



Comunicaciones orales

ÁREA CLÍNICA I

Insuficiencia cardíaca

OC-001. UTILIDAD DE LOS INDICADORES DE PROCESO ACOVE PARA EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA
A. González Sanz, O. Saavedra Obermann, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Estudiar la utilidad de una serie de indicadores de proceso para medir la calidad asistencial en pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio longitudinal sobre pacientes mayores de 70 años con insuficiencia cardíaca, ingresados en una unidad de agudos de geriatría del 1 de enero al 30 de junio de 2012. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, domicilio, convivientes), clínico-asistenciales (número de diagnósticos y de tratamientos al ingreso y estancia media). Se aplicaron 11 criterios de calidad para insuficiencia cardíaca según el proyecto "Assessing Care of Vulnerable Elders" (ACOVE). Se define como máxima calidad el cumplimiento del 100% de los indicadores seleccionados (11 puntos).

Resultados: Fueron seleccionados aleatoriamente 158 pacientes (edad media $87,26 \pm 5,5$ años, 61,6% mujeres, el motivo de ingreso más frecuente fue la disnea 79,87%, la estancia media fue $8,32 \pm 4,35$ días y presentaban $7,77 \pm 3,86$ diagnósticos y $7,94 \pm 3,31$ fármacos al ingreso). Se detectó una puntuación media de calidad de $7,10 \pm 1,40$, siendo los indicadores con mejor puntuación los relacionados con pruebas complementarias solicitadas al ingreso (se cumplía en el 75,9% de los casos), ausencia de prescripción de antagonistas del calcio y antiarrítmicos (98 y 100% de cumplimiento respectivamente) y monitorización de digoxina en caso de clínica susceptible de intoxicación (98,7%). Los indicadores con menor cumplimiento fueron: realización de ecocardiograma de control en pacientes con sospecha de empeoramiento de función ventricular (28%) e inclusión de counseling sobre hábitos de vida en el informe de alta (23%).

Conclusiones: Los indicadores ACOVE son útiles para valorar la calidad asistencial a la insuficiencia cardíaca en una unidad de geriatría.

Asimismo, permiten detectar oportunidades de mejora. Nuestra población de estudio presenta una aceptable calidad asistencial y podrían mejorarse aspectos como: counseling y la realización de ecocardiogramas de control.

OC-002. INFLUENCIA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA
O. Saavedra Obermann, A. González Sanz, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Estudiar la asociación entre diversos indicadores de calidad asistencial y la mortalidad en pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca en una Unidad de Agudos de Geriatría.

Métodos: Estudio longitudinal realizado sobre pacientes mayores de 70 años, ingresados con insuficiencia cardíaca en la unidad de agudos de un Servicio de Geriatría entre los meses de enero y junio de 2012. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia y convivientes) y clínico asistenciales (número de diagnósticos y de tratamientos al ingreso, estancia media y situación funcional). Se aplicaron 11 de los indicadores de proceso de calidad asistencial del proyecto "Assessing the Care of Vulnerable Elders" (ACOVE) y se realizó un seguimiento de los sujetos a los 3 y 6 meses del alta.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 158 pacientes seleccionados aleatoriamente (edad media de $87,26 \pm 5,5$ años, 61,6% mujeres). Al ingreso tenían una media de $7,7 \pm 3,87$ diagnósticos y $7,94 \pm 3,31$ tratamientos, la estancia media fue de $8,32 \pm 4,35$ días y la causa de ingreso más frecuente la disnea (79,87% de los casos). La tasa de mortalidad a los 3 meses fue del 12% y a los seis meses del 17,1%. Se detectó asociación estadísticamente significativa entre puntuación en los criterios de calidad ACOVE y la mortalidad a los 3 y los 6 meses (ACOVE de $7,23 \pm 1,38$ en supervivientes a los 3 meses vs $6,18 \pm 1,18$ en pacientes fallecidos, $p = 0,002$; ACOVE de $7,27 \pm 1,39$ en supervivientes a los 6 meses vs $6,27 \pm 1,14$ en pacientes fallecidos, $p = 0,0001$). Los criterios ACOVE que más relación mostraron con la supervivencia a los 3 y 6 meses fueron los relacionados con la prescripción de IECAs, la evaluación de la fracción de eyeción y la pauta de betabloqueantes.

Conclusiones: Existe clara asociación entre los indicadores de calidad asistencial ACOVE para la insuficiencia cardíaca y la mortalidad por esta enfermedad a los 3 y 6 meses del alta hospitalaria. La implantación de un sistema de registro y control de indicadores de

proceso puede mejorar la calidad asistencial ofrecida a los pacientes mayores con insuficiencia cardiaca.

OC-003. INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PACIENTE NONAGENARIO: PERFIL DE INGRESO HOSPITALARIO

V. Hernández Jiménez, V. Mazoteras Muñoz, N. Fernández Martínez, J. Piquerias Flores, M.T. López Lluva y J. Saavedra Falero
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es uno de los problemas de salud más importante en el paciente anciano. El objetivo de nuestro estudio fue estudiar las características de pacientes muy ancianos ingresados por IC en el Servicio de Geriatría del Hospital General de Ciudad Real.

Métodos: Un estudio descriptivo, transversal y sin intervención. Incluimos todos los pacientes mayores de 88 años ingresados en el Servicio de Geriatría por IC desde diciembre 2011 a diciembre de 2012. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas y ecocardiográficas. Utilizamos SPSS versión 19 para el análisis estadístico.

Resultados: En total 47 pacientes, 32 mujeres y 15 varones, edad media de 90,8 años. El 64% residía en domicilio con familiar, un 10,6% sólo y un 25,5% institucionalizado. Presentan Barthel medio de 80, mediana de escala de Cruz Roja física de 2 y 1 en la escala de Cruz Roja mental. Un total de 23,4% presentaban deterioro cognitivo. Enfermedades asociadas: HTA (85%), DM (34%), insuficiencia renal crónica (30%) EPOC (30%) y dislipemia (25%). Un 10,6% presentaba hipotiroidismo al ingreso, un 8,5% enfermedad de Parkinson y E. cerebrovascular un 8%. Enfermedad coronaria como antecedente, un 25% pero el 74,5% tenía tratamiento conservador. Causas de descompensación: infección respiratoria aguda (53%), caída en fibrilación auricular (17%), infecciones urinarias (8%) e isquemia miocárdica (8%). En cuanto a estancia, la mediana fue 8 días. Las complicaciones más frecuentes durante el ingreso fueron la agitación (32%) y la anemización (25%) aunque sólo un 41,7% precisaron hemotransfusión. La valoración nutricional medida con la puntuación de Conut fue de 4. Los niveles de B12 medios fueron de 478 pg/ml y fólico 7,9 ng/ml. La cifra de creatitina media al ingreso fue de 1,35 mg/dl y de hemoglobina de 11 g/dl. En cuanto al porcentaje de pacientes con FEVI mayor de 55% fue del 73%. De los ingresos estudiados, 4 acabaron falleciendo.

Conclusiones: Los pacientes nonagenarios ingresados por IC presentan una situación funcional conservada y un estado nutricional aceptable. Tienen IC con función ventricular conservada siendo la historia de hipertensión arterial el factor más comúnmente asociado. Estancia media muy similar a la publicada en otros trabajos.

OC-004. ¿MODIFICA LA SITUACIÓN FUNCIONAL Y EL DETERIORO COGNITIVO LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA?

I.G. Torres Torres¹, M. Montilla Castro¹, A.I. Ferrero Martínez², E. Paredes Gálán², C. Rodríguez Pascual² y P. Abizanda Soler¹
¹Hospital General Universitario de Albacete. ²Hospital Meixoeiro. Vigo.

Métodos: Se seleccionaron 592 participantes del estudio "La efectividad de instrumentos sencillos de diagnóstico de la fragilidad para caracterizar el pronóstico de los ancianos con insuficiencia cardíaca", que incluyó 1100 mayores de 75 años, representativos de los Hospitales de Albacete, Asturias, Cáceres, Clínico San Carlos, Getafe, Guadalajara, La Paz y el Hospital Meixoeiro de Vigo, de los que se disponían datos del tratamiento al alta, situación funcional (índice de Katz), cognitivo (MMSE), estadio NYHA y FEVI. Se analizó si la función y la cognición influían en la prescripción de los principales grupos farmacológicos al alta, mediante análisis bi-variante y posterior regresión logística ajustada por edad, sexo, estadio NYHA y FEVI.

Resultados: 592 participantes. 64,5% con Katz A-B, 27,4% con Katz C-E, y 8,1% con Katz F-G. Un 86,3% fueron mayores de 80 años, un 67,6% tenían una FEVI normal, 22,3% una FEVI ligera a moderadamente deprimida y 10,1% grave a muy gravemente deprimida. A los sujetos con FEVI grave o gravemente deprimida se les prescribieron con mayor frecuencia betabloqueantes (OR 5,19; IC95% 2,78-9,68), antiagregantes (OR 1,83; IC95% 1,01-3,32), e inhibidores de la aldosterona (OR 2,87; IC95% 1,54-5,31). Los pacientes con peor situación funcional recibieron con menor frecuencia inhibidores de la aldosterona (OR 0,6; IC95% 0,37-0,99) y con mayor frecuencia antiagregantes (OR 2,01; IC95% 1,03-3,9). Los pacientes con edad mayor a 80 años (OR 2,11; IC95% 1,03-4,32) y con la NYHA 3-4 (OR 2,31; IC95% 1,16-4,59), recibieron con mayor frecuencia diuréticos de asa. La función y la cognición no afectaron a la prescripción del resto de grupos farmacológicos.

Conclusiones: Ni el estado cognitivo ni la situación funcional influyen en la prescripción farmacológica en ancianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Sin embargo, la fracción eyección resulta relevante para la decisión terapéutica.

OC-005. INTERVALO QT PROLONGADO.

¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE CREEMOS?

R.M. Quílez Pina, C. Bibian Getino, Y. Constante Pérez, J. Gil Rodríguez, R. Lozano Ortiz y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Analizar prevalencia de intervalo QT prolongado, características asociadas y uso de fármacos que potencialmente causan prolongación (FP-QT).

Métodos: Estudio descriptivo-prospectivo, en ancianos hospitalizados de noviembre de 2012 a febrero 2013. Se mide el intervalo QTcF (Fridericia) en el ECG, considerando la prolongación según rango de referencia (mujeres > 470mseg; hombres > 450 mseg). Analizamos variables sociodemográficas, Índice Barthel (IB), comorbilidad (Charlson), demencia, valores analíticos, número de fármacos, polimedición (≥ 7 fármacos), factores predisponentes y FP-QT. Se comparan variables entre los pacientes con intervalo QT normal y prolongado.

Resultados: 220 pacientes. Prevalencia QTcF prolongado: 31%. QTcF prolongado: Edad media: 87,3a. 45% mujeres. Estancia media 14. IB ≤ 20 previo/alta 32/30%. Exitus 10%. Comorbilidad: HTA 74%, ACxFA 29%, IC 25%, IAM 22%, otras patologías cardiovasculares 41%, demencia 41%, insuficiencia renal 19%. Charlson 7,1. Calcio: 8,8 y potasio: 4,8. Factores predisponentes: depresión 16%, síncope 12%, alteraciones tiroideas 6%. Número de fármacos 6,6, polimedicados 48%. Uso de digital 6% QT corregido medio 500,96. Pacientes con FP-QT: Un fármaco: 38%, dos: 23%, tres: 6%, Cuatro: 1%. No hemos encontrado diferencias entre los pacientes con y sin intervalo QT prolongado en estancia, polimedición, Barthel, demencia y exitus. Existía relación entre QT prolongado y ser varón ($p < 0,001$; OR 2,9), tener valvulopatías/miopatías ($p < 0,001$; OR 3,6), haber sufrido infarto ($p = 0,007$; OR 2,9), síncope ($p = 0,01$; OR 3,8), tomar mirtazapina ($p = 0,03$; OR 3,2) y mayor Charlson ($p < 0,001$). También se relacionó el intervalo QTcF con uso de s-citalopram ± omeprazol a cualquier dosis ($p = 0,02$) y con amiodarona ($p = 0,03$).

Conclusiones: Hemos observado importante prevalencia de QT alargado en nuestros pacientes y un uso frecuente de fármacos con potencial prolongador, asociado a cardiopatía estructural y antecedentes de síncope. De todos los fármacos estudiados, con potencial riesgo de prolongar el intervalo QT, nosotros hemos encontrado relación con s-citalopram ± omeprazol a cualquier dosis, amiodarona y mirtazapina, por lo que pensamos debemos realizar un seguimiento electrocardiográfico más estrecho en los pacientes tratados con dichos medicamentos. Creemos que la medición del intervalo QTc en el ECG de ancianos con comorbilidad importante y

polimedication podría ayudar en la toma de decisiones y evitar riesgos.

OC-006. UNA MIRADA A LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN NUESTRO MEDIO

C. Bibián Getino, R.M. Quílez Pina, A. Merino Taboada, M.E. Castro Vilela y C. Cánovas Pareja
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Analizar la prevalencia y los factores asociados de fibrilación auricular (FA) en la población anciana. Valoración del riesgo tromboembólico y de sangrado mediante el uso de las escalas CHA2DS2 – VASc (C-V) y HAS BLED (H-B) y su utilidad clínica. Analizar el tratamiento prescrito según las características de nuestros pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo-prospectivo. Incluimos pacientes hospitalizados en el Servicio de Geriatría entre agosto de 2012 y enero de 2013. Registro datos sociodemográficos, clínicos, funcionales (I. Barthel), comorbilidad (I. Charlson) y tratamiento. Uso de escalas CHA2DS2-VASc y HAS BLED. Relación con las últimas guías de referencia. SPSS.

Resultados: Ingresaron 513 pacientes, 32% tenían FA (67% permanente); el 11% de novo. Edad media: 87 años. Predominio sexo femenino: 62%. I. Barthel < 20: 42%. Media I. Charlson: 7. Exitus: 15%. Antecedentes: cardiopatía (HTA, IC) (90%), demencia (43%), ACV (33%), anemia (26%), i. renal (18%), alt. tiroidea (10%). Motivos de ingreso más frecuentes: ICC, infección respiratoria y ACV. El 33% de los pacientes ingresados por ACV no llevaban profilaxis antitrombótica. CHA2DS2-VASc con alto riesgo trombótico: 98%; HAS BLED con alto riesgo de sangrado: 41%. Contraindicaciones de anticoagulación (40%): terminalidad (25%), caídas frecuentes (11%), hemorragia grave (10%) e incumplimiento terapéutico (2%). Tratamiento previo-alta: control del ritmo (11% en ambos), control de frecuencia (53% y 52%), profilaxis antitrombótica (70% y 73%) respectivamente siendo al alta: AAS (27%), clopidogrel (9%), acenocumarol (25%) y otros ACO (13%). El uso de AAS se relaciona tanto al ingreso como al alta con un HAS BLED de alto riesgo de sangrado ($p = 0,01$). La ausencia de prescripción de acenocumarol se relacionó con I. Barthel < 20 ($p < 0,001$) y demencia GDS > 6 ($p < 0,04$) y de tratamiento antitrombótico con demencia avanzada ($p < 0,004$).

Conclusiones: La FA es una patología prevalente en nuestra población geriátrica. Menor utilización de fármacos antitrombóticos en pacientes con severa comorbilidad como demencia avanzada y gran dependencia funcional. El uso de la escala C-V tienen una utilidad limitada en nuestra actividad diaria y nos obliga a individualizar el uso de tratamiento anticoagulante según las características de nuestros pacientes valorando sus potenciales beneficios y sus contraindicaciones.

OC-007. INSUFICIENCIA CARDÍACA EN NONAGENARIOS: ESTANCIA MEDIA Y MORTALIDAD JUNTO A SUS PREDICTORES

V. Mazoteras Muñoz, V. Hernández Jiménez, N. Fernández Martínez, J.L. Esquinas Requena, G. Martínón Torres y J. Saavedra Falero
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario en ancianos, con gran impacto social y económico y deterioro progresivo de su estado funcional y calidad de vida. El objetivo del estudio fue conocer la estancia media de los pacientes muy ancianos ingresados y las variables que puedan influir en la duración de la misma y los factores asociados a su fallecimiento durante el ingreso.

Métodos: Es un estudio descriptivo, transversal y sin intervención. Incluimos pacientes mayores de 88 años ingresados por IC en el Servicio de Geriatría desde diciembre 2011 hasta diciembre 2012. Ana-

lizamos variables epidemiológicas, clínicas y ecocardiográficas. Utilizamos SPSS versión 19 para el análisis estadístico.

Resultados: Total 47 ingresos, 32 mujeres y 15 hombres con una edad media de 90,8 años. La estancia media fue de 9,3 días. Los factores que aumentaron significativamente la estancia media de nuestros pacientes fueron los antecedentes de demencia y ACVA, que el desencadenante de la IC fuese una infección no respiratoria y la necesidad de trasfusión durante el ingreso. La estancia de los pacientes con IC con FEVI preservada no difería de aquellos con FEVI disminuida. Los pacientes que estaban institucionalizados tendían a tener estancias hospitalarias más prolongadas que aquellos que vivían solos o con un familiar (11,8 vs 8,5 días, $p = ns$). En nuestra serie fallecen 4 pacientes. La mortalidad durante el ingreso de los pacientes con IC con FEVI preservada no difería de aquellos con FEVI disminuida en cambio si había diferencias estadísticamente significativas según la puntuación en la escala Barthel, CRM y en el Conut.

