacolon crónico. Abdomen sumamente distendido, ruidos aumentados pseudometálicos y timpanismo generalizado. La Rx abdomen muestra una espectacular dilatación de colon y recto que imposibilita la realización de un enema opaco. La velocidad de tránsito intestinal no es valorable. Manometría anal: reflejo recto-anal inhibitorio presente. Test de expulsión: No valorable. Se descarta enfermedad de Chagas. Dada la situación clínica del enfermo, y con el diagnóstico de megacolon y megarrecto idiopáticos, se decide intervención objetivándose un megacolon de más de 20 cm de diámetro y 250 cm de longitud y megarrecto, aunque de menor diámetro a partir de sigma. Se decide colectomía subtotal y anastomosis ileo-rectal alta. En el postoperatorio el paciente presenta fracaso multiorgánico y fallece.

**Discusión:** Las principales causas de megacolon y megarrecto son: enfermedad de Hirschprung, obstrucción anorrectal, alteraciones del sistema nervioso, pseudoobstrucción intestinal crónica idiopática y

enfermedad de Chagas. Cuando no se aprecia una causa clara se denomina idiopático. Mientras que los pacientes con megarrecto presentan síntomas desde la adolescencia y la impactación fecal es común, en el megacolon comienzan siendo adultos y la impactación fecal es infrecuente. Requieren tratamiento quirúrgico cuando las medidas conservadoras son inefectivas, mal toleradas o surgen complicaciones. La opción quirúrgica se decidirá de forma individualizada.

#### **PC-187. FÍSTULA SIGMOIDO-VESICAL Y ENTERO-VESICAL OCASIONADA POR UROTELIOMA**

M. Vígara García, C. Cerdán Santacruz, R. Santos Rancaño, A. Gortázar Pérez-Soma, M. Ortega López, G. Sanz Ortega y J. Cerdán Miguel  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** Presentamos una paciente con neoplasia vesical y fistulas colo e ileovesical. La fistula enterovesical es una entidad poco frecuente, secundaria generalmente a un proceso inflamatorio o infeccioso intestinal: diverticulitis aguda (50-70%); cáncer de colon y recto (15-20%); enfermedad inflamatoria intestinal (10%) y radiación y traumatismos pélvicos, con menor frecuencia. Los tumores vesicales, en cambio, son excepcionales como causa de este proceso. Presentamos un caso de fistula entero-vesical y sigmoideo-vesical provocadas por urotelioma.

**Caso clínico:** Mujer de 75 años con antecedentes de histerectomía, en seguimiento por urología por infecciones urinarias (ITUs) de repetición. Ingresa por diarrea de 6-7 deposiciones de consistencia líquida de 20 días de evolución. Refiere episodio previo aislado de hematuria. Se objetivan restos fecales en orina por lo que se solicita cistoscopia y colonoscopia con toma de biopsias, y tomografía computarizada (TC). Los resultados de dichas pruebas resaltan la presencia de un tumor vesical de origen urotelial que fistuliza a sigma y a íleon, sin evidencia de enfermedad a distancia. La paciente es intervenida quirúrgicamente conjuntamente con el servicio de urología realizándose resección intestinal de segmentos de íleon y sigma afectos, con posterior anastomosis íleo-cecal y colo-rectal, y cistectomía radical con ureterotomía cutánea bilateral. En el postoperatorio presentó infección de la herida quirúrgica y absceso periureteral izquierdo secundario a fistula de ureterostomía cutánea izquierda que evolucionó satisfactoriamente manteniendo catéter ureteral uni-J. La paciente fallece por progresión de la enfermedad a los dos meses tras la cirugía. El resultado definitivo de la anatomía patológica fue carcinoma urotelial infiltrante de alto grado con diferenciación escamosa.