Conclusiones: Según los resultados de nuestro estudio, el antecedente de demencia y ACVA, infección no respiratoria como desencadenante de la IC y la necesidad de trasfusión durante el ingreso son predictores de estancia media y en cambio, no influye el tipo de IC (FEVI preservada/disminuida). Por otra parte, la FEVI no prediciría la mortalidad durante el ingreso en cambio sí deterioro funcional o mayor riesgo de desnutrición. Estos datos pueden ayudarnos a identificar a pacientes susceptibles de ingresos prolongados y evitar situaciones de dependencia funcional establecida.

OC-008. EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA TRAS LA IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA EN PACIENTES ANCIANOS

G. Mendieta Facetti, N. Pereyra Venegas, E. Gutiérrez, H. Bueno, J. Serra y M. Vidán
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La implantación percutánea de prótesis valvular aórtica (IPPVA) mejora la supervivencia en pacientes ancianos con estenosis aórtica grave no candidatos para cirugía convencional.

Objetivos: Determinar cambios en la funcionalidad y en calidad de vida posterior a la IPPVA.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo de todos los pacientes mayores de 65 años seleccionados por el S. de Cardiología para IPPVA (Corevalve). Se recogieron datos demográficos, sobre síntomas clínicos (NYHA), situación mental (MMSE-Lobo), funcional (KATZ/LAWTON/Deambulación) y de calidad de vida (SF-12) al ingreso, al mes y 12 meses del procedimiento.

Resultados: Un total de 85 pacientes fueron incluidos entre enero del 2009 y febrero del 2013. La edad media (\pm DE) fue de $82,05 \pm 5,61$ años, siendo el 49,4% varones. La mortalidad a treinta días fue del 9,4% y al año 20,9%. Al mes de la IPPVA, y entre los supervivientes ($n = 77$) se objetiva mejoría de los síntomas cardíacos (NYHA), en un 44,2% en los pacientes. El 72,7% mantuvieron o mejoraron las actividades básicas de la vida diaria (KATZ), y de estos; el 48,2% mejoró la deambulación y el 16,1% mejoraron en las actividades instrumentales (LAWTON). Además, el 41,6% necesitó una nueva ayuda social o privada para la vida diaria. El componente físico basal del SF-12 fue de $35,7 \pm 11$, mientras que el componente mental, $42,9 \pm 13$. Al mes, y entre los sobrevivientes, la media del componente físico fue de $38,7 \pm 11$ y del mental de $45,5 \pm 13$, aunque menos de la mitad de los pacientes presentaron una mejoría relevante (> 2 puntos), siendo estos 44,2% en el componente físico y 48,1% en el mental.

Conclusiones: En pacientes con estenosis aórtica severa sintomática e inoperables, tras la IPPVA se evidencia una mejoría modesta de la calidad de vida y la evolución funcional, aunque sólo relevante en menos de la mitad. Es necesario seguir investigando en la selección óptima de los candidatos y realizar seguimiento a largo plazo.

OC-009. FRAGILIDAD EN ANCIANOS SOMETIDOS A IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS PERCUTÁNEA AÓRTICA: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL

N. Pereyra Venegas, G. Mendieta Facetti, E. Gutiérrez, H. Bueno, J.A. Serra y M. Vidán
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La implantación percutánea de prótesis valvular aórtica (IPPVA) mejora la supervivencia en pacientes ancianos con estenosis aórtica severa sintomática considerados inoperables. (Estudio PARTNER).

Objetivos: Determinar en estos pacientes, la prevalencia de fragilidad basal y su influencia en la evolución clínica y funcional tras el procedimiento.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes \geq 65 años, seleccionados por el S. de Cardiología para IPPVA (Core-Valve). Se recogieron datos basales demográficos, clínicos, funcionales (KATZ), mentales (MMSE-Lobo) y de fragilidad (criterios de Fried). Se realizó seguimiento clínico y funcional al mes.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes, entre enero 2009 y febrero 2013, con edad de 82,05 años \pm 5,61. El 59% de ellos eran independientes para las AVD básicas. El 57,5% cumplían criterios de fragilidad (70% de las mujeres y 45% de los varones, $p = 0,04$). El riesgo quirúrgico (Euroscore) fue mayor en los frágiles ($17,3 \pm 11,4$ vs $12,3 \pm 8,4$, $p = 0,02$). Estaban en grado II-III de la NYHA el 79,4% de los no frágiles y el 89% de los frágiles. La tasa de mortalidad hospitalaria fue de 6,5% en los frágiles y 8,8% en los no frágiles, $p = 0,69$. Entre las complicaciones más frecuentes: la tasa de hemorragias fue mayor entre los frágiles 26% frente a 5,9% en los no frágiles, $p = 0,019$, con similar tasa de ictus y complicaciones vasculares. De los sobrevivientes al mes, se observó mejoría de los síntomas clínicos (NYHA) en el 44,6% de los pacientes (51,2% de los frágiles y 35,5% de los no frágiles, $p = 0,18$) sin diferencias en la tasa de pacientes que mantuvieron o mejoraron la autonomía para las AVD básicas (69,8% vs 77,4%, $p = 0,46$) en frágiles y no frágiles, respectivamente.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con estenosis aórtica a los que se decide implantar una prótesis valvular aórtica percutánea tienen criterios de fragilidad. Esta condición se asocia a mayor riesgo de hemorragia periprocedimiento sin influencia en otros parámetros de evolución clínica y funcional, en esta muestra todavía pequeña y con corto seguimiento.

digestivo (66,1-34,3%), hematopoyético (57,1-30,1%), nervioso central (SNC) (65,5-26,9%), respiratorio (26,8-10,2%), cardiovascular (82,1-72,7%) y de la visión (13,1-6,0%). Los frágiles consumieron de media más fármacos del SNC que los robustos (1,2-0,4), encontrándose diferencias en los antiparkinsonianos (6,5-0,9%), antiepilepticos (9,5-2,8%), neurolépticos (13,1-2,8%), benzodiacepinas (36,9-15,7%), antidepresivos (26,8-11,1%), IACE (10,7-0,5%) y memantina (4,8-0%). Los frágiles consumieron más fármacos como media ajustado por edad y sexo (OR 1,18; IC95% 1,12-1,25; $p < 0,001$), así como del SNC (OR 1,61; IC95% 1,36-1,89; $p < 0,001$).

Conclusiones: El número de fármacos consumidos se asocia a fragilidad, destacando los fármacos del aparato digestivo, hematopoyético, respiratorio y SNC (benzodiacepinas, antidepresivos, neurolépticos, IACE, antiepilepticos y antiparkinsonianos).

OC-011. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE UN FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REDUCCIÓN DE MEDICACIÓN INADECUADA EN ANCIANOS POLIMEDICADOS

M. Serra-Prat, I. Gozalo, G. Hinojosa, L. Jurado, E. Corona y C. Agustí
Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención de un farmacéutico de atención primaria para mejorar la adecuación y la seguridad del tratamiento farmacológico en ancianos polimedicatedas.

Métodos: Diseño: ensayo clínico aleatorizado, abierto, multicéntrico y con dos ramas de intervención. Población: Ancianos de la comunidad (no institucionalizados) de 70 años o más que están recibiendo 8 o más medicamentos. Intervención de estudio: El farmacéutico de atención primaria re-evaluó todos los medicamentos prescritos con la ayuda de los criterios STOPP, los de Beers y/o las recomendaciones del CatSalut y presentó al médico de cabecera unas recomendaciones. Intervención control: procedimiento habitual. Principales medidas del resultado: a) medicamentos discontinuados, cambiados o con cambio de dosis, b) consultas al médico de cabecera, urgencias hospitalarias e ingresos hospitalarios, y c) complicaciones de las enfermedades de base. Controles de seguimiento a los 3 y 6 meses.

Resultados: Se reclutaron 252 pacientes en el grupo intervención y 251 en el grupo control. Los dos grupos eran comparables en cuanto a edad, sexo, comorbilidades, adherencia, calidad de vida y nº de medicamentos (10,85 vs 10,90; $p = 0,894$, respectivamente). El nº de medicamentos a los 3 meses era de 10,33 vs 10,96 ($p = 0,027$), y a los 6 meses de 10,05 vs 10,90 ($p = 0,002$), respectivamente. A los 3 meses, se había discontinuado alguna medicación al 65,5% de los individuos del grupo intervención y al 25,9% de los del grupo control ($p < 0,001$), se había cambiado de dosis 54,0% vs 15,9% ($p < 0,001$) y se había cambiado algún medicamento por otro en 36,1% vs 16,7% ($p < 0,001$), respectivamente. No se observaron diferencias significativas en el nº de muertes ingresos hospitalarios, a los 3 y 6 meses entre los grupos de estudio.

Conclusiones: La intervención de un farmacéutico de atención primaria que revise la medicación en pacientes ancianos polimedicatedas permite reducir el nº total de medicamentos en un 7,4% sin que ello conlleve un mayor riesgo.

OC-012. ERRORES DE MEDICACIÓN. HACÍA UNA CULTURA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL

J. Alaba Trueba¹, E. Genua¹, I. Beobide¹, B. Miró¹, E. Arriola² y M. Álvarez de Arcaya³

¹Fundación Matia. Guipúzcoa. ²Fundación Hospital Calahorra.

³Fundació Sociosanitaria de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Analizar los errores de medicación producidos en un Centro Gerontológico.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de período recogiendo los datos de las incidencias generadas desde el uno de enero al 31 de

Fármacos

OC-010. FRAGILIDAD Y CONSUMO DE FÁRMACOS:

ESTUDIO FRADEA

I. Soler Moratalla, P. Peña Labour, S. Salmerón Ríos, S.A. Alfonso Silguero, P.M. Sánchez Jurado y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar si existe asociación entre el número de fármacos consumidos y los diferentes grupos terapéuticos con el estado de fragilidad.

Métodos: 866 mayores de 70 años de Albacete pertenecientes al estudio FRADEA. Se registró el número de fármacos consumido así como los distintos grupos terapéuticos y se analizó su asociación cruda (chi cuadrado y ANOVA) y ajustada por edad y sexo (regresión logística) con fragilidad prevalente según criterios Fried.

Resultados: Edad media 78 años. 42,2% hombres. Media de fármacos consumidos de manera habitual 7,8 en frágiles, 5,8 en prefrágiles y 4,3 en robustos ($p < 0,001$). Se apreciaron diferencias significativas entre frágiles y robustos en los fármacos de los siguientes aparatos:

diciembre de 2012. Se clasifican los errores según el consenso del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamento del Hospital Universitario de Salamanca, en categorías de A- I. La tasa de errores de medicación se obtiene del número de incidencias entre el número total de residentes atendidos o según las dosis administradas, la incidencia de errores se calcula teniendo en cuenta el tiempo de exposición. Posteriormente se realiza un seguimiento de una semana para analizar posibles consecuencias e intervenciones de las mismas.

Resultados: Se analizan 152 residentes, con una medida de 85 años, donde el 79% son mujeres, un 51% con dependencia grave, 58% con demencia, con un 12% de pacientes en unidades psicogeriatricas y una media de 6,23 medicamentos. Recogidos 464 errores, con una tasa por residente de 3,05, por dosis de 0,0015 y una incidencia por estancia de 0,011. Principalmente se producen en la administración del medicamento, un 16% de los errores se generan en la unidad psicogeriatrica. De los errores que llegan al paciente un 9% requieren monitorización y en un 3% se produce un daño. Un 19% de residentes acumula el 53% de los errores, los medicamentos más implicados son los parches y sobres. En un 37% se deben a falta de cumplimiento, un 29% a omisión de dosis o medicamentos. En cuanto a las consecuencias se produce en un 5% estreñimiento, episodios de agitación, un 4% dolor o vómitos, en un 3% caídas, un 2% problemas glucémicos o tensionales, requiriendo en un 1% traslado hospitalario.

Conclusiones: El análisis de la cadena de prescripción y dispensación es fundamental para garantizar la máxima seguridad y calidad asistencial, monitorizando y analizando las incidencias, generando áreas de mejora. En muchas ocasiones la presentación atípica de la enfermedad y la polifarmacia, dificulta un análisis causal de las consecuencias, al ser frecuentemente multifactorial. La gestión de dicha información sensible, debe servir para una mayor maduración de las organizaciones.

OC-013. PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Bermejo Boixareu, V. Saavedra Quirós, I. Abad Díez, B. Gutiérrez Parres, A. Núñez González y J. Gómez Rodrigo
Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de polifarmacia en pacientes institucionalizados atendidos en un servicio de urgencias de Madrid, prescripciones inadecuadas de medicamentos y la relación del tratamiento crónico considerado una prescripción inadecuada con alguno de los diagnósticos al ingreso.

Métodos: Estudio transversal sobre una cohorte de 124 pacientes institucionalizados que acudieron al servicio de urgencias durante el mes de julio de 2012. Se aplicaron los criterios STOPP/START para evaluar la prescripción inadecuada de los fármacos que tomaban de forma crónica. Así como revisar si los diagnósticos de urgencias eran una reacción adversa a algún fármaco que cumpliera criterio STOPP. Otro de los datos que se registraron fue la fecha de la última visita a urgencias o al hospital, si ésta era en consultas de medicina interna.

Resultados: La media de fármacos de consumo crónico por paciente fue de 9 principios activos. El 81,5% (101 pacientes) de la muestra tenía uno o más criterios STOPP, 104 pacientes (83,9%) tenían uno o más criterios START. El 16% de los motivos de consulta o diagnósticos de urgencias fue derivado de la prescripción inadecuada de alguno de los fármacos que tomaba el paciente de forma habitual. La estancia reciente (< 6 meses) en el hospital no está relacionado con disminución de la prescripción inadecuada.

Conclusiones: La prescripción inadecuada de fármacos tiene una alta prevalencia en pacientes institucionalizados. Es necesaria la evaluación del tratamiento crónico de los pacientes institucionalizados por parte de los médicos de urgencias, al igual que implantar la revisión periódica de fármacos por parte del Sistema Nacional de salud.

OC-014. ANCIANOS. ¿MEDICAMOS A TODOS IGUAL? ANALIZANDO LA POLIMEDICACIÓN Y EL USO DE PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN NUESTRO MEDIO

R.M. Quílez Pina¹, M.E. Castro Vilela², C. Bibian Getino¹, A. Merino Taboada¹ y C. Cánovas Pareja¹

¹Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. ²Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

Objetivos: Analizar prescripción farmacológica en ancianos y uso de fármacos potencialmente inadecuados (FPI) según BEERS-2012 y STOPP-START.

Métodos: Estudio descriptivo-prospectivo. Revisamos la prescripción farmacológica al ingreso y alta de los pacientes ingresados desde 1 agosto hasta 15 diciembre 2012. Analizamos variables sociodemográficas, Índices Charlson y Barthel. Valoramos uso de FPI según criterios BEERS-2012 y STOPP-START. SPSS.

Resultados: 332 pacientes. Edad media: 86a. Promedio fármacos ingreso/alta 7/6,8. 34% hombres. Estancia: 13d. Institucionalizados 34%. Charlson modificado 6,7. Demencia GDS \geq 6 57%. Barthel < 20 ingreso/alta 38/46%. Exitus intrahospitalario 13%. Reacciones adversas previas/durante 22/13%. Polimedicados (\geq 7) ingreso/alta 57%. Polimedición extrema (PE) ($>$ 10) ingreso/alta 24/18%. Observamos FPI según Beers al ingreso/alta 65/59% (inadecuados 57/51%, según enfermedad 44/38%, usar con precaución 23//27%), STOPP 67/55% y START 48/37%. El menor número de reacciones adversas se relacionó con menos fármacos al alta ($p = 0,003$) y menos FPI según STOPP ($p = 0,03$). No hallamos diferencias en estancia o exitus. En los que ingresaron por fracturas de cadera se observó PE ($p < 0,001$; OR: 5,4) y menos FPI según START ($p = 0,001$). Constatamos uso crónico previo y al alta de benzodiacepinas ($p = 0,03$; OR: 2). También encontramos relación entre cardiopatías y PE al alta ($p < 0,001$; OR: 3,6), BEERS ($p = 0,001$; OR: 2,2) y STOPP ($p = 0,03$; OR: 1,6). La demencia se relacionó con FPI según STOPP ($< 0,001$; OR: 2,7), BEERS ($p = 0,003$; OR2) y BEERS dependientes enfermedad ($p < 0,001$; OR: 3,9). Evidenciamos menor uso benzodiacepinas ($p = 0,03$); aumentando el uso crónico de neurolépticos ($< 0,001$; OR: 5). Los pacientes en cuidados paliativos presentaban menos FPI según BEERS ($p = 0,003$).

Conclusiones: Las fracturas en fase aguda “obligan” a la prescripción de múltiples fármacos favoreciendo la polimedición. También observamos polimedición en los cardiópatas, por ello deben ser grupos de especial atención. El uso crónico de benzodiacepinas en nuestros pacientes puede favorecer las caídas y fracturas. Los dementes presentan muchos FPI probablemente asociados al uso crónico de psicofármacos (fundamentalmente neurolépticos) por alteraciones conductuales. Los pacientes paliativos son un grupo especial donde los criterios BEERS y STOPP-START son de difícil aplicación. Como es de esperar si disminuimos el número de fármacos disminuye el número de reacciones adversas en nuestro medio. La alta prevalencia de polimedición aconseja instaurar medidas que favorezcan la “desprescripción”, como la utilización de estos criterios.

OC-015. PREVALENCIA DEL USO INAPROPIADO DE ANTISCRETORES EN PACIENTES MAYORES

M.E. Baeza Monedero, L. García Cabrera, N. Pérez Abascal, B. Montero Errasquín, C. Sánchez Castellanos y A. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El uso prolongado de antiscretores (inhibidores de la bomba de protones (IBP) o ranitidina) está muy extendido en la población mayor. Este uso no siempre es acorde con la evidencia y puede causar efectos secundarios e interacciones.

Objetivos: Estudiar la prevalencia del uso de antiscretores y su justificación según los criterios STOPP-START, comprobar si son suspendidos al alta hospitalaria cuando su prescripción es inadecuada y si se reintroducen posteriormente en el medio ambulatorio.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría de un hospital terciario de forma consecutiva durante un año que tomaban antisecretores como tratamiento previo al ingreso y fueron dados de alta vivos. Se recogieron datos sociodemográficos, situación basal, antecedentes y tratamiento previo. Se analizó la indicación de los antisecretores según los criterios STOPP-START. Se revisó después la historia informatizada de Atención Primaria a los 3 meses del alta para verificar si se habían introducido los antisecretores y por qué causa.

Resultados: 94 pacientes tomaban antisecretores al ingreso (prevalencia 52%). De ellos, 68% fueron mujeres con edad media 88,7 años. Un tercio tenían dependencia completa (Katz G, FAC 0) y un 68% deterioro cognitivo. N° medio de fármacos al ingreso: 8; al alta 6. Motivo de ingreso más frecuente: infección respiratoria (39%) seguido de ITU. Estancia media: 5,8 días. El 83% de los pacientes no tenían indicación para tomar antisecretores de forma crónica. Se suspendieron al alta en el 74% de los casos no indicados. Los motivos de no retirarlos en el resto fueron por causas gastrointestinales no recogidas en dichos criterios (47%) o por tratamiento antiinflamatorio concomitante; en un 36% no existió una causa clara para mantenerlos. De los pacientes dados de alta sin antisecretores, se había reintroducido a los tres meses en el 71% de los casos, ninguno justificado según los STOPP/START.

Conclusiones: Los antisecretores se utilizan con frecuencia en personas mayores, en la mayor parte de las ocasiones sin una indicación clara. No siempre se retiran durante el ingreso hospitalario y la mayoría vuelven a utilizarlos al cabo de tres meses, siempre sin indicación.

OC-016. INFLUENCIA DE LA DIGOXINA SOBRE EL INTERVALO QT EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

C. Bibian Getino, R.M. Quílez Pina, J. Gil Rodríguez, Y. Constante Pérez, E. García-Arilla Calvo y R. Lozano Ortiz
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Valorar la influencia del tratamiento con digoxina sobre el intervalo QT en una población geriátrica.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo en 201 pacientes hospitalizados por cualquier motivo entre noviembre 2012 y febrero 2013. Se registraron variables sociodemográficas, comorbilidad, polimedición y fármacos potenciales prolongadores del intervalo QT obtenido del ECG, calculándose con la corrección de Fridericia (QT_f) y Bazett (QT_b), considerándose QT prolongado cuando estaba por encima del rango de referencia.

Resultados: Edad media: 86,3, 69,5% mujeres, Comorbilidad cardiovascular: HTA 68%, ACxFA 31%, IC 21%, IAM 13% y otras patologías 22,5%. Polimedición (≥ 7 fármacos) 45,5%. Pacientes con fármacos que afectan al QT: un fármaco 30% pacientes, dos 17%, tres 4%, Cuatro 2%; Digoxina 10%, QT = 381 ± 53 ms, FC = 85 ± 21 bpm, QT_f = 423 ± 48 ms, QT_b = 446 ± 54 ms, Na = $139,8 \pm 5,3$ mEq/L, K = $4,6 \pm 2,9$ mEq/L y Ca = $8,9 \pm 0,7$ mg/dL, FG-MDRD (filtrado glomerular estimado) = $70,1 \pm 34,3$ mL/min/1,73 y Cr = $1,1 \pm 0,5$ mg/dL. Prevalencia de QT prolongado, 41% y 23% para QT_b y QT_f, respectivamente, no encontrándose relación entre el total de fármacos catalogados como alargadores del intervalo QT pautados en un periodo de 15 días anterior al ingreso, con el alargamiento del intervalo QT, con probabilidades del 38% (OR = 0,56, p = 0,05) para QT_b y 35% (OR = 0,63, p = 0,19) para QT_f. Se encontró relación entre digoxina previa del paciente y ausencia de alargamiento del intervalo QT, siendo la probabilidad de ausencia de alargamiento del intervalo QT del 82% (OR = 4,6; IC95% = 1,3-16,5; p = 0,016) y del 77% (OR = 3,4; IC95% = 0,8-15,2; p = 0,107) para QT_b y QT_f, respectivamente, sin llegar a la significación estadística en el caso de QT_f, pero si en el caso de QT_b, debido al tamaño de la muestra.

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con digoxina al ingreso por cualquier causa tienen en nuestro estudio menor riesgo de pro-

longación del intervalo QT, a pesar del moderado alargamiento producido por los fármacos prescritos con potencial para hacerlo.

OC-017. EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA AL INGRESO HOSPITALARIO EN EL ÁREA MÉDICA Y QUIRÚRGICA

L. Portillo Horcajada¹, J. Gómez-Pavón², R. Fuentes Irigoyen¹, M.E. Martínez Núñez¹, O. Tornero Torres¹ y V. Delgado Cirerol³

¹Servicio de Farmacia; ²Servicio de Geriatría; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

Objetivos: Analizar la incidencia de errores de conciliación (EC) al ingreso hospitalario, los factores de riesgo asociados y la calidad de la información del visor clínico de atención primaria (VCAP).

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes ingresados en el área médica (geriatría/medicina interna) y quirúrgica (cirugía general/traumatología) con estancia > 2 días. Periodo de estudio: 01-10-2012 al 30-06-2012. Se excluyen aquellos con imposibilidad entrevista fiable. Un farmacéutico realizó la mejor historia farmacoterapéutica posible usando historia clínica, medicación prescrita en el VCAP y entrevista con el paciente/acompañante tras primeras 48h de ingreso/intervención quirúrgica. Se comparó con la prescripción médica hospitalaria, considerando EC aquella discrepancia no justificada clínicamente. Se determinó el tipo de error y gravedad mediante la categorización The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

Resultados: N = 195 (63% mujeres, edad media $82,4 \pm 6,12$ años). 23,58% pacientes presentó al menos un EC (11% médicas vs 67% quirúrgicas, p < 0,001). La incidencia EC/paciente = 0,36 (0,11 médicas vs 1,2 quirúrgicas). Se analizaron 2248 registros de medicación. Se produjeron 3,15% EC/medicación registrada (11% quirúrgica vs 1% médica). Tipo de error: 83% omisión, 1,4% comisión, 14% diferente dosis, vía o frecuencia y 1,4% prescripción contraindicada. Gravedad: 4,2% no alcanzó al paciente, 90% alcanzó sin daño, 2,8% requirió monitorización y 2,8% causó daño temporal. Comparando con medicina interna, los pacientes de geriatría presentaron más demencia (59% vs 35%, p = 0,007) y mayor grado de dependencia grave (57% vs 32%, p = 0,004) pero no se encontraron diferencias significativas en EC. El único factor asociado a EC en el área médica es la polifarmacia ($10,19 \pm 4,6$ vs $7,69 \pm 3,37$, p = 0,008). El VCAP mostró muy baja concordancia (K = 0,43).

Conclusiones: La incidencia de EC fue superior en el área quirúrgica. El número de medicamentos es el principal factor de riesgo de EC en el área médica. Destaca, la baja incidencia de EC en los servicios médicos comparado con los estudios realizados en centros dónde no hay unidades de geriatría. El VCAP no muestra utilidad en dicha conciliación.

OC-018. CAMBIOS NUTRICIONALES EN EL ANCIANO EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA. PROYECTO ONCOFRÁGIL. RESULTADOS PRELIMINARES

M.J. Molina-Garrido y A. Mora-Rufete
Hospital General Universitario. Elche.

Introducción: La nutrición es uno de los aspectos a tener en consideración antes de iniciar el tratamiento en pacientes oncológicos. Con este estudio se pretende analizar cuáles son los cambios que se producen a nivel nutricional en el anciano tratado con quimioterapia.

Métodos: Se incluyó a pacientes ≥ 70 años valorados en la Consulta de Cáncer en el Anciano de nuestro hospital. Se les determinó una serie de parámetros el primer día que acudieron a la consulta, y 4 meses más tarde. Dichos parámetros fueron: peso, índice de masa corporal (IMC), índice de masa muscular esquelética (IME), impedanciometría y riesgo nutricional (cuestionario NSI [Nutritive Screening Initiative]). Mediante t-Student se evaluaron los cambios que se pro-

ducían en dichos parámetros en los pacientes tratados con quimioterapia, ajustando por los pacientes no tratados.

Resultados: Se incluyó un total de 202 pacientes (edad media 79,50 años). El 43,1% (n = 87) recibió tratamiento con quimioterapia. De estos, en el momento de realización del análisis de datos, 38 habían completado los 4 meses de tratamiento. Los cambios en las distintas variables de evaluación nutricional inducidos por el tratamiento con quimioterapia, fueron los siguientes: a) peso: aumentó 1,06 kg con el tratamiento (IC95%: -2,67 a 0,56; p = 0,197); b) IME: disminuyó 0,30 kg/m² (IC95%: -0,20 a 0,80; p = 0,239); c) IMC: aumentó 39,93 kg/m² (IC95%: -1,26 a 0,18; p = 0,123); d) impedanciometría: aumentó 39,93 ohmios (IC95%: -65,57 a -14,29; p = 0,003); e) cuestionario NSI: aumentó 0,27 puntos (IC95%: -1,23 a 0,15; p = 0,123).

Conclusiones: La quimioterapia induce cambios en la fisiología del anciano oncológico, empeorando la conducción de la corriente eléctrica, probablemente, a expensas de un aumento en el tejido adiposo. En ancianos tratados con quimioterapia, éste parece ser el parámetro nutricional más sensible al cambio; estudios posteriores deberán evaluar si dicho cambio es reversible o no.

de peor recuperación funcional a los 4 meses, por lo que deben obligar a intervenir ya durante el ingreso.

OC-020. PERCEPCIÓN DEL MIEDO A CAER MEDIANTE LA FALLS EFFICACY SCALE (FES) EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA GERIÁTRICA ANTES Y DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

M.C.M.J. Pereira, C. Roqueta Guillén, M. Martín Montagut, S. Burcet Pérez, H. Alfaro Riveros y R. Miralles Basseda
Centro Fórum. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Valorar la percepción del miedo a caer en pacientes ingresados en una unidad de convalecencia geriátrica (UCO) antes y después de un programa de rehabilitación.

Métodos: Se aplicó una versión traducida al castellano de la "Falls Efficacy Scale" (FES) (J Gerontol. 1990;45:239) a 66 pacientes (65,15 mujeres), con una edad media de 80,66 ± 8,56 años, al iniciar la marcha y en el momento del alta de la UCO. Dicha escala consta de 10 actividades, cada una de las cuales se puntuó entre 1 y 10 (1 = poca confianza, mucho miedo y 10 = mucha confianza, poco miedo) (puntuación total: de 10 a 100). Todos los pacientes recibieron durante el ingreso una intervención interdisciplinar, con el principal objetivo de reeducar la marcha y las actividades de la vida diaria. Se compararon los diferentes ítems de la FES antes y después de dicha intervención interdisciplinar.

Resultados: Las medias de las puntuaciones de los ítems de FES en los pacientes evaluados en el momento de la inclusión y al alta fueron: "Tomar una ducha o baño": 5,12 ± 3,13 vs 5,00 ± 3,15 (p = 0,84), "ordenar armarios": 4,98 ± 3,31 vs 5,71 ± 3,30 (p = 0,050), "caminar": 5,96 ± 2,99 vs 7,34 ± 2,58 (p = 0,001), "preparar comidas": 5,40 ± 3,53 vs 6,75 ± 2,93 (p < 0,003), "transferencia cama": 5,33 ± 3,48 vs 7,15 ± 2,85 (p < 0,001), "contestar al teléfono o abrir la puerta": 4,80 ± 3,35 vs 6,59 ± 3,07 (p < 0,001), "transferencia silla": 6,21 ± 2,98 vs 7,40 ± 2,73 (p < 0,002), "transferencia wc": 5,68 ± 3,19 vs 7,31 ± 2,75 (p < 0,001), "vestirse y desvestirse": 6,37 ± 3,31 vs 7,57 ± 2,91 (p < 0,003), "higiene personal": 6,62 ± 3,19 vs 8,15 ± 2,52 (p < 0,001), respectivamente.

Conclusiones: En el momento del alta y tras la intervención llevada a cabo en la UCO, las medias de las puntuaciones de casi todas las actividades evaluadas en la FES fueron significativamente superiores (mayor confianza, menor percepción de miedo a caer).

OC-021. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS, 2002-2012

J. Alaba¹, C. Martins², A. Matos², B. Andia², E. Canchi² y Y. Nuquez¹
¹Fundación Matia. Guipúzcoa. ²Gerozerlan. Guipúzcoa.

Objetivos: Valorar la prevalencia e incidencia de caídas y sus consecuencias en población geriátrica institucionalizada.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de período, recogiendo en un Centro gerontológico los registros de caídas en los últimos 10 años, sin disponer en el mismo de estancias temporales. Desde el año 2002 ante cualquier caída detectada se realiza un informe descriptivo analizando las circunstancias de la misma y sus posibles consecuencias. La tasa de caídas se obtiene calculando el número de caídas totales entre el número de residentes atendidos en un año y la tasa de fracturas es la proporción entre el número de fracturas totales dividido entre el número total de caídas producidas. La densidad de incidencia de caídas se calcula el número de caídas entre el tiempo de exposición hasta que se produce la misma.

Resultados: El Centro Gerontológico Txara 1 es un centro de 120 residentes, con una edad media de 85 años, el 21% hombres, un 51% con dependencia grave, un 61% con demencia, un 34% con malnutrición y una media de 6,23 medicamentos. Se han analizado 1.943 caídas, en 1.742 residentes (media de 154 residentes/año), con una tasa de

Caídas-Ortoperiatria

OC-019. FACTORES PREDICTORES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL A LOS 4 MESES TRAS FRACTURA DE FÉMUR EN PACIENTES ANCIANOS

J.M. Santiago Bautista¹, T. Casanova Querol² y A. González Martín²

¹Consorci Sanitari Integral. Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat. ²Consorci Sanitari Integral. Hospital del Baix Llobregat Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

Objetivos: Identificar los factores pronósticos de recuperación funcional en ancianos intervenidos de fractura de fémur en nuestro centro.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes > 65 años que, a 4 meses de la hospitalización por fractura de fémur en nuestra unidad de Ortoperiatria, acudieron a consulta entre febrero 2011 y diciembre 2012. Se registró información al ingreso, al alta y en la visita de seguimiento. Los factores evaluados fueron antropométricos (índice masa corporal (IMC); médicos (comorbilidad, tipo fractura, tratamiento farmacológico, osteoporosis); funcionales (Índice de Barthel (IB), ayudas); cognitivos (confusional al ingreso (CAM), Pfeiffer, miedo a caídas) y sociales. La ganancia funcional (GF) se analizó como la diferencia del IB a los 4 meses respecto al basal; una diferencia < 20 puntos o un incremento porcentual del 80% se consideraron como recuperaciones adecuadas

Resultados: Se estudiaron 159 pacientes (89,3% de los citados), 121 (76,1%) mujeres, con una edad media de 83,2 años (66-98). De las fracturas, 129 (81,1%) fueron estables, de las cuales 75 (47,2%) subcapitales, 78 (49,1%) pertrocantáreas, 4 (2,5%) subtrocantáreas, y 2 (1,3%) periprotésicas. La estancia media fue de 15 días (3-44) (mediana 14 días). La media de espera hasta la intervención fue de 4,1 días (0-31) con una mediana de 3 días, no interviniéndose quirúrgicamente en 3 casos. La media del índice de Charlson fue 2,45 (0-8); 45 pacientes (28,3%) presentaron CAM+, 69 tenían demencia (43,4%). El IB a los 4 meses fue superior al 80% del basal en 90 pacientes (58,4%); la diferencia respecto al IB basal fue < 20 en 98 casos (63,2%). La presencia de CAM+ al ingreso se relacionó con mayor pérdida funcional (p = 0,021). Los pacientes con GF adecuada tenían una edad significativamente menor que los pacientes con una pérdida superior o igual a 20 puntos (82,4 años ± 6,3 vs 84,9 años ± 5,9 años, p = 0,016), y un IMC significativamente mayor (22,1 Kg/m² ± 10,7 vs 15,8 ± 12,5, p = 0,001).