**Discusión:** Las fistulas colovesicales secundarias a tumores vesicales suponen un 1,5-8% de todas las fistulas enterovesicales. La histología más frecuente es carcinoma de células transicionales, siendo excepcionales los carcinomas escamosos. Éstos últimos se asocian a infecciones urinarias de repetición y cálculos vesicales. Se debe sospechar su existencia ante la aparición de neumatúria o fecaluria, que son signos patognomónicos. Su tratamiento consiste en resección del segmento intestinal afecto más cistectomía radical en caso de tumor vesical, con posterior derivación urétero-ileal o ureterostomías cutáneas, según se considere de forma selectiva en cada caso concreto.

#### **PC-188. OCTOGENARIA CON PTOSIS PALPEBRAL Y DETERIORO FUNCIONAL**

J. Gil Moreno, G. Martínón Torres, N. Parras García de León, J. Martín Márquez, V. Mazoterías Muñoz, A. González Ramírez y N. Fernández Martínez  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real.*

**Introducción:** Presentación de un caso miastenia gravis en paciente octogenaria.

**Caso clínico:** Acude a la consulta una paciente de 87 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia, síndrome ansioso depresivo,



fractura de cadera hace 4 meses e ictus en protuberancia derecha con disfagia residual. Tratamiento: estatina, AAS, calcio y vitamina D, IECA, lorazepam, IBP, citicolina y espesante. Situación basal: Barthel 60. Vive sola con una cuidadora. No deterioro cognitivo. Olvidos ocasionales por falta de atención. Enfermedad actual: tras el alta hospitalaria por el ictus cerebral, mayor deterioro funcional, aumento de la disfagia para sólidos y líquidos, fatigabilidad, visión doble y dificultad para subir los párpados. Exploración física: ptosis palpebral bilateral, diplopía binocular, distaría y fuerza disminuida en las 4 extremidades con reflejos osteotendinosos disminuidos pero no abolidos. Resultados: pruebas complementarias: RMN cerebral (encefalopatía vascular, infartos lacunares), TAC torácico (ausencia de timoma), EMG (trastorno de la transmisión neuromuscular severo de origen post-sináptico, JITTER aumentado), Anticuerpos antirreceptor de acetilcolina > 94 (Normalidad < 0,20). Diagnóstico diferencial: síndrome de Eaton Lambert, neuroastenia, miopatía mitocondrial, distrofia muscular oculofaríngea, botulismo y farmacológica. Tratamiento: tras los resultados de inicio perfusión de inmunoglobulina a dosis de 0,4 g/kg/día durante 5 días, prednisona 10 mg/día, piridostigmina 60 mg cada 8 horas, con espectacular mejoría con desaparición de la ptosis, ganancia funcional, deambulación autónoma con ayuda de un andador y disminución de la disfagia. Juicio clínico: miastenia gravis generalizada de aparición tardía.

**Discusión:** La miastenia gravis es una enfermedad frecuente en mujeres jóvenes con una incidencia de 15-20 casos por millón y que se está convirtiendo en una patología emergente en el anciano siendo conocida como la "gran simuladora".

#### PC-189. CAUSA INUSUAL DE DISFAGIA EN EL ANCIANO

M.S. Chiriboga Lozada, F.A. Quiñonez Barero, A. Alfaro Ache, C.O. Minea y A. Escolante Melich  
*Hospital Virgen del Valle. Toledo.*

**Introducción:** Disfagia es la dificultad para la deglución; sugiere la presencia de anormalidad orgánica que afecta a una o más de las fases de la deglución. Su presencia en ancianos se asocia a un incremento de morbilidad y mortalidad, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento. El envejecimiento no justifica la disfagia, existe solo leve anormalidad en la motilidad esofágica raramente sintomática. Entre las etiologías frecuentes se encuentran desordenes neurogénicos, miogénicos y tumores orofaríngeos. Las miopatías inflamatorias idiopáticas (prevalencia 1/100.000) tienen una forma de presentación muy variada por su afectación multisistémica, siendo la disfagia un síntoma inusual de presentación.