Conclusiones: La edad, la presencia de síndrome confusional durante el ingreso y un bajo índice de masa corporal se mostraron predictores

caídas de 1,65, una tasa de fracturas de 2,23 (un 52% de cadera), en donde un 8% de los residentes acumulan el 40% de las caídas totales. La densidad de incidencia obtenida es de 2,92 caídas por 1.000 estancias al año. Las caídas producidas en aquellos residentes portadores de medidas de restricción física suponen el 9%. Estratificando las caídas según riesgos el 58% de las caídas se dan en el grupo de riesgo alto (RC2) y el 7% en días festivos. En cuanto a consecuencias agudas se producen heridas o contusiones en un 8%, apreciándose deterioro funcional en un 5% y miedo poscaída en un 3%.

Conclusiones: El disponer de datos acumulados en un centro sin estancias temporales, nos aproxima en gran medida a la realidad epidemiológica de las caídas en un Centro gerontológico de grandes dependientes. El análisis de los registros permite identificar a aquellos residentes con mayor riesgo de fracturas, para que tras una valoración exhaustiva poder intervenir precozmente.

OC-022. ¿QUÉ FACTORES AFECTAN A LA MORTALIDAD EN PACIENTES OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA?

C. Herrera Bozzo, R.M. Quílez Pina, Y. Constante Pérez, J. Gil Rodríguez y P. Mesa Lampre
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Conocer factores asociados a la mortalidad al año de seguimiento en pacientes operados de fractura de cadera.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyen los pacientes intervenidos durante los años 2010 y 2011, ingresados en la unidad de ortogeriatría del Hospital Ntra Sra de Gracia. Evaluamos variables recogidas en el ingreso: sociodemográficas, nutricionales (MiniMNA y parámetros analíticos), funcionalidad previa (Barthel), deterioro cognitivo (Pfeiffer), comorbilidad, Índice de Charlson corregido, tipo de fractura, antecedente de fractura de cadera, ayudas para caminar, estancia, complicaciones generales, reingreso y mortalidad al año. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS.

Resultados: 245 pacientes, mortalidad intrahospitalaria 7,8% y al año acumulada 22% (N = 54), 90,7% mujeres, edad media 89,1 años (p = 0,00), el 44,4% provenía de residencia (p = 0,016); 69,5% tenía albúmina < 3 y el 65% colesterol < 140; 85% tenía MNA con riesgo o malnutrición (p = 0,001), Barthel previo > 60, 44% (p = 0,030), el 68% Pfeiffer > 4 (p = 0,035); el 56% tenía demencia (p = 0,23), hipertensión arterial 72,2%; Charlson ≥ 5 94,4% (p = 0,002); 37% Fractura subcapital de fémur y antecedente de fractura de cadera el 13%. Necesidad de ayuda para la marcha 66,7%; estancia media en agudos de 21,2 días, pasan a convalecencia el 39% (p = 0,00). Anemia 48,1% y delirium 51,8% (p = 0,014); reingresa por cualquier motivo a lo largo del año el 34,5%. En la regresión de Cox se asocia a mortalidad al año el estado nutricional según Mini MNA HR = 2,3 (p = 0,032).

Conclusiones: Los factores asociados a mortalidad en nuestra población son similares a los observados en otras series: mayor edad, peor estado funcional y cognitivo previos, presencia de delirium entre las complicaciones además de mayor comorbilidad. Posiblemente estos factores se encuentren asociados a que el domicilio habitual sea una residencia y a la necesidad de convalecencia antes del alta hospitalaria. Solo el estado nutricional previo medido a través del MiniMNA se asocia a mayor mortalidad a lo largo del año, lo cual demuestra que es un buen marcador.

OC-023. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS: "CAÍDAS ZERO. ATENCIÓN INTEGRAL ANTE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS"

B. Solas Gómez, C. Benedicto, A. Chato, D. Muñoz, E. Fernández del Palacio y M. Lázaro
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: La seguridad de los pacientes es un indicativo de calidad en la atención sanitaria. Expertos de diversas unidades hospitalarias

han elaborado un procedimiento de atención integral ante caídas con los siguientes objetivos: 1) Minimizar las caídas y sus consecuencias; 2) Estandarizar la valoración del riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados; 3) Establecer una estrategia formal de actuaciones para prevenir riesgos de caídas; 4) Concienciar y sensibilizar a los profesionales, pacientes y familiares sobre la importancia de prevenir el riesgo fomentando una cultura de seguridad; 5) Mejorar la calidad de la atención de enfermería valorando el riesgo y aplicando actuaciones de prevención.

Métodos: Periodo de estudio (junio 2012-febrero 2013). El procedimiento consta: a) valoración de todos los pacientes diariamente; b) identificación de pacientes de alto riesgo mediante la escala de Dowton; c) registro del nivel de riesgo en soporte informático; d) instrucción a los pacientes y miembros de la familia sobre riesgos y consecuencias de las caídas; e) detección de factores de riesgo ambiental; f) monitorización y evaluación de todas las caídas que tengan lugar mediante una hoja de registro. Análisis estadístico: SPSS V15.0.

Resultados: Desde la fecha de instauración del procedimiento se han registrado 221 caídas con una incidencia de 0,75% en el área médica, de 0,3% en el área quirúrgica y de 11% en psiquiatría (p < 0,001). En el periodo de estudio se han producido 9,2 caídas por cada 1.000 ingresos y 1,2 caídas por cada 1.000 días de estancia. Se han realizado 42 carteles de intervenciones generales de prevención de caídas denominados "caídas zero" en unidades de enfermería. Se ha reunido el grupo de trabajo en 10 ocasiones para identificar los factores de riesgo ambientales y del paciente.

Conclusiones: 1. La elaboración de un procedimiento reglado y común de evaluación y prevención de caídas hospitalarias permite identificar precozmente los factores de riesgo personales y ambientales. También, establecer intervenciones generales de prevención para minimizar el número y consecuencias de las mismas. 2. Es fundamental evaluar el procedimiento mediante indicadores y realizar reuniones periódicas del equipo para establecer estrategias de mejora.

OC-024. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LESIONES Y ÚLCERAS EN LA PIEL EN PACIENTES ANCIANOS CON TRACCIÓN BLANDA

R.Y. Gracia de San Román, A.I. Montero Navarro, R. Ruano Domingo y S. Martín Lozano
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo asociados al desarrollo de lesiones y úlceras en la piel producidas por el uso de tracción blanda en pacientes ancianos con fractura de cadera en el periodo preoperatorio.

Métodos: Se estudian 111 pacientes ingresados consecutivamente en la unidad de fractura de caderas del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid con el diagnóstico de fractura peritrocanterea de fémur y con tracción blanda desde octubre/2011 hasta octubre/2012. Se recogieron datos sobre aspectos sociodemográficos, antecedentes médicos, tratamiento, valores analíticos nutricionales en el momento del ingreso y durante el periodo prequirúrgico. Se pasó diariamente la escala Norton y se verificó la correcta colocación de la tracción. Se hicieron análisis descriptivos y de asociación.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 84 ± 7 años, con un I Barthel 79 ± 24 y una media de 5 enfermedades asociadas. La incidencia de úlceras y lesiones en la piel fue baja (12,61%), con un grado de I a III. Los pacientes que presentaron úlceras tenían un valor en la escala Norton al ingreso menor que aquellos que no presentaron úlceras (12,50 vs 13,53, p < 0,1). Del mismo modo los pacientes que desarrollaron dichas úlceras presentaron valores de albúmina (13,57 vs 16,14, p < 0,05) y prealbúmina inferiores a los valores de quienes no la desarrollaron (3,40 vs 3,57, p < 0,1). No hubo relación entre la aparición de úlceras y los distintos factores recogidos.

Conclusiones: Existe una asociación entre la aparición de úlceras y lesiones en la con un bajo valor en las escala Norton al ingreso y los bajos niveles de albúmina y prealbúmina, aunque no sea significativa. Probablemente, el tamaño muestral no haya podido evidenciar dicha significación. Aun así, podrían ser marcadores que identifiquen los pacientes de riesgo. Aunque la incidencia de úlceras fue bajo, la gravedad de las producidas por arrancamiento de la tracción nos obliga plantear nuevos estudios de prevención.

OC-025. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LOS FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS EN ÚLCERAS CRÓNICAS

M. Espaulella Ferrer, T. Méndez Siliuto, A. Torné Coromina, M. Moruno Sánchez, J. Espaulella Panicot y M. Ferrer Sola
Hospital de la Santa Creu. Vic.

Introducción: Las úlceras crónicas se presentan en 1,5% de la población en algún momento de su vida con importantes repercusiones en los pacientes y en los sistemas de salud. En los últimos años se han desarrollado técnicas biológicas para mejorar la velocidad de curación. Las unidades especializadas de úlceras pueden ubicarse en el contexto de hospitales de día geriátricos y han demostrado un incremento de eficacia en los índices de curación.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento con factores de crecimiento autólogos (FCA) en úlceras crónicas.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes con úlceras crónicas que han recibido tratamiento con FCA en la unidad de heridas crónicas del Hospital de la Sta Creu de Vic de junio de 2011 a enero de 2013.

Resultados: Han recibido tratamiento 77 pacientes con un total de 112 heridas crónicas entre las cuales ha existido curación en el 62,5% de los casos. Sólo el 8,03% de los pacientes no han presentado mejoría. De estos: 2 presentaban úlceras arteriales y han sido exitus, 1 tenía una úlcera de Martorell (mejoró el dolor), 1 etiología mixta y 5 úlceras venosas todas con más de 5 años de evolución. Por etiología las que más curan son las úlceras por presión con un 70% de los casos y en el 30% mejoran, las arteriales curan en un 62,5% y mejoran en un 33,3% y por último las venosas curan el 51,3% y mejoran en el 35,9%.

Conclusiones: Los FCA son eficaces, seguros y no presentan efectos secundarios. El procedimiento no es complejo y se puede llevar a cabo en hospital de día. Mejora la calidad de vida de los pacientes por la disminución del dolor y del número de curas semanales.

OC-026. SISTEMAS DE REALIDAD VIRTUAL Y REHABILITACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS

A.I. Corredor Sánchez¹, M. Rodríguez Hernández¹, O. López Martín¹, I. Dimbwadyo Terrer² y B. Polonio López¹
¹UCLM. ²Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.

Objetivos: Conocer la opinión de profesionales implicados en la rehabilitación geriátrica sobre la utilización de juegos de realidad virtual en el proceso rehabilitador de personas mayores con deterioro funcional.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con terapeutas ocupacionales matriculados en el curso de Especialista Universitario de Terapia Ocupacional Aplicada al Daño Cerebral de la Universidad de Castilla la Mancha. Los participantes completaron un ensayo práctico con 4 juegos de la consola Wii (Nintendo) y 4 juegos con la consola Kinect (Xbox). Posteriormente se administró un cuestionario, diseñado *ad hoc*, en el que se incluía la relación de cada uno de los juegos con funciones neuromusculoesqueléticas y mentales descritas por la CIF (atención, memoria, percepción, posición del cuerpo, encadenamiento de movimientos complejos, resistencia y deambulación) y el potencial uso de estos juegos para la rehabilitación de patologías altamente prevalentes como ictus, demencia, caídas, parkinson y osteoartrosis.

Resultados: Se incluyeron 26 terapeutas ocupacionales, con edades comprendidas entre 21-27 años (73%) y una experiencia profesional media de tres años. Un grupo mayoritario (80%) había participado en el proceso rehabilitador de pacientes geriátricos. El 100% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que los juegos de realidad virtual podrían aplicarse en el entrenamiento de la atención, percepción, movilidad de miembros inferiores, equilibrio y encadenamiento de movimientos complejos. Un porcentaje elevado consideró que también podrían aplicarse al tratamiento de otras funciones CIF como el posicionamiento del cuerpo (95% en Kinect y 60% en Wii) y memoria (70% Kinect y 81%Wii). Se encontró alto grado de acuerdo en el tipo de patologías que podrían beneficiarse de estos juegos: ictus (85,5%), caídas (82%) y demencia (71%). A pesar de la homogeneidad en la utilidad de las dos consolas se encontraron diferencias significativas ($p = 0,026$) de Wii sobre Kinect en memoria y de Kinect sobre Wii en el abordaje de caídas ($p = 0,046$). Por último, los participantes estimaron que la duración más apropiada de las sesiones sería de 15 a 30 sesiones (68%, dos veces a las semana (61%).

Conclusiones: Los videojuegos de realidad virtual podrían utilizarse como técnica de terapia ocupacional para la rehabilitación del deterioro funcional.

OC-027. VALOR DE LA MEDICIÓN DE ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN COGNITIVA

R. López Mongil, A. Gordaliza Ramos, R. Cano Calderón, J.A. Alonso Bravo, S. Iglesias Ranilla y B. Pastor Cuadrado
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Proponer un nuevo modelo de medición de Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) en el medio residencial para establecer las actividades que realizan y las que prefieren los ancianos vinculadas con el bienestar físico, mental y de participación social, ello permitirá una mejor planificación de los servicios de atención. Determinar el grado de relación con la función cognitiva.

Métodos: Se analizan 133 pacientes de dos unidades geriátricas (UG1, UG2) y una psicogeriátrica (UPG). Se aplica el test AAVD Mongil; cada una de las 15 funciones que valora se clasifica en tres grados: Si lo realizan habitualmente puntuá como 0, en ocasiones 1 y si no realizan la actividad, 2. Se relaciona con la función cognitiva medida con el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).

Resultados: 65 residentes (48,51%), no realizan la encuesta. Demencia: UG1: 64,29%, UG2: 75,56, UPG: 64,44%. Se valoran las siguientes funciones y/o actividades: lectura, A (alguna vez: 0 y 1): 14,94%, B (Nunca, 2): 36,57%, escritura A: 14,94%, B: 36,57%, ver la televisión/escuchar la radio: A: 47,76%, B: 3,73%, actividades (a) de estimulación cognitiva A: 14,94%, B: 36,57%, a. artesanales y manualidades: A: 17,91%, B: 33,58%, fisioterapia y/o actividad física: A: 26,87%, B: 24,63%, a. religiosas: A: 33,58%, B: 17,91%, juegos de mesa: A: 11,94%, B: 39,55%, a. musicales: A: 32,84%, B: 18,66%, pasear fuera de la vivienda: A: 18,66%, B: 32,84%, informática: A: 0%, B: 51,49%, jardinería y horticultura A: 6,72%, B: 44,78%, excursiones/viajes: A: 26,87%, B: 24,63%, cine, teatro, conciertos: A: 12,69%, B: 38,81%, mantiene relaciones sociales A: 41,04%, B: 10,45%. Regresión lineal: MEC-AAVD: Coeficiente de correlación: -0,49, R^2 : 24,28, p : 0,0001. Por cada punto que aumenta el test AAVD (aumenta la dependencia) disminuye 0,8 puntos en promedio el MEC.

Conclusiones: En el momento de explorar la esfera funcional se hace necesario interrogar acerca de la dependencia en AAVD. El test Mongil de AAVD analiza la capacidad de los residentes para participar en la vida social en 15 diferentes actividades. Las actividades que más realizan son: Ver la TV-escuchar la radio, relaciones sociales, a. religiosas, estimulación cognitiva, musicales y fisioterapia. El test AAVD Mongil se relaciona de manera positiva con la función cognitiva. Sirve para desarrollar modelos que promuevan la reducción de la dependencia y fomentar la educación en hábitos de salud orientando la

promoción de la salud social. Este es uno de los procedimientos de elección para optimizar el nivel de salud de esta población.

OC-055. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

M.C. González Frasquet, J. Cubes, R. Villamar, E. Burdeos Palau, J.A. Avellana y F.J. Tarazona Santabalbina
Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducción: El Hospital Universitario de la Ribera implementó la guía de fractura de cadera en el año 2001.

Objetivos: Actualizar la guía según la evidencia científica generada y los resultados de mejora resaltados en las auditorías internas efectuadas. Incrementar las estrategias interdisciplinares basadas en la inmediatez, precocidad y prevención.

Métodos: Se recopiló la literatura científica sobre la fractura de cadera con la finalidad de aplicar las medidas que hubieran demostrado eficiencia. La comisión responsable de redactar la guía se reunió semanalmente para consensuar las recomendaciones incluidas.