**Caso clínico:** Mujer 75 años, acude por disfagia progresiva a sólidos de 5 meses de evolución, pérdida de peso de 10 a 12 kilos y deterioro funcional (Barthel previo 100, al ingreso 60); sin anorexia, síntomas digestivos, artralgias ni alteraciones dérmicas. Antecedentes de dislipidemia, hipotiroidismo primario por tiroiditis linfocitaria crónica y miocardiopatía hipertrófica con FEVI normal. En tratamiento con levotiroxina, diosmina, lorazepam y teriparatida. Evaluada previamente por cirugía general, digestivo y endocrinología, sin encontrar patología que justifique el cuadro. En el examen físico destaca atrofia muscular generalizada con debilidad muscular proximal, marcha a pequeños pasos con dificultad y ayuda de una persona, resto de la valoración sin alteraciones. Pruebas complementarias: CPK 6.294, GOT 135, GPT 225; PCR 3. TSH 15, proteínas totales 5,9, vitamina B12 153. Catecolaminas, marcadores tumorales, ANAS, ANCA y proteograma normales. Eco tiroideo: nódulo dominante de 14 mm en LTD, con PAAF negativa. Ante estos resultados se plantea el diagnóstico de miopatía inflamatoria; se solicita: electromiografía compatible con polimiositis, biopsia muscular que confirma el diagnóstico y TAC torácico-abdominal que objetiva tumoración pélvica compatible con hemangioma vs malformación arterio-venosa, no biopsiada por riesgo de sangrado. Durante el proceso diagnóstico se inició tratamiento

esteroideo y rehabilitador con mejoría en la disfagia, funcionalidad (Barthel 75) y analítica (disminución de los niveles de CPK).

**Discusión:** A pesar que las miopatías inflamatorias idiopáticas presentan una prevalencia baja, deberían descartarse en pacientes ancianos que consultan por disfagia, por el incremento de episodios broncoaspiratorios asociados y por ende aumento de morbilidad-mortalidad.

#### PC-190. SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M.S. Albiñana Pérez<sup>1</sup>, R. Iglesias Barreira<sup>1</sup>, M. Pato Freire<sup>2</sup> e I. Rodríguez Penín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. A Coruña. <sup>2</sup>Centro Sociosanitario Geriatros. Ferrol. A Coruña.

**Objetivos:** El síndrome de orina púrpura (PUBS) es una entidad poco frecuente, caracterizada por una reacción química que involucra la orina, el plástico y ciertas enzimas de algunas bacterias productoras de sulfatasas y fosfatasas, como *E. coli* y *Morganella*, entre otras. La sonda vesical y la bolsa pueden cambiar de color de rojo o azul a púrpura. Este fenómeno suele producirse en pacientes pluripatológicos, portadores de sonda vesical, y en el seno de una infección del tracto urinario. Describimos un caso de PUBS en paciente institucionalizado portador de sonda vesical permanente.

**Métodos:** Revisión de la historia clínica electrónica del paciente (Resiplus®), datos de laboratorio y programa de dispensación del Servicio de Farmacia. Búsqueda bibliográfica en PubMed.

**Resultados:** Varón, 92 años, institucionalizado en un centro sociosanitario desde enero 2006. Diagnosticado de fibrilación auricular, bronquiectasias e hiperplasia prostática. Portador de sonda vesical permanente desde octubre 2010. Actualmente sigue tratamiento con alopurinol, doxazosina, digoxina, omeprazol, furosemda y acenocumarol. En octubre 2011, el personal de enfermería refirió que la bolsa urinaria del paciente presentaba un color azul intenso, y desprendía mal olor, decidiendo remitir al paciente al servicio de urgencias, donde confirmaron presencia de infección urinaria y prescribieron ciprofloxacino 500 mg/12h 7 días, realizando cambio de sonda vesical. La analítica de sangre no mostraba alteraciones relevantes. En noviembre y diciembre presentó hematuria microscópica, sin nitritos, posiblemente debida a un ligero sangrado prostático por irritación de la sonda. A principios de enero, volvió a presentar la bolsa de diuresis azulada y maloliente. Se extrajo muestra para urocultivo, mostrando crecimiento positivo para *Morganella morganii* y *E. coli*, ambos únicamente sensibles a fosfomicina y cefotaxima. Fue tratado con fosfomicina 500 mg/6h durante 8 días. Dos semanas después, se volvió a repetir el episodio y se extrajo una nueva muestra. Los agentes causantes de la infección fueron los mismos, pero con un incremento de la resistencia a antibióticos, requiriendo ser tratado con cefotaxima y resolviéndose así el episodio.