Resultados: La guía actualizada enfatiza la importancia del servicio de urgencias y establece la prioridad de atención en dicho servicio en menos de 60 minutos junto al control del dolor con una puntuación EVA ≤ 3 , valoración electrolítica e inicio de fluidoterapia, peticiones sanguíneas prequirúrgicas protocolizadas –uniendo el estudio anestésico, función renal y hepática, metabolismo ferroso, parámetros nutricionales, calcidiol y PTH- y pruebas radiológicas necesarias –Rx tórax no de forma rutinaria-. En las primeras 24 horas de hospitalización la guía incluye la administración de una dosis única de carboximaltosa de hierro 500 mg. Valoración por geriatría en menos de 8 horas desde ingreso destacando la aplicación de procedimientos no farmacológicos de prevención de delirio. La valoración del uso del bloqueo femoral como técnica de control del dolor y el establecimiento de un protocolo de reversión de anticoagulación y antiagregación para evitar demoras quirúrgicas superiores a las 36 horas son otras novedades aportadas. El nuevo protocolo incide en evitar el sondaje vesical sistemático y establece la cifra inferior a 9 g/dl de hemoglobina -10 g/dl en cardiópatas- como parámetro de referencia para indicar transfusión autóloga. En el área quirúrgica es imprescindible completar el 100% del checklist quirúrgico para realizar la intervención. La técnica quirúrgica empleada en cada tipo de fractura se basa en las recomendaciones de las evidencias científicas publicadas sobre el tema. La valoración de rehabilitación se realiza las primeras 24 horas tras intervención. El alta hospitalaria incluye informe de enfermería, traumatología, geriatría y rehabilitación para facilitar la continuidad de cuidados en Atención Primaria.

de edad. Identificar los factores que influyen en la conversión de síndrome confusional agudo en delirium prolongado.

Métodos: Estudio observacional, transversal. Revisión de historias de los pacientes que, desde agosto a diciembre de 2011 habían sufrido delirium. Se incluyeron aquellos pacientes que tras revisar los informes de alta y las hojas de evolución, cumplían los criterios para diagnóstico de delirium del CAM (*Confusion Assessment Method*). Variables recogidas: datos sociodemográficos, servicio de procedencia, motivo de ingreso, situación funcional previa y al ingreso (Índice de Barthel), situación cognitiva previa (Escala de la Cruz roja Mental) y al ingreso (SPMSQ de Pfeiffer), unidad en la que queda ingresado, indicación de RHB. En caso de haber sido de alta antes de 4 semanas, contacto telefónico. Análisis de los datos con el programa SPSS.

Resultados: Sesenta pacientes (55,6% mujeres). Edad media $84,75 \pm 8,8$ años. Procedencia: 50% de urgencias, 43% de otros servicios, una vez valorados por la UVSS y 6,6% de HDG o C. Externas. Estancia media $19,6 \pm 15,9$ días. Veinte pacientes sufrieron delirium prolongado. Estancia significativamente mayor ($26,1 \pm 20,4$ días). Dependencia funcional total al ingreso 13,8%, al alta 38%. Deterioro cognitivo previo 41,6%. Institucionalizados al ingreso 23,3%, al alta 30%. Exitus 18% (mortalidad significativamente mayor en el grupo de delirium prolongado). Porcentaje significativamente mayor de pacientes con delirium prolongado en rehabilitación (16,6%) y con patología traumática (50%).

Conclusiones: El delirium en el paciente geriátrico hospitalizado se relaciona con deterioro funcional e institucionalización independientemente de que éste sea prolongado o no. Los pacientes con patologías traumáticas e ingresados para rehabilitación pueden ser un grupo con mayor riesgo de padecer delirium de más de 4 semanas. El delirium prolongado se relaciona con una mayor estancia media y mayor mortalidad.

OC-029. RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS Y ESCALAS DE VALORACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS SUBAGUDO

M. Balasch i Bernat¹, E. Noé Sebastián², L. Fuentes Aparicio¹, S. Cortés Amador¹, L. Dueñas Moscardó¹ y M.J. Ponce Darós¹

¹Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valencia. ²Hospitales Nisa Valencia Al Mar. Valencia.

Objetivos: Determinar la relación entre las distintas escalas de valoración para ictus así como las relaciones entre las características demográficas y clínicas y dichas escalas de valoración, en el momento del ingreso en una unidad de rehabilitación específica para ictus.

Métodos: Se determinó el estado de 106 pacientes con ictus subagudo al ingreso a través del registro de características demográficas y clínicas (edad, sexo, cronicidad, tipo de ictus, lateralidad de la lesión, nivel comunicativo, estado neurológico, NPI y COVS) así como de las puntuaciones de 10 escalas de valoración para ictus (Barthel, LB, FIM, FAM, DOS, GOS, CyN, Rankin, ICARS y NIH). El tratamiento estadístico de los datos comprendió la obtención de los coeficientes de correlación lineal, la realización de un análisis cluster por variables y un análisis multivariante de componentes principales.

Resultados: Barthel, FIM y FAM presentaron una elevada correlación entre ellas, mientras que las correlaciones fueron bajas entre GOS y el resto de escalas. Se diferenciaron dos grupos de escalas de valoración: un primer grupo constituido por Barthel, FIM, FAM, ICARS y NIH, y un segundo grupo formado por LB, DOS, Rankin, CyN y GOS. El mayor grado de semejanza se presentó entre Barthel, FIM y FAM. La componente principal obtenida explicó un 65,9% de la variabilidad total entre pacientes para el conjunto de las 10 escalas, interpretándose como un índice global del estado de salud general. Las variables cronicidad (p -valor = 0,004; r = -0,28) y COVS (p -valor = 0,000; r = 0,82) presentaron correlación significativa y positiva. Estado neuro-

Sistema nervioso central

OC-028. DESCRIPCIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DELIRIUM, DELIRIUM PROLONGADO

L. Morlans Gracia
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Introducción: Existen factores clínicos que influyen en la conversión de un síndrome confusional agudo en un delirium prolongado.

Objetivos: Describir al paciente geriátrico hospitalizado con delirium. Determinar la incidencia de delirium prolongado (más de 4 semanas) en los pacientes ingresados en tres unidades del Servicio de Geriatría. Establecer las diferencias en la incidencia según grupos

lógico y nivel comunicativo también resultaron significativas (p -valor = 0,000).

Conclusiones: Existen dos grupos de escalas que responden a la estructura de la CIF: Barthel, FIM, FAM, ICARS y NIH valoran las funciones y estructuras corporales y las actividades; LB, DOS, Rankin, CyN y GOS obedecen al dominio de participación. El estado de salud general al ingreso es más grave en los casos de menor cronicidad, menor puntuación de COVS, y estado neurológico y nivel comunicativo más grave.

OC-030. RIESGO NUTRICIONAL Y DISCAPACIDAD INCIDENTE EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. ESTUDIO FRADEA

S. Salmerón Ríos, P. Peña Labour, M. Fernández Sánchez, M. Martínez Reig, P.A. Hernández Zegarra y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar la asociación entre la versión abreviada del Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) total, sus diferentes ítems y diferentes constructos modificados con discapacidad incidente en actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Métodos: 678 participantes del estudio FRADEA. Se registró el riesgo nutricional mediante el MNA-SF y se construyeron los siguientes constructos: A = MNA completo, B = MNA sin IMC, C = MNA sin IMC y enfermedad aguda y D = MNA sin IMC, enfermedad y demencia. Se consideró discapacidad incidente en ABVD cuando se perdió alguna de las siguientes actividades del Barthel: baño, aseo, vestido, retrete, o comida entre la visita basal y seguimiento. El riesgo de discapacidad incidente se determinó mediante regresión logística, ajustado por edad, género, fragilidad, comorbilidad, discapacidad prevalente, afecto y cognición para el MNA-SF global y para cada uno de sus ítems. Posteriormente se analizó la asociación entre los diferentes constructos y discapacidad incidente mediante curvas ROC y se calculó el área bajo la curva (ABC), mejor punto de corte (MPC), la sensibilidad (S) y especificidad (E).

Resultados: Edad media 78 años. 42,2% hombres. MNA-SF 12,4 (DE 1,9). El 15,6% tenían anorexia, 24,8% pérdida de peso, 19,2% problemas de movilidad, 21,1% enfermedad aguda, 20,1% demencia o depresión, y 8,7% IMC < 23. Tuvieron MNA-SF < 12 el 26,1% y < 14 el 57,5%. Solo la pérdida de peso (OR 1,75; IC95% 1,08-2,83) y la mala movilidad (HR 3,35; IC95% 1,67-6,73) fueron predictores independientes de discapacidad incidente. Un MNA-SF < 14 se asoció con discapacidad incidente (OR 2,33; IC95% 1,39-3,89), pero no < 12. El ABC con su MPC, S y E para cada constructo fue: A = 0,669 (IC95% 0,618-0,720; p < 0,001; MPC < 14, S 0,79, E 0,51), B = 0,669 (IC95% 0,619-0,719; p < 0,001; MPC < 11, S 0,77, E 0,54), C = 0,708 (IC95% 0,659-0,758; p < 0,001; MPC < 9, S 0,75, E 0,63), D = 0,708 (IC95% 0,657-0,758; p < 0,001; MPC < 7, S 0,69, E 0,73).

Conclusiones: El MNA-SF se asocia con discapacidad incidente en ABVD cuando es menor a 14 puntos. Los componentes asociados a discapacidad incidente son la pérdida de peso y la mala movilidad. El constructo conformado anorexia, pérdida de peso y movilidad es el que aporta mayor poder predictivo global de discapacidad incidente.

OC-031. LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (PCC)

E. Sánchez Barbas, R. Montejos Cahis, M. Cabré Roure, D. Rubio López, E. Palomera Fanegas y M. Serra-Prat
Hospital de Mataró.

Objetivos: Evaluar y describir las características clínicas y la detección de necesidades mediante una evaluación geriátrica integral de los pacientes atendidos en un hospital de día de PCC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes atendidos en un Hospital de día de PCC desde el 1 de septiembre hasta el 31 de diciembre de 2012. Participaron aquellos que dieron consentimiento por escrito. Factores de estudio: variables sociodemográficas (edad, sexo, convivencia y procedencia), comorbilidades (índice de comorbilidad de Charlson), síndromes geriátricos, grado de fragilidad, estado cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Índice de Barthel), estado nutricional (Mini nutricional Assessment short Form), depresión (Escala de Yesavage), disfagia orofaríngea (Test de volumen viscosidad), Índice de mortalidad al año, Escala del sueño de Epworth, bioquímica básica (hemoglobina, creatinina, albúmina y colesterol), número de medicamentos, mortalidad y la calidad de vida percibida mediante el EuroQol-5D.

Resultados: Se estudiaron 101 pacientes (62,4% mujeres), edad 86,0 (6,0) años. Las comorbilidades más frecuentes: insuficiencia cardíaca (60,4%), diabetes mellitus (42,6%), neumopatía crónica (33%), cardiopatía isquémica (35,6%) y demencia (30,7%). El 80% incontinencia urinaria, 68,3% disfagia orofaríngea, 57,3% trastornos del sueño, 20% úlceras por presión, 26,7% deterioro cognitivo moderado y 11,9% grave, 30,7% depresión leve y 12,9% depresión establecida, 30,7% malnutrición, 64,5% dependencia moderada-grave y 62,4% moderadamente a gravemente frágiles. En el 21,8% de los pacientes el riesgo de mortalidad al año era mayor del 40%. Medicamentos 10,2 DE 3,8. El 63% refería un estado peor de salud respecto al último año. La media de la escala visual de salud fue de 52,89 DE 26,0. Más del 45% refería tener ansiedad y dolor y el 70% requería ayuda para las actividades de la vida diaria.

Conclusiones: Los pacientes atendidos en el hospital de día de PCC tienen muchas comorbilidades especialmente cardiovasculares y respiratorias, polimedicados, con una pérdida de función física importante, con trastornos severos del ánimo y el sueño, peor calidad de vida y más del 20% están en una situación de final de vida. La valoración integral aporta una información inicial completa que permite adecuar la gestión de los recursos sanitarios y sociales en función de sus necesidades.

OC-032. EFECTOS DEL ESTADO COGNITIVO SOBRE LA CAPTURA AUTOMÁTICA DE LA ATENCIÓN POR PARTE DE ESTÍMULOS IRRELEVANTES EN PERSONAS MAYORES

A. Buján, A. Maseda, L. Lorenzo-López, C. de Labra, J.C. Millán-Calenti y A. Alvarellos
Universidad de A Coruña.

Objetivos: Ciertas características salientes de los estímulos pueden capturar la atención de forma automática, a pesar de ser irrelevantes, enlenteciendo el procesamiento del estímulo relevante. Se pretende determinar si la predisposición de las personas mayores a esta captura involuntaria de la atención cambia en función de su estado cognitivo.

Métodos: Participaron en el estudio 22 mayores sin deterioro cognitivo (no-DCL, 68,55 ± 6,05 años; MMSE > 28) y 16 mayores con deterioro cognitivo leve (DCL, 82,94 ± 8,28 años). Se empleó un paradigma de búsqueda visual en el que debían detectar la presencia de un estímulo-objetivo entre distractores, y que incluía la presentación de un estímulo saliente pero irrelevante sin su conocimiento. La eficacia de la búsqueda se evaluó teniendo en cuenta el tiempo de reacción (TR) medio y la tasa de aciertos, que fueron comparados entre los grupos mediante ANOVAs de medidas repetidas.

Resultados: Se observaron efectos significativos del factor grupo sobre el TR ($F(1,36) = 19,70$, $p < 0,0001$) y la tasa de aciertos ($F(1,36) = 55,33$, $p < 0,0001$), revelando mayores TR (no-DCL: 600,49 ± 90,3 ms; DCL: 717,34 ± 63,18 ms) y peor ejecución en el grupo con DCL (no-DCL: 91,22 ± 12,47%; DCL: 62,85 ± 10,29%). Se observó, además, una interacción significativa tipo de ensayo*grupo ($F(2,72) = 9,38$, $p < 0,002$, $\epsilon = 0,60$), que mostró TR mayores para el rechazo del

estímulo irrelevante que para la detección del estímulo-objetivo en el grupo de DCL. Este resultado confirma la presencia de un mayor efecto de interferencia desde el punto de vista conductual en este grupo.

Conclusiones: El incremento del TR y la reducción de la tasa de aciertos en el grupo con DCL sugieren la existencia de un mayor deterioro en los procesos de búsqueda visual con respecto al grupo sin DCL. Además, mientras que los mayores sin DCL se mostraron eficaces a la hora de ignorar características irrelevantes, el mecanismo top-down de inhibición de dichos estímulos se mostró afectado en el grupo con DCL, revelando una mayor susceptibilidad a la captura atencional por parte de estímulos irrelevantes.

OC-033. CORTISOL E INDICADORES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN EL ENVEJECIMIENTO: EFECTOS SOBRE LA MEMORIA

M. García Lluch, M.M. Pulópulos Tripiana, V. Hidalgo Calvo, C. Villada Rodríguez, S. Puig Pérez y A. Salvador Fernández-Montejo
Universidad de Valencia.

El síndrome metabólico (MetS), un conjunto de factores de riesgo relacionados entre sí (obesidad abdominal, altos niveles basales de triglicéridos, de presión arterial y de glucosa en sangre), ha sido asociado con una aceleración del declive cognitivo en personas mayores. Además, se ha sugerido que las personas con MetS presentan un hipercortisolismo funcional que afecta al deterioro de la memoria. En este estudio, se investigó la relación entre algunos indicadores del MetS y el cortisol con el rendimiento en memoria de trabajo y memoria declarativa. En una muestra de 88 sujetos de entre 56 y 78 años, se midió el perímetro de la cintura, cortisol en saliva, glucosa en sangre y presión arterial, además del rendimiento en memoria de trabajo y declarativa, a corto y largo plazo. Los resultados mostraron: i) ausencia de relación entre los indicadores del MetS y el cortisol ($p > 0,18$); ii) los hombres con mayores incrementos en los niveles de cortisol presentaron un peor rendimiento en memoria declarativa a corto plazo ($\beta = 0,414$, $p = 0,042$); iii) las mujeres con mayores niveles de glucosa obtuvieron mejor rendimiento en memoria de trabajo (glucosa: $\beta = 0,504$, $p = 0,008$) y iv) los participantes con mayor y menor presión arterial mostraron un menor porcentaje de recuerdo a largo plazo de material declarativo tanto en la muestra total ($\beta = -11,359$, $p = 0,019$) como en mujeres por separado ($\beta = -13,521$, $p = 0,022$). En resumen, los cambios en los niveles de cortisol en condiciones no estresantes en personas mayores no aparecieron relacionados con diferentes indicadores del MetS (perímetro de cintura, presión arterial y glucosa). Además, la actividad del ritmo circadiano del cortisol se relaciona con el rendimiento en memoria en hombres; mientras que algunos indicadores del MetS se relacionan con el rendimiento en memoria especialmente en mujeres. En general, estos resultados confirman la relevancia de las diferencias sexuales y de género en los efectos del estrés sobre la memoria.

OC-034. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ICTUS DE UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA

J.M. Arche Coto, E. San Cristóbal Velasco, A. González Sanz, G. Guzmán Gutiérrez, L. Tito Fernández-Baca y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes que ingresan desde Urgencias a la Unidad de Ictus (UI) del Área de Gestión Clínica de Geriatría.

Métodos: Los pacientes mayores de 82 años que acuden al área de Urgencias con diagnóstico clínico de ictus son valorados directamente por un geriatra e ingresados en la UI. Se analizan los pacientes ingresados, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2012 y el 28 de febrero del 2013, en lo que se refiere a factores socio-

demográficos, clínicos (diagnóstico previo de enfermedades potencialmente incapacitantes como ictus, demencia o fractura de cadera, tipo y localización del ictus, déficit neurológico, severidad medida con la escala de Orpington (EPO) y complicaciones. Así como la mortalidad durante el ingreso.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresan en la UI 168 pacientes, el 71,8% mujeres, con una edad media de $89,1 \pm 3,4$. Los pacientes procedían de su domicilio en un 78,8% de los casos, viviendo solos el 15,4%, el 33,3% con hijos y el 17% con el cónyuge. El 21,4% tenían ayuda social y estaban institucionalizados el 22,2%. El 53% tenían antecedentes de ictus, de demencia el 47% y de fractura de cadera el 18,8%. El 93% eran de perfil isquémico, siendo el 41% hemisféricos derechos, el 52% hemisféricos izquierdos y el 6,8% vertebrobasilares. Con respecto al déficit neurológico se objetivó: disminución del nivel de conciencia: 18,8%, hemiplejia braquial: 44,4% y crural: 45,1%, afectación sensitiva: 39,3%, disfagia: 73,5%, afasia: 45,3%, hemianopsia homónima: 41,9% y heminegligencia: 32,5% e incontinencia urinaria el 76,9%. La puntuación media en la EPO fue de $5 \pm 1,8$. Se clasifican como severos el 57,3% de los casos. La mortalidad fue del 25,6%. Dentro de las complicaciones, la infección respiratoria (30,7%), la ITU (14%), la retención urinaria (5,1%) y el delirium (16,2%) fueron las más frecuentes.

Conclusiones: Los pacientes muy ancianos con ictus son predominantemente mujeres, afectas de elevada gravedad neurológica y por lo tanto de mal pronóstico, y sufren muy frecuentes complicaciones médicas. Por lo tanto al menos hipotéticamente se beneficiarían de un manejo sistémico.

OC-035. CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES Y ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ICTUS DE UN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA

L. Tito Fernández-Baca, E. San Cristóbal Velasco, J.M. Arche Coto, O. Saavedra Obermann, P. Jeria Madrid y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar las características funcionales y asistenciales de los pacientes que ingresan directamente del Servicio de Urgencias a una Unidad de Ictus (UI) de un Área de Gestión Clínica de Geriatría.

Métodos: Los pacientes mayores de 82 años que acuden al área de Urgencias con diagnóstico clínico de ictus son valorados directamente por un geriatra e ingresados en la UI. Se analizan los pacientes ingresados, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2012 y el 28 de febrero del 2013, en lo que se refiere a variables funcionales (Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso y al alta, así como la ganancia funcional) y asistenciales (estancia media, programa de rehabilitación, valoración por la Unidad de Trabajo Social y cambio de ubicación al alta).

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresan 168 pacientes con una edad media de $89,1 \pm 3,4$, siendo el 71,8% mujeres. El IB previo era de $60,6 \pm 32,9$ (53,8% en el grupo de ≥ 60 puntos), el IB al ingreso de $13,5 \pm 22,7$ (70,9% ≤ 20 puntos) y el IB al alta de $36,4 \pm 33$ (32,2% ≥ 60 puntos), con una ganancia en el IB de $18,3 \pm 16,7$. En todos los pacientes se extrema la higiene postural con movilizaciones y sedestación temprana, en cuanto la situación clínica lo permite. Al de $7,2 \pm 3,3$ días del evento vascular un 34,5% inician el programa de rehabilitación (fisioterapia: 20,6% y terapia ocupacional: 5,7%) con una media de $14,7 \pm 71$ sesiones. Un 3,4% son valorados por foniatría realizando logopedia. Son valorados por la trabajadora social el 57,3% de los pacientes y el 21,8% requieren un cambio de ubicación al alta (el 5,7% acogimiento familiar y el 16,1% institucionalización). La estancia media fue de $15,18 \pm 11,3$ días.

Conclusiones: A pesar de su avanzada edad, su situación basal de incapacidad leve-moderada, de la importante afectación funcional secundaria al ictus, estos pacientes logran en nuestra unidad una ganancia funcional que facilita su manejo en la comunidad.

OC-036. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR FAMILIARES Y ADECUACIÓN DE LA INDICACIÓN DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN LA DEMENCIA AVANZADA
 G. Ramírez Rodríguez, F. Rodríguez Lanfranco, F.J. Gómez Pavón, A. Franco Salinas, M.L. Galve Martín y E. Navarrete García
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Valorar la calidad de vida percibida por los familiares de paciente con demencia avanzada a los que se les realizó una gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

Métodos: Se revisaron historias clínicas de PEG realizadas desde 1/1/2009 al 1/3/2013. Se recogieron datos del proceso como enfermedad de base e indicación. Se excluyen pacientes que no presenten una demencia grave (7 pacientes) y aquellos en que no se localizó al familiar directo (6 pacientes). Se realizó entrevista telefónica con familiares recogiendo opinión de calidad de información recibida y de la adecuación de la decisión de realizar una PEG. Análisis descriptivo e inferencia bivariante con factores asociados a opiniones de familiares (probabilidad mayor del 95%).

Resultados: N = 53 (72% mujeres, edad media $84,6 \pm 8,1$ años). 13% de complicaciones (50% infecciosas y otro 50% no infecciosas). Indicación: evolución de demencia (66%), ictus (21%) o Parkinson asociado (11%). 6% de mortalidad hospitalaria. Supervivencia tras PEG < 1 mes un 9%. El 83% de los entrevistados refirieron estar de acuerdo con la decisión de realizar la PEG; 85% refirió haber sido informado sobre ventajas - desventajas y alternativas. En el 87% se tuvo en cuenta sus opiniones y las del paciente por parte del equipo médico. El 68% considera que la PEG ha mejorado la calidad de vida del paciente y un 70% la de los propios cuidadores. Esta valoración se relaciona estrechamente con una supervivencia mayor a 1 mes tras la PEG (73% vs 20%, p = 0,01), no fallecer en el hospital en el ingreso del procedimiento (73%, p = 0,029), estar de acuerdo con la decisión (82% p < 0,001). Un 64% de los encuestados volvería a tomar la decisión de realizar una PEG a sus familiares, así como recomendarlo a otros familiares o amigos.

Conclusiones: La realización de PEG es bien aceptada por la mayoría de los familiares argumentando una mejoría en la calidad de vida tanto del paciente como de los cuidadores. Estar de acuerdo con la decisión y la supervivencia del paciente mayor a un mes tras la realización de la PEG son los principales factores asociados a dicha percepción.

Asistencial

OC-037. COSTES Y RESULTADOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA MEDIANTE EJERCICIOS RESPIRATORIOS DE YOGA EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

M.D.A. Cebrià i Iranzo, M.A. Tortosa Chuliá, C. Igual Camacho y J.M. Tomás Miguel
Universitat de València.

Objetivos: Las complicaciones respiratorias son una de las causas más frecuentes de morbilidad en la población mayor de edad avanzada con importante limitación física. Pocos estudios han evaluado la intervención respiratoria en personas mayores, y menos cuando éstos viven en residencias. El presente estudio tiene por objetivo determinar los costes y los resultados del entrenamiento de la musculatura respiratoria (MR) mediante yoga en personas mayores que se encuentran institucionalizadas.

Métodos: Cincuenta y cuatro ancianos institucionalizados con incapacidad para deambular fueron asignados aleatoriamente en un grupo control (GC, n = 27) y un grupo entrenado (GE, n = 27). El protocolo de entrenamiento mediante yoga, fue supervisado por fisioterapeutas y duró 6 semanas (5 sesiones/semana), durante el 2009. Los resultados de la intervención se midieron en términos de la fuerza de la MR, mediante las presiones inspiratoria (Plmáx) y espiratoria (PEmáx) máximas, en 4 momentos temporales: pre-entrenamiento, intermedio, post-entrenamiento y seguimiento. Se pasó un cuestionario *ad hoc* a fin de valorar la intervención y el grado de satisfacción percibida por el GE. Por otra parte, se estimaron los costes directos del profesional, material y elementos capital de la intervención desde la perspectiva de los profesionales sanitarios.

Resultados: Los ANOVAs revelaron una mejora significativa de la Plmáx ($F_{3,138} = 9,122$, p < 0,001, $\eta^2 = 0,165$) y la PEmáx ($F_{3,138} = 9,102$, p < 0,001, $\eta^2 = 0,165$). El cuestionario *ad hoc* mostró buena tolerancia de la intervención (92% de la muestra volverían a participar) y una satisfacción percibida alta (8,42 sobre 10) en el GE. La intervención no ocasionó ni costes directos ni indirectos sobre la familia, ni los residentes. Los costes totales del estudio ascendieron a 13.744€, y los costes por residente fueron de 212€ y 297€, para el GC y el GE, respectivamente.

Conclusiones: Esta evaluación revela que los costes de la intervención son bajos, aun cuando los fisioterapeutas son externos a la residencia, que los resultados en términos de la fuerza de la MR son significativos, y que la intervención es bien tolerada y valorada por el residente. Por ello se recomienda la introducción de este tipo de intervención entre las rutinas de trabajo habitual de los fisioterapeutas en las residencias.

OC-038. EDAD, FRAGILIDAD, DISCAPACIDAD O MULTIMORBILIDAD. ¿EN QUÉ DEBEN BASARSE LOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA AL ANCIANO? ESTUDIO FRADEA

G. Juncos Martínez, M. Martínez Reig, T. Flores Ruano, J.L. Navarro López, L. Romero Rizos y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar si la edad, la fragilidad, la discapacidad y la multimorbilidad son predictores independientes de mortalidad, discapacidad incidente en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y pérdida de movilidad en ancianos.

Métodos: 752 mayores de 70 años pertenecientes al estudio FRADEA. Se registraron la edad, el sexo, la multimorbilidad (dos o más enfermedades crónicas de 14 preseleccionadas: HTA, dislipemia, diabetes, depresión, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, EPOC, demencia, asma/hiperreactividad bronquial, ictus, cáncer, insuficiencia cardíaca, anemia, y parkinsonismo), la discapacidad prevalente en ABVD con el índice de Barthel, la institucionalización, y el estado de fragilidad mediante criterios de Fried. La variable de resultado principal fue el evento combinado formado por la mortalidad y la discapacidad incidente en ABVD (pérdida de alguna de las siguientes actividades: baño, aseo, vestido, retrete, o comida, medidas con el índice de Barthel entre la visita basal y el primer seguimiento). El riesgo de presentar el evento combinado de salud se determinó mediante regresión logística en la muestra global y en los mayores y menores a 80 años, ajustado por las covariables de estudio.

Resultados: Edad media 79,4 (DE 6,4), 39,5% hombres. Seguimiento medio 520 días. 63 participantes fallecieron (7,5%), y de los 779 supervivientes 191 perdieron al menos una ABVD durante el seguimiento (24,5%). 254 participantes (30,2%) presentaron el evento combinado de mortalidad o discapacidad incidente. La edad (HR 1,10, IC95% 1,06-1,13), la fragilidad (HR 3,15, IC95% 1,67-5,92) y la discapacidad prevalente (HR 2,26, IC95% 1,48-3,45) se asociaron de manera ajustada con el evento combinado, pero la multimorbilidad no. En los menores de 80 años solo la fragilidad (HR 6,88, IC95% 2,59-18,27) y

la discapacidad (HR 1,98, IC95% 1,01-3,91) predijeron el evento combinado, mientras que en los mayores de 80 años lo hicieron la edad (HR 1,13, IC95% 1,05-1,21) y la discapacidad (HR 2,45, IC95% 1,41-4,24).

Conclusiones: La edad, la fragilidad y la discapacidad, pero no la multimorbilidad son predictores independientes de eventos adversos graves de salud en ancianos. Los modelos de atención sanitaria al anciano no pueden basarse en la multimorbilidad, sino en la edad, fragilidad y discapacidad.

OC-039. FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO AL MES DEL ALTA EN ANCIANOS DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

M. Cabré Roure, J. Fernández Fernández, R. Montes Cahis, E. Sánchez Barbas, E. Palomera Fanegas y M. Serra-Prat
Hospital de Mataró.

Objetivos: Los reingresos hospitalarios son frecuentes y costosos y en muchas ocasiones evitables. El objetivo del estudio es conocer los factores asociados a reingreso al mes del alta para identificar aquellos pacientes que podrían beneficiarse de una atención más intensa y coordinada para evitar reingresos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de más de 70 años hospitalizados por un problema médico en una UGA. Se estudiaron todos los pacientes dados de alta durante el periodo enero de 2001 y diciembre de 2010 para identificar los factores relacionados con el reingreso al mes. Se han excluido los pacientes fallecidos durante el ingreso, los pacientes con metástasis y todos los derivados a residencias o unidades de convalecencia. Factores de estudio: variables sociodemográficas, comorbilidades, síndromes geriátricos, estado cognitivo, estado funcional (Índice de Barthel), estado nutricional (Mini Nutritional Assessment), disfagia, ingresos previos en el último año, días de hospitalización y bioquímica básica. Se registraron todos los reingresos al mes del alta. Se realizó un análisis univariado con las variables asociadas a reingreso al mes y las significativas se incluyeron en un análisis multivariado.

Resultados: Se estudiaron 1.776 pacientes (58,4% mujeres), edad media de 84,8 (6,2) años. Los reingresos al mes fueron del 16,0%. Las variables significativas en el análisis univariado: sexo masculino, síndrome de inmovilidad, neumopatía crónica, insuficiencia cardiaca, anemia, diabetes mellitus, malnutrición, índice de comorbilidad de Charlson, ingresos previos en el último año, días de hospitalización y polifarmacia (más de 10 fármacos al alta). Las variables independientes en el multivariado fueron: sexo masculino OR 2,03 IC (1,47-2,80), Insuficiencia cardiaca OR 1,57 IC (1,13- 2,18), Mas de 2 ingresos previos en el último año OR 1,96 IC (1,42-2,72) y Estancia hospitalaria superior a 11 días OR 1,97 IC (1,42-2,72).

Conclusiones: Los factores independientes de reingreso al mes del alta en pacientes ancianos hospitalizados en una UGA fueron el sexo masculino, la insuficiencia cardiaca, 2 o más ingresos previos en el último año y estancias hospitalarias largas. Esta información fácil de recoger puede ser útil al equipo asistencial para realizar intervenciones específicas encaminadas a reducir reingresos evitables.

OC-040. RECURSOS ALTERNATIVOS A LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS GESTIONADOS DESDE URGENCIAS

A. Torné Coromina¹, T. Méndez Siliuto², M. Espaulella Ferrer¹, M. Solé Casals², J. Roca Font¹ y J. Espaulella Panicot²

¹Consorci Hospitalari de Vic. ²Hospital de la Santa Creu. Vic.

Introducción: Los programas de cronicidad buscan reducir ingresos hospitalarios y promover la aparición de alternativas a la hospitalización de agudos (HA). Un porcentaje elevado de los pacientes atendidos a los servicios de urgencias, son pacientes de edad avanzada y con multimorbilidad. Una vez atendida la urgencia y llegados al diag-

nóstico, es necesario valorar cuál es el recurso sanitario más indicado para el paciente según sus necesidades y los recursos disponibles.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que desde urgencias son remitidos a una alternativa a la HA: hospitalización domiciliaria (HD) e ingreso en hospital de atención intermedia (HAI).

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en un recurso alternativo a la hospitalización de agudos desde urgencias durante el 2012.

Resultados: La muestra del estudio está compuesta de 305 pacientes que des del servicio de urgencias se derivaron a recursos alternativos. Estos pacientes representa un 10% aproximadamente del total de ingresos de personas > 75 años en el HA. En HD: 172 pacientes con una mediana de edad de 75 años, Índice Charlson de 2,57, 69% son independientes y/o con un grado leve de dependencia. Los principales diagnósticos en este grupo son 48% EPOC, 15% ICC y 27% ITU. La mortalidad ha sido de un 3%. En HAI: 133 pacientes con una mediana de edad de 80,12 años, Índice Charlson de 3,37, 35% tienen un grado de dependencia grave y un 18,39% moderada. Los principales diagnósticos en este grupo son 45,34% de cáncer avanzado + enfermedad de órgano avanzada, 27,9% de demencia ± complicaciones médicas. Del total de pacientes ingresados en este recurso el 78,16% se acordó limitación del esfuerzo terapéutico con el paciente y/o familia. La mortalidad ha sido de un 42,5%.

Conclusiones: Los pacientes que se benefician de HD son más jóvenes, con menor nivel de dependencia y comorbilidad. Los que se benefician de HAI son principalmente pacientes con cáncer avanzado y/o demencia. Un factor de éxito de estos programas es la selección adecuada de los pacientes y una transición excelente entre los distintos recursos.

OC-041. UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA DENTRO DE LA ESTRUCTURA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS PERMITE DISMINUIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y LOS REINGRESOS PRECOZES A CORTO PLAZO

D. Ruiz, E. Sáez, J. Mascaró, E. Francia, M. Barceló y O. Torres
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: Durante 2011 se diseñó un Hospital de Día de Geriatría (HDG) dentro de un Hospital de Agudos de Especialidades y Universitario en diferentes reuniones multidisciplinares presenciales basándose en la metodología de la Calidad Asistencial. El año 2012 inició su funcionamiento sin aumentar los costes de estructura ni personal. En esta comunicación se describen la estructura, procesos y resultados y como objetivo fundamental se analiza la repercusión que el HDG ha tenido en la estancia hospitalaria de la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y en los reingresos precoces.