**Conclusiones:** PUBS es un fenómeno poco frecuente pero muy llamativo por su presentación clínica. En nuestro caso todos los episodios se relacionaron con presencia de infección urinaria, acorde con la bibliografía revisada.

#### PC-191. TAQUICARDIA VENTRICULAR DE ORIGEN FARMACOLÓGICO

F.A. Quiñonez Bareiro, A. Blanco, C.O. Minea, M.S. Chiriboga, F. Madruga Galán, O.J. Toledo y R. Rivas Espinoza  
*Hospital Virgen del Valle. Toledo.*

**Introducción:** El síndrome de QT largo se caracteriza por una alteración de la repolarización ventricular causada por una disfunción congénita o adquirida de los canales iónicos del cardiomiocito, se manifiesta clínicamente con tendencia a síncope, taquicardia ventricular polimorfa y muerte súbita. Entre las causas adquiridas de QT

largo se encuentran los fármacos como los macrólidos, no obstante se reporta como una reacción adversa rara.

**Caso clínico:** Varón de 83 años. HTA. Diabético. Dislipémico. EPOC. Implante de marcapaso VVI por bloqueo aurículo/ventricular completo. Ingresa en planta con diagnóstico de neumonía de lóbulo inferior derecho, iniciándose tratamiento con ceftriaxona y 24 horas más tarde se añadió a tratamiento claritromicina. Tras dos primeras dosis el paciente presenta cuadro sincopal, con respiración agónica, se conecta monitor/desfibrilador identificándose taquicardia ventricular (TV) polimorfa, se administra una descarga de 200 julios recuperando ritmo sinusal y progresivamente el nivel de consciencia. Se realiza ECG observando ritmo ventricular mediado por estimulación de marcapasos con intervalo QTc de hasta 800 ms. Es trasladado a Unidad de Altos Cuidados en donde presenta rachas repetidas de TV polimorfas iniciadas con extrasistolia ventricular sobre onda T, siendo sostenidas y sincopales en dos ocasiones, requiriendo cardioversión eléctrica. Se inicia estimulación asincrónica de marcapasos mediante aplicación imán, aumentando frecuencia a 98 lpm, permaneciendo el paciente estable y sin recurrencia de TV. Se interroga marcapaso y se reprograma a 90 lpm. Se descartaron posibles causas como trastornos iónicos, se revisó la pauta de tratamiento atribuyéndose como desencadenante de prolongación del QT a tratamiento con claritromicina, suspendiéndose dicho fármaco y concluyendo tratamiento con ceftriaxona con resolución del proceso neumónico. Al momento del alta presentaba ECG con ritmo de marcapasos a 90 lpm, disociación AV. Intervalo QTc de 511 ms. Onda T invertida en cara anterior.

**Discusión:** Aunque se menciona con efectos adverso raro la claritromicina se ha asociado con arritmias ventriculares, incluyendo taquicardia ventricular y torsades de pointes en pacientes con intervalos QT prolongados.

#### **PC-192. A PROPÓSITO DE UN CASO: CRISIS PARCIAL SIMPLE MOTORA EN RELACIÓN A TRATAMIENTO CONCOMITANTE LEVOFLOXACINO-MIRTAZAPINA**

A.T. Herasme Grullón, M.A. Domínguez Domingo,  
T. Alonso Fernández y J.L. González Guerrero  
*Complejo Hospitalario de Cáceres.*

**Objetivos:** Exponer un caso clínico de crisis parcial simple motora secundaria a tratamiento con levofloxacino de forma concomitante con mirtazapina y revisar la literatura.

**Caso clínico:** Mujer de 87 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia, hipertiroidismo, neuropatía sensitivo-motora y temblor esencial. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Tratamiento habitual con propranolol, tiamazol, mirtazapina (30 mg/día) y loracepam. Ingresó en la Unidad de Agudos de Geriátría por infección respiratoria de vías inferiores no condensante, insuficiencia cardiaca descompensada e insuficiencia respiratoria parcial aguda. Se pautó tratamiento con levofloxacino objetivándose, trascurrida una hora de administrar la 2ª dosis, movimientos tónico-clónicos en región hemifacial izquierda y laterocervical, intermitente, extendiéndose a todo el hemicuerpo izquierdo, sin pérdida de conocimiento ni relajación esfinteriana. Se realizó estudio diagnóstico objetivándose únicamente en el electroencefalograma (EEG) actividad paroxística fronto-rolándica derecha de grado leve, no encontrándose causa evidente. Tras revisar el tratamiento pautado se suspendieron levofloxacino y mirtazapina como posibles desencadenantes. La resolución del cuadro se produjo horas más tarde, sin nuevos episodios durante el ingreso. A los 2 meses del alta se repitió el EEG con normalización del mismo. Dada la temporalidad causa-efecto, la remisión del cuadro tras la retirada de los fármacos implicados y la normalización del EEG posteriormente, parece existir una clara relación entre la crisis parcial simple y el tratamiento con levofloxacino-mirtazapina, atribuyéndose la crisis parcial simple motora a dicho tratamiento.

**Discusión:** En pacientes con crisis comiciales sin antecedentes personales de interés y sin clara causa, debe profundizarse en el estudio diagnóstico y tenerse en cuenta el posible origen farmacológico. El tratamiento con levofloxacino, de forma concomitante o no con fármacos potencialmente epileptógenos que sean sustratos del citocromo P450 (CYP) 1A2 (p. ej. antidepresivos como paroxetina, citalopram, trazodona, sertralina o mirtazapina, como en nuestro caso), puede desencadenar crisis comiciales.

#### **PC-193. RELACIÓN ENTRE LAS FRACTURAS ATÍPICAS Y TRATAMIENTO CRÓNICO CON BIFOSFONATOS**

M. Machado Vera, G. Milano, J. Mora Fernández y E. Manrique  
*Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

**Introducción:** La osteoporosis es una patología con alta prevalencia en la población anciana, que condiciona una elevada morbimortalidad además de un importante gasto sociosanitario. Es bien conocido que los bifosfonatos, fármaco introducido en el mercado desde hace varios años, es el tratamiento de elección para la prevención de fracturas tanto vertebrales como no vertebrales y de cadera en mujeres con osteoporosis, osteoporosis en el varón y osteoporosis esteroidea. Se ha observado en los últimos años un incremento de fracturas femorales, denominadas atípicas por no presentarse como fracturas clásicas secundarias a osteoporosis, con características clínicas y radiológicas comunes, asociadas al tratamiento prolongado con bifosfonatos.

**Casos clínicos:** El objetivo de este trabajo es presentar seis casos clínicos de fracturas atípicas relacionadas con el tratamiento crónico con bifosfonatos encontrados en el Servicio de Ortopediátría del Hospital Clínico San Carlos entre enero del 2011 y febrero del 2012, describiendo sus características clínico radiológicas y realizar una revisión bibliográfica de los posibles mecanismos fisiopatológicos que presentan, así como de las alternativas terapéuticas recomendadas como los fármacos estimulantes de la formación ósea.

**Discusión:** Aunque se ha observado que la incidencia de este tipo de fracturas no es elevada, y actualmente los pacientes con osteoporosis se benefician del tratamiento con bifosfonatos, sobre todo durante los primeros 5 años, tras este periodo de tiempo se debería realizar un estrecho y completo estudio individualizado de reevaluación del tratamiento con bifosfonatos para decidir si su continuación sería la adecuada o nos encontramos ante un paciente con riesgo de presentar fractura atípica de fémur y considerar la actuación clínica más adecuada en base a la evaluación riesgo-beneficio.