Métodos: A todos los pacientes se les realizó una valoración geriátrica integral. La comparación de estancias se ha realizado con la base de datos IASIST de 2011 y 2012 en la que se incluyeron los supervivientes. Se definió reingreso precoz (RP) como aquél ocurrido de forma no programada en los 30 días siguientes al alta. Se compararon el número de RP en un estudio pre-post de 3 meses utilizando la t de Student para medidas repetidas. Se consideró significativa una p igual o inferior a 0,05.

Resultados: Durante el año 2012 se atendieron 469 pacientes en el HDG (edad 83,7 años, 67,4% mujeres). El índice de Charlson medio fue 4,3 punto y el índice de Barthel de 62,2 puntos. El 13,6% tenían demencia. La media de RP por paciente en los 3 meses previos fue de 1,8 y en los 3 meses posteriores de 0,2 ($p = 0,001$). La estancia media el 2011 fue de 11,6 días y el 2012 de 10,6 días ($p = 0,01$), lo que representó una disminución de 1 día de estancia por paciente con un ahorro de 539 estancias anuales.

Conclusiones: El HDG ha permitido reducir la estancia hospitalaria y los reingresos precoces no programados de la UGA de forma significativa a corto plazo.

OC-042. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA COHORTE TRANSVERSAL DE PACIENTES OCTOGENARIOS NO INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDIO VILLANUEVA MAYORES

J. Gómez-Pavón¹, J. Gavidea Banegas¹, L. Mercedes Guzmán², S. Jiménez Redondo³, C. Cuadrado³ y J.M. Ávila⁴

¹Hospital Cruz Roja. Madrid. ²Hospital Virgen de la Poveda. Madrid.

³Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. ⁴Observatorio de la Salud del Mayor. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada.

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores o igual a 80 años y los factores asociados.

Métodos: Estudio transversal, de cohorte poblacional de personas de edad ≥ 80 años, no institucionalizados e inscritos en el municipio de Villanueva de la Cañada, Madrid (estudio Villanueva Mayores). De 264 se excluyen los no localizados (98), aquellos que rechazaron participar (58) y demencia moderada (MEC < 19) (12). Muestra a estudio de 96 (67% mujeres, edad media 85,76 (5,56) años, rango de 80 a 102 años). No diferencias estadísticamente significativas ni de edad ni sexo con pacientes excluidos. Se analiza calidad de vida relacionada con la salud mediante EuroQol5D. Análisis bivariante con comparación de medias (t de Student y Anova 1 factor) y correlación lineal. Regresión lineal múltiple en el estudio final de los factores asociados. Nivel de significación e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: EuroQol5D medio fue $7,21 \pm 2,17$ y se relacionó con mujeres ($7,63 \pm 2,2$, $p = 0,007$), depresión ($8,12 \pm 2,23$, $p = 0,002$), caídas ($7,93 \pm 2,23$, $p = 0,04$), insomnio ($7,87 \pm 2,31$, $p < 0,001$), incontinencia urinaria ($7,53 \pm 2,18$, $p = 0,039$), dolor ($7,89 \pm 2,25$, $p = 0,003$), edad ($r: 0,2$, $p = 0,004$), comorbilidad medida por Índice de Charlson ($r: 0,2$, $p = 0,03$), número de fármacos ($r = 0,02$, $p = 0,02$), situación funcional medida por índice de Barthel ($r = -0,7$, $p = 0,001$), Up and go y velocidad de la marcha ($r = -0,37$, $p = 0,001$) y nutrición medida por MNA reducido ($r = -0,4$, $p < 0,001$). El análisis multivariante mostró como factores asociados al EuroQol5D: índice de Barthel ($p = 0,003$; coeficiente de regresión Beta: $-0,35$; IC95%: $-0,08$, $-0,01$), insomnio ($p = 0,03$; coeficiente de regresión Beta: $-0,12$; IC95%: $0,044$, $1,24$) y MNA ($p = 0,003$; coeficiente de regresión Beta: $-0,33$; IC95%: $-0,44$, $-0,09$).

Conclusiones: Los pacientes mayores o iguales a 80 años no institucionalizados presentan una buena calidad de vida relacionada con la salud, siendo la situación funcional, el riesgo nutricional y el insomnio los principales factores que influyen en la misma.

OC-043. PACIENTES DE PERFIL GERIÁTRICO EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

D. Salgado López, J.I. Benito García, M. Carnero Fernández, M.C. Fernández Méndez, N. Pazos Otero y L. Amador Barciela
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: Analizar el número de pacientes con perfil geriátrico y sus principales características en relación a su nivel de dependencia, situación cognitiva y social, dentro del conjunto de pacientes ingresados en el año 2012 en el servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Meixoeiro del Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

Métodos: Se analizaron mediante la revisión de su historia clínica informática todos los pacientes ingresados en la unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Meixoeiro de Vigo (hospital universitario de nivel terciario) durante el año 2012, incluyendo un total de 432 pacientes en el periodo incluido entre el 1-1-2012 y el 31-12-2012, estableciendo como pacientes de perfil geriátrico aquellos con 75 años o más y pluripatología: dos o más patologías relevantes diagnosticadas previamente.

Resultados: Se identificaron 229 pacientes (53% del total de pacientes ingresados) que cumplían los criterios establecidos para su inclusión como paciente geriátrico (mayores de 75 años y pluripatología).

De los 229 pacientes que cumplían dichos criterios el 50,65% tenían dependencia total para ABVD, el 31,87% dependencia parcial y sólo el 17,46% eran independientes para ABVD. Un 51,09% no tenían deterioro cognitivo, un 20,02% deterioro cognitivo leve y un 28,38% deterioro cognitivo moderado o grave. En cuanto a características sociales una inmensa mayoría vivían con familiares y sólo el 3,49% de los pacientes fueron atendidos en medio residencial.

Conclusiones: Tras analizar los resultados obtenidos concluimos que al menos unos de cada dos pacientes ingresados en nuestro servicio de Hospitalización a Domicilio podrían clasificarse como pacientes geriátricos (mayores de 75 años y pluripatología relevante) presentando la mayoría un alto grado de dependencia para ABVD al que se asocia en la mitad de los casos deterioro cognitivo, atendidos por familiares y cuidadores en el ámbito domiciliario. Se concluye a la vista de estos datos que los servicios de Hospitalización a Domicilio asumen el ingreso de un gran número de pacientes con perfil geriátrico pudiendo considerarse a estos servicios como un nivel asistencial más dentro de la Geriatría, siendo seguramente una tarea futura potenciar estos servicios de forma específica para este grupo de pacientes.

OC-044. FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO HOSPITALARIO TRAS EL ALTA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

L. Evangelista, A. Birghilescu, M.E. Portilla, L. Carpio y F. Cuesta Triana
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Valorar aquellos factores que puedan ser predictores de reingreso tras el alta hospitalaria de una unidad de agudos.

Métodos: Se seleccionaron 499 pacientes que fueron dados de alta a domicilio durante el año 2012. Se obtuvieron variables demográficas, funcionales (Índice de Katz, Barthel, FAC-functional ambulation classification-), necesidad de ayudas técnicas, deterioro cognitivo, estancia media, Índice de comorbilidad de Charlson, tipo de seguimiento al alta, reingresos, diagnóstico tras el reingreso.

Resultados: Se valoraron 499 pacientes de los que reingresaron 208 (41,8%), 66,3% mujeres (88 años –DE 6,7-). Ni la edad ($p = 0,121$) ni el sexo ($p = 0,434$) se relacionaron con la probabilidad de reingreso. El tiempo hasta reingreso (mediana –RI-) fue 35 días (15,25-79,00). Tipo de seguimiento al alta: 23,2% consultas de geriatría; 2% hospital de día; 11,5% atención domiciliaria; 1,0% hospitalización a domicilio; 62,3% atención primaria. En cada unidad reingresaron respectivamente el 33,9%, 70%, 54,4%, 1% y 41,7%. Ubicación tras reingresos: atención en urgencias 32,5%, Unidad de corta estancia 11,2%, servicio de Geriatría 53,4%, otro hospital 2,4%, otros servicios hospitalarios 0,5%. Una mayor probabilidad de reingreso se asoció con: número de fármacos ($p = 0,014$), I. Katz \geq C ($p = 0,001$), insuficiencia cardiaca congestiva al alta ($p = 0,012$), infección respiratoria aguda al alta ($p = 0,015$), infección del tracto urinario al alta ($p = 0,043$), I. Charlson \geq 3 ($p = 0,023$). Seguimiento en atención domiciliaria de geriatría frente al resto ($p = 0,045$). La menor probabilidad de reingreso se relacionó con Barthel más alto ($p = 0,002$), FAC ($p = 0,006$), actividades instrumentales ($p = 0,002$), vivir solo ($p = 0,002$). Seguimiento en consulta de Geriatría frente al resto ($p = 0,048$). Tras ajustar, las variables que permanecieron en el modelo fueron: número de fármacos (OR 1,049; IC95%: 0,993-1,109), ICC al alta (OR 1,719; IC95%: 1,090-2,710), IRA al alta (OR 2,048; IC95%: 1,245-3,371), ITU al alta (OR 1,593; IC95%: 1,051-2,416), la capacidad para realizar actividades instrumentales (OR 0,665; IC95%: 0,439-1,007) y vivir solo (OR 0,330; IC95%: 0,146-0,746).

Conclusiones: Tras el alta hospitalaria se producen reingresos hospitalarios en un número importante de casos, especialmente aquellos con polifarmacia y los que estaban diagnosticados de ICC, infección respiratoria e infección urinaria. Reingresan menos aquellos que tienen capacidad para realizar actividades instrumentales y los que viven solos.

OC-045. PREVALENCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES (GMR) EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS (CSS)

A. Aguilera Zubizarreta¹, G.A. Sgaramella¹, L.A. García Secadas²,

J. Calvo Montes¹, P. Sanromá Mendizábal¹ y M. Pi-Figueras Valls³

¹Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ²SUAP Nansa. ³Parc Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: La institucionalización es un factor de riesgo para las infecciones por GMR como el *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (MARSA), las enterobacterias productoras de betalactamasas (EBLEE), la pseudomonas multiresistente (PMR) y el acinetobacter. El objetivo del presente estudio es analizar si la prevalencia es similar a la población general, qué factores podrían estar asociados y recoger las medidas para evitar el contagio que se utilizan en los CSS.

Métodos: Se analizaron los cultivos de GMR de los últimos 6 meses de 2012 en un hospital de tercer nivel en Cantabria. Se compararon con los que provenían de pacientes cuyo domicilio era un CSS. Se realizó una entrevista en los diferentes centros, preguntando acerca de las características del centro y las medidas que tomaban. Se comparó aquellas en las que la prevalencia era mayor con las que tenían menos.

Resultados: Se encontraron 850 cultivos; el más frecuente fue MARSA (39,7%), seguido de EBLEE (37,9%), PMR (16,70%) y el acinetobacter 5,52%. En los CSS presentaban mayor prevalencia de MARSA y acinetobacter ($p > 0,05$) y menor de PMR ($p < 0,02$) y EBLEE ($p < 0,003$). El 55,5% tienen más de 100 residentes, sólo el 22% tienen enfermera todo el día, el 55% tienen médico propio. El 67% no conocía la diferencia entre colonización e infección, el 100% conocía las medidas universales para evitar el contagio. El 95% utilizaba guantes en las curas, el 84,4% se lavaba las manos, el 22,3% utilizaba solución hidroalcohólica, el 26,4% utilizaba batas en las curas, un 5% conseguía que los residentes de riesgo se lavasen las manos, un 0% duchaba a los pacientes con jabón antiséptico y un 22,3% aislaba a los pacientes con úlceras infectadas.

Conclusiones: Los CSS con mayor incidencia de GMR son más grandes, tienen más personal sanitario, las características del centro hacen que se parezca más a un pequeño hospital. De las medidas recomendadas por el hospital algunas no se cumplían por desconocimiento o por falta de medios. En cualquier caso se hace obligatorio realizar una campaña informativa en dichos CSS para intentar disminuir la incidencia.

se han expresado como equivalentes de mg de Trolox/mg de proteínas). La presencia de enfermedad aterosclerótica prevalente (EAP) se recogió directamente de la historia clínica del participante por un mismo médico. Se consideró EAP cuando los participantes presentaban alguna de las siguientes enfermedades, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, arteriopatía periférica, ictus o diabetes mellitus con lesión de órgano diana (nefropatía, neuropatía, retinopatía o arteriopatía). Se determinó la asociación cruda y ajustada entre la AATp y la EAP mediante regresión logística.

Resultados: Edad media 76,7 (DE 4,5), 58% mujeres. Barthel 95 (DE 10), MMSE 26,5 (DE 3). Frágiles 11%, prefrágiles 57,5%, robustos 31,5%. AATp media 2,29 (DE 1,24). Participantes con EAP 14,6% (IAM/angor 6,5%, arteriopatía 4%, ictus 6% y diabetes 4,5%). La media de la AATp en sujetos con EAP fue 2,06 (DE 1,05) y sin EAP 2,34 (DE 2,34). El 22,6% de los participantes en el tercilio inferior (< 1,75) tuvieron EAP, frente al 10,9% de aquéllos en el tercilio medio o superior (> 1,75) ($p = 0,031$). Al analizar cada una de las enfermedades por separado, el porcentaje de participantes en el tercilio inferior frente a los terciles superiores fue 11,1-4,4% para el IAM/angor ($p = 0,073$), 6,3-2,9% para la arteriopatía ($p = 0,250$), 11,1-3,6% para el ictus ($p = 0,039$), y 11,3-1,5% para la diabetes con enfermedad de órgano diana ($p = 0,002$). Los participantes en el tercilio inferior de AATp tuvieron un riesgo 2,86 veces mayor de presentar EAP que aquéllos en los dos terciles superiores (IC95% 1,17-6,99; $p = 0,021$), ajustado por edad, género, Barthel, MMSE y fragilidad.

Conclusiones: Los ancianos de la comunidad con enfermedad aterosclerótica prevalente tienen una menor capacidad antioxidante total. Financiación: Proyecto FISCAM PI2006/42, y RD12/0043 RETICEF (Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad).

OC-047. SEDACIÓN PALIATIVA EN LOS PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

J. Mateos-Nozal, C. Pérez Menéndez-Conde, M.E. Baeza Monedero, L. García Cabrera, A.J. Cruz-Jentoft y L. Rexach Cano

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Evaluar el resultado de la implantación de una guía de sedación paliativa en el anciano hospitalizado.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de paciente mayores de 65 años hospitalizados tratados con midazolam entre septiembre y noviembre de 2011 y 2012. Se recogieron datos clínicos, tratamiento y otros aspectos del protocolo de sedación paliativa instaurado en Junio de 2012. Se excluyeron aquellos pacientes en los que la indicación del midazolam no era la sedación paliativa y los ingresados en UVI.

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes (76 en 2011 y 65 en 2012). Entre ambos grupos no existen diferencias relevantes respecto a edad, sexo, servicio responsable, patología principal y tiempo entre el inicio de la sedación y el exitus. En ambos grupos la disnea fue el principal síntoma por el cual se inició la sedación. Se registró la indicación de no RCP en el 70% en ambos años y el consentimiento para la sedación en el 91% y 83%. La escala de Ramsay fue utilizada en el 8% y 12% y cuidados paliativos intervino en el 36% y 15% respectivamente. Las dosis de inducción y de mantenimiento se adecuaban a las recomendaciones en el 1,31% en 2011 y el 10,76% en 2012 ($p = 0,018$) y las dosis de rescate en el 1,31 y 12,3% ($p = 0,009$). En 2012 la dosis de midazolam utilizada cuando se seguía las indicaciones de la guía, fue significativamente menor que cuando no se hacía: 9,86 vs 18,71 ($p = 0,001$). La morfina, los anticolinérgicos y los antieméticos fueron los fármacos más usados asociados a midazolam para el control de los síntomas en ambos años y entre los fármacos retirados destacan los antibióticos, los anticoagulantes y los aerosoles de igual manera.

Miscelánea

OC-046. CAPACIDAD ANTIOXIDANTE TOTAL Y ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA PREVALENTE: ESTUDIO FRADEA

T. Flores Ruano¹, G. Juncos Martínez¹, B. de Luxán Delgado²,

A. Coto Montes², J.J. Solano Jaurrieta³ y P. Abizanda Soler¹

¹Hospital General Universitario de Albacete. ²Universidad de Oviedo.

³Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar si la capacidad antioxidante total se asocia con enfermedad aterosclerótica prevalente en ancianos de la comunidad.

Métodos: 200 participantes del estudio FRADEA, mayores de 70 años, independientes de la comunidad. La capacidad antioxidante total se calculó mediante estudio espectrofotométrico (de Gonzalo-Calvo et al. Free Radical Biology & Medicine. 2010;49:733-7), y fue posteriormente clasificada en terciles (puntos de corte 1,75-2,5. Las unidades

Conclusiones: La disnea fue el síntoma principal para indicar la sedación paliativa. El manejo del midazolam ha mejorado tras la instauración de la guía. Aun así el porcentaje de sedaciones realizadas según las recomendaciones del protocolo es muy limitado. Es por tanto necesario continuar el proceso de formación y reevaluar la efectividad de estas medidas en el futuro.

OC-048. INFLUENCIA DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PERSONAS MAYORES: CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA

M.A. Ruescas Nicolau, E. Marqués Sulé y F. Querol Fuentes
Universidad de Valencia.

Objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) lleva implícito un detrimento de la capacidad funcional que a su vez influye en las actividades de la vida diaria motivando alteraciones en su calidad. El objetivo de este trabajo es estudiar los cambios en la calidad de vida y la capacidad funcional, y el modo en que éstos se relacionan, en personas mayores con ECV tras un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 54 pacientes mayores de 60 años con ECV (77,4% hombres y 22,6% mujeres; $67 \pm 5,2$ años) incluidos en un PRC de 6 meses de duración, que consistía en 8 sesiones de ejercicio físico supervisado, 9 charlas educativas y un programa domiciliario de entrenamiento diario. Todos los pacientes asistieron a todas las sesiones. La siguiente información fue recuperada: la distancia recorrida (metros) en el Incremental Shuttle Walking Test (ISWT) y la puntuación total de la escala de función física del cuestionario SF36, antes y después de finalizar el programa. Se utilizaron pruebas no paramétricas para analizar las diferencias pre y post-programa, y para correlacionar el porcentaje de cambio de estas variables.

Resultados: Tras finalizar el tratamiento, la distancia media recorrida en el ISWT aumentó significativamente ($226,48 \pm 13,6$ vs $300,93 \pm 17,98$ m, $p < 0,001$), con un cambio porcentual medio del $49,1 \pm 10,17\%$. En el caso del SF 36, no se encontraron resultados significativos, si bien su media aumentó ligeramente en la revisión ($27,83 \pm 0,43$ vs $28,2 \pm 0,39$) produciéndose un cambio medio del $2,28 \pm 1,81\%$. Ambos porcentajes de cambio correlacionaron entre sí de forma significativa, pero débil ($r = 0,34$, $p = 0,01$). Se observó que cuando el SF 36 aumentó ($> 1\%$), el incremento medio del ISWT fue del $79,11 \pm 93,8\%$; cuando el SF36 no varió o disminuyó ($\leq 0\%$), el incremento porcentual medio de la distancia recorrida se situó en el $34,1 \pm 59,09\%$.

Conclusiones: Un PRC puede ser eficaz para mejorar la capacidad funcional de los pacientes mayores con ECV. Sólo cuando su incremento tiende a ser elevado, estos programas podrían resultar beneficiosos para aumentar la calidad de vida de este colectivo.

OC-049. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CENTENARIOS QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA Y VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

B. Perdomo, P. Saavedra, V.M. Reyes, M. de la Puente, P. López y A. Socorro
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes centenarios que ingresan en una UGA, y las variables asociadas a la mortalidad intrahospitalaria de estos pacientes.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en la UGA del Hospital Central Cruz Roja de Madrid, de edad ≥ 100 años, desde el 1/01/2002 al 31/12/2012. Parámetros analizados: edad, sexo,

comorbilidad, situación funcional y mental previa, al ingreso y al alta medidas Cruz Roja Funcional y Mental y el I. Barthel, comorbilidad con el I. Charlson, causa de ingreso, procedencia, mortalidad y complicaciones intrahospitalarias (infección nosocomial, úlceras, síndrome confusional y reacciones adversas a fármacos). Análisis estadístico: χ^2 para variables categóricas y t de Student para variables cuantitativas ($p < 0,05$, I. confianza 95%).

Resultados: N = 164 (83,5% mujeres, $101,4 \pm 1,58$ años). Presentaban situación funcional previa de deterioro funcional moderado (CRF $3,35 \pm 1,30$, IB $41,52 \pm 33,73$), deterioro cognitivo leve (CRM $1,8 \pm 1,48$) y baja comorbilidad (I. Charlson $1,75 \pm 1,57$). El 49,4% procedían de residencias. Fallecieron durante el ingreso el 15,2% (25 pacientes). La causa más frecuente de ingreso fue la infecciosa (52,4%, respiratoria 43,9, urinaria 8,5%), seguido de la insuficiencia cardíaca (17,7%). Las complicaciones fueron el delirium (24,4%), seguido de infecciones nosocomiales (respiratoria 8,5%, urinaria 6,7%). La estancia media de fue de $11,5$ días $\pm 7,21$. Analíticamente presentaban malnutrición leve con albúmina $3,07 \pm 0,43$. Cuando se comparan el grupo de fallecidos (N = 25) con el resto (N = 139) se detecta en el análisis bivariante que la peor situación funcional previa y al ingreso medida por el índice de Barthel (previo $21,68$ vs $44,66$, ingreso $5,50$ vs $17,42$, $p < 0,05$), la peor situación mental previa (CRM previo $2,46$ vs $1,67$), y una mayor comorbilidad (Charlson $2,63$ vs $1,60$), serían factores asociados a mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: Los pacientes centenarios ingresados en una UGA presentan una situación de deterioro funcional moderado y cognitivo leve previa al ingreso, baja comorbilidad y parámetros analíticos de malnutrición leve. Casi la mitad de ellos proceden de residencias y destacan como causa de ingreso, las infecciones respiratorias. Presentan delirium e infecciones nosocomiales en un importante porcentaje, y fallecen el 15,2%. Como probables factores asociados a mortalidad intrahospitalaria se encontrarían el deterioro funcional previo y al ingreso, el deterioro cognitivo previo y la comorbilidad.

OC-050. ABORDAJE DEL PACIENTE PALIATIVO NO ONCOLÓGICO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

J. Martos, N. Morón, L. Sandoval, F. Alzaga y S. Font
Hospital de Mataró.

Objetivos: Identificar a los pacientes geriátricos no oncológicos, de perfil paliativo para adecuar la intensidad de esfuerzo terapéutico.

Métodos: Utilización de la valoración geriátrica integral (funcional, cognitiva, social y afectiva) con el soporte de I. Charlson de comorbilidad, índice de Walter de mortalidad al año de ingreso hospitalario, Silver Code e instrumento NECPAL, para identificar a los pacientes de perfil geriátrico ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) durante el periodo julio 2011-junio 2012.

Resultados: se identificaron 105 pacientes que cumplían criterios de atención paliativa. Los grupos de patologías se dividieron en: demencia 26, arteriopatía periférica EEII avanzada, EPOC 16, insuficiencia cardíaca 24; cirrosis hepática 16; accidente cerebrovascular 8; enfermedad de Parkinson 3. Fueron exitus durante su ingreso 14 pacientes, a los tres meses 21 pacientes y 38 a los seis meses. En todos ellos, los 105, se indicaron al alta los criterios de limitación de esfuerzo terapéutico de la National Hospice Organisation, en orden a adecuar su ubicación al alta y el nivel asistencial necesario en caso de precisar ingreso. Se objetivo un 30% de pacientes que fueron institucionalizados al alta y el 16% ingresaron en Unidades de Larga Estancia. Un 10% del total fueron derivados a unidades de cuidados paliativos. Sólo el 38% reingreso en la UGA en el periodo descrito.

Conclusiones: La adecuada tipificación de las pacientes geriátricos de perfil paliativo, mediante instrumentos como el NECPAL y la valoración geriátrica integral, permiten ofrecer un tratamiento proporcionado a estos pacientes y racionalizar el uso de recursos.

OC-051. EVALUACIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS DE RESIDENTES EN FORMACIÓN PARA OPTIMIZAR ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DEL PACIENTE TERMINAL

M.S. Chiriboga Lozada¹, M.S. Amor Andrés², C.O. Minea², F. Rowlands² y F. Quiñónez Bareiro²

¹Complejo Hospitalario de Toledo. ²Hospital Geriátrico Virgen del Valle. Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: De las 380.000 muertes anuales ocurridas en España, el 50-60% se producen como resultado final de un proceso terminal. La OMS (1990) alertó la necesidad del desarrollo de programas en cuidados paliativos y optimizar la formación de sanitarios.

Objetivos: Evaluar auto-percepción de competencias en cuidados paliativos en residentes de especialidades clínicas para optimizar estándares de calidad. Favorecer un cambio de actitud hacia el tratamiento paliativo.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, basado en encuesta auto-evaluativa de competencias y dilemas éticos en paciente terminal adaptada de Weissman (1988) y Billings (2009); realizado a residentes en formación de especialidades clínicas del Complejo Hospitalario de Toledo relacionadas con pacientes terminales. La encuesta fue optativa, confidencial; realizada en mayo del 2012. Constó de 41 preguntas distribuidas en 5 áreas: comunicación, ética, manejo de dolor, otros síntomas y cuidado terminal.

Resultados: De 124 residentes, fueron encuestados 88 (77%); distribuidos por año de residencia: 34,1% primero, 21,2% segundo, 28,2% tercero, 15,3% cuarto y 1,2% quinto. El 85% había asistido al menos a un paciente agónico; 84,7% informó a familiares al menos por una ocasión, 64,7% se auto-percebió competente para informar metas terapéuticas con mínima supervisión o independientemente. Bajando al 57,7% al plantear dilemas éticos como paso de tratamiento activo a paliativo y disminuyendo aún más al 43% frente a plantear orden de no resucitación. El 65,9% se considera competente controlando el dolor; pero solo el 34,1% apto para manejar analgésicos opioides parenterales frente al 57,6% con opioides orales. Se consideraron competentes para el manejo de disnea un 64,7%, náusea y vómito 79,4%, estreñimiento 76,6%; bajando al 31,5% en el control del delirio. Para evaluar competencia y progresión académica, se segmentó en 2 grupos: 1-2 año y tercero o superior; encontrando una mejoría en la auto-percepción en todas las series.

Conclusiones: Los resultados mostraron limitación en el manejo de varias áreas del paciente terminal, mejorando la percepción de competencia con la progresión académica del residente. La falta de confort al retirar tratamiento activo, podría resultar de la combinación de falta de conocimiento del marco legal; preocupación ética y tensión entre estándares médicos aceptados y creencias personales.

OC-052. FACTORES ASOCIADOS A SITUACIÓN FUNCIONAL EN UNA COHORTE TRANSVERSAL DE PACIENTES OCTOGENARIOS NO INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDIO VILLANUEVA MAYORES

J. Gómez-Pavón¹, L. Mercedes Guzmán¹, J. Gavidea Banegas¹, S. Jiménez Redondo², C. Cuadrado Vives² y J.M. Ávila³

¹Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

²Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. ³Observatorio de la Salud del Mayor. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada.

Objetivos: Conocer la situación funcional en personas mayores o igual a 80 años y los factores asociados.

Métodos: Estudio transversal, de cohorte poblacional de personas de edad ≥ 80 años, no institucionalizados e inscritos en el municipio de Villanueva de la Cañada, Madrid (estudio Villanueva Mayores). De 264 se excluyen los no localizados (98) y aquellos que rechaza-

ron participar (58). N = 108 (67% mujeres, edad media 85,76 (5,56) años, rango de 80 a 102 años). Se analizan factores asociados a la situación funcional medida por índice de Barthel. Análisis bivariante con comparación de medias (t de Student y Anova 1 factor) y correlación lineal. Regresión lineal múltiple en el estudio final de los factores asociados. Nivel de significación e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: El índice de Barthel medio fue 80 ± 27 y se relacionó con demencia ($47,68 \pm 33$, $p < 0,01$), con edad ($r: -0,45$, $p < 0,001$), comorbilidad medida por Índice de Charlson ($r: -0,3$, $p = 0,001$), calidad de vida medida por EuroQol5D ($r = -0,48$, $p < 0,001$), Up and go y velocidad de la marcha ($r = -0,76$, $p < 0,001$) y nutrición medida por MNA reducido ($r = 0,55$, $p < 0,001$). El análisis multivariante mostró como factores asociados al índice de Barthel: demencia ($p = 0,01$, coeficiente de regresión beta $-0,24$ IC95%: 1,7-17,05), velocidad de la marcha ($p < 0,001$; coef. beta: $-0,39$; IC95%: $-0,003$, $-0,002$) y EuroQol5D ($p = 0,04$; coef. beta: $0,38$; IC95%: $-0,004$, $0,000$), caídas ($p = 0,02$; coef. beta: $0,38$; IC95%: $0,8$ -10,7).

Conclusiones: Los factores asociados a la situación funcional en personas mayores de 80 años no institucionalizada son la demencia, las caídas, la velocidad de la marcha y la calidad de vida relacionada con la salud.

OC-053. CRISIS, TRANSICIONES Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS: SEGUIMIENTO PROSPECTIVO A 16 MESES DE LA COHORTE NECPAL/NADAL

J. Amblàs Novellas, M. Espaulella Ferrer, A. Torné Coromina, R.M. Torres Apelluz, I. Cantizano Baldo y J. Espaulella Panicot Hospital de Vic.

Objetivos y métodos: Las personas con enfermedades crónicas avanzadas presentan múltiples crisis que condicionan varias transiciones entre los diferentes niveles asistenciales. El objetivo del estudio es analizar el comportamiento de la mortalidad, las crisis y transiciones de una cohorte de pacientes en situación de final de vida (identificadas con el instrumento NECPAL) ubicados en la residencia "el Nadal" de Vic, seguidas durante 16 meses. En el análisis comparativo, la ratio de crisis y transiciones están ajustadas por mes y paciente.

Resultados: Los pacientes incluidos en el estudio fueron 132. De estos, 51 murieron durante el seguimiento (mortalidad a los 16 meses del 39%), siendo la media de supervivencia de 8,3 meses desde la identificación. Se constata que el grupo de pacientes exitus presenta más del doble de crisis (0,22 vs 0,1) que los que siguen vivos ($n = 77$) y que estas crisis tienden a concentrarse en los últimos dos meses de vida (66,3%). El 59,2% de todas las crisis se resuelven en la residencia. En el grupo de pacientes exitus hay prácticamente el doble de transiciones (0,09 vs 0,05) y éstas se concentran en los 3 últimos meses de vida (77%). La mayor parte de transiciones (50%) se producen entre residencia y hospital de agudos, y sólo un 26,5% utilizan "circuitos alternativos" como la Atención Domiciliaria Especializada o Hospitales de Cuidados intermedios. La mayor parte de pacientes acaba muriendo en la residencia (84%).

Conclusiones: Se constata una mortalidad elevada (39% de los pacientes). Los pacientes que mueren presentan el doble de crisis y transiciones que los pacientes que no mueren, y estas tienden a concentrarse en los últimos meses de vida, pudiendo ser un buen indicador de proximidad al momento de la muerte. Destaca la capacidad resolutiva en el ámbito residencial ante crisis así como el alto porcentaje de atención al proceso de muerte en la propia residencia, fruto de un trabajo de planificación avanzada. La mayor parte de transiciones se producen entre la residencia y el hospital de agudos, siendo aún limitado el uso de recursos alternativos como la Atención Domiciliaria Especializada o los Hospitales de Cuidados intermedios.

OC-054. ¿CUESTIONARIOS DE FRAGILIDAD EN UNA CONSULTA**DE CÁNCER EN EL ANCIANO?**

M.J. Molina-Garrido, A. Mora-Rufete, R. Mondéjar Solís,
M.D.M. Muñoz Sánchez, A. Olaverri Hernández
y J.A. Santiago Crespo
Hospital General Universitario. Elche.

Introducción y objetivos: Con este estudio se pretende comparar los principales cuestionarios de cribado de fragilidad del anciano oncológico (cuestionario de Barber [CB], cuestionario VES-13 [VES-13], índice de Rockwood [IR]), con los criterios de Linda Fried (LF), considerados como el gold standard.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes ≥ 70 años valorados la Unidad de Cáncer en el Anciano de nuestro hospital, entre enero de 2011 y diciembre de 2012. La presencia de fragilidad se estimó por los criterios de LF (puntuación ≥ 3). Los cuestionarios de cribado de fragilidad empleados fueron el CB, el VES-13 y el IR. Se calculó el área bajo la curva (AUC) para cada uno de ellos, así como el grado de consistencia.

Resultados: Se aplicó dichos cuestionarios a un total de 202 pacientes, con una edad media de 79,50 (DE 8,019). La puntuación media de los cuestionarios fue: CB 1,39 (DE 1,195); VES-13, 2,81 (DE 2,643); IR, 1,02 (DE 1,015). En cuanto al cuestionario de Fried, la puntuación media fue de 2,14 (DE 1,172). Según los criterios LF, había 65 pacientes frágiles (32,7%). Según IR, el 55% tenían fragilidad moderada GRAVE; aplicando el VES-13, el 39,7% de los pacientes eran frágiles, y según el CB, lo era el 74,6% de la muestra. El coeficiente de correlación intraclass (CCI) de cada uno de los cuestionarios en comparación con LF fue: VES-13, 0,759 (IC95%: 0,443-0,682); CB, 0,566 (IC95%: 0,426-0,672); IR, 0,650 (IC95%: 0,537-0,736). El AUC de los cuestionarios comparados con LF fue: CB, 0,684 (IC95%: 0,600-0,768); VES-13, 0,820 (IC95%: 0,753-0,887); IR, 0,776 (IC95%: 0,704-0,847).

Conclusiones: Debiera generalizarse la aplicación de los criterios de Linda Fried a los ancianos valorados en una consulta de cáncer en el anciano. Sólo el cuestionario VES-13 tiene una capacidad predictiva de fragilidad y una fiabilidad considerables en este ámbito.