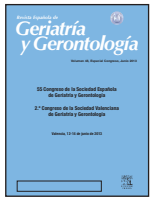




Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



Pósters

ÁREA CLÍNICA

PC-001. VALORACIÓN AL ALTA DEL RECURSO DE HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG) POR PARTE DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES (CP): EXPERIENCIA DE 3 AÑOS

E. de Jaime, S. Burcet, M. Rodríguez, E. Sevilla, M. Delgado y O. Vázquez

Servicio de Geriatria Parc de salut Mar. Centro Fòrum. Barcelona.

Objetivos: Describir al alta la opinión de los CP de pacientes que han acudido a un HDG.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal que analiza la satisfacción de los CP de los pacientes que fueron dados de alta del HDG entre enero 2010 y diciembre 2012 y que asistieron un mínimo de 7 sesiones. La encuesta se estructura en 7 preguntas con respuestas cerradas respecto como el HDG ha ayudado al paciente/CP y si al alta se percibe mejora en sus familiares. Se pregunta si creen que HDG es un recurso necesario, como ha sido la información recibida y una puntuación de satisfacción global sobre 10 puntos máximos. Las encuestas fueron anónimas.

Resultados: De los 363 pacientes altados, se dio la encuesta a 293 CP. Se recogieron 221 encuestas (tasa de respuesta 75,4%). El 72,8% de los CP consideraron que el HDG había ayudado al paciente en el seguimiento del tratamiento y el 64,2% a estabilizar su estado de salud o realizar rehabilitación. El 66,9% consideraron que el HDG les ayudó también a adaptarse a la nueva situación funcional y/o cognitiva del paciente y 62,8% les proporcionó un espacio de comunicación. En cuanto a la mejoría del paciente, un 80,9% afirmaron que su familiar había mejorado y el 18,0% que no había cambiado. El HDG fue un recurso asistencial muy necesario para el 77,3% de los CP. El 69,6% consideraron excelente la información recibida y el 86,4% lo recomendaría. La puntuación global de satisfacción fue de $9,1 \pm 1,2$.

Conclusiones: Los CP de los pacientes ingresados en un HDG tienen un alto grado de satisfacción al alta y valoran el carácter sanitario del mismo en la intervención realizada en el estado de salud de su familiar.

PC-002. MEJORÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS UN PROGRAMA DE REEDUCACIÓN DE ESFÍNTERES EN UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG): EXPERIENCIA DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

E. Sevilla, E. de Jaime, M. Rodríguez, A. Huarte-Mendicoa, G. Nesweda y M. Vidal

Servicio de Geriatria del Parc de Salut Mar. Centro Fòrum. Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Objetivos: 1. Analizar si participar en un programa de reeducación de esfínteres disminuye la prevalencia de incontinencia urinaria en

pacientes que ingresan en un HDG rehabilitador 2. valorar si mejora el manejo en el uso del wáter después de un programa rehabilitador.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo que incluye los pacientes que ingresan y son dados de alta en un HDG rehabilitador entre enero 2010-diciembre 2012. Se valora al ingreso/alta: edad, sexo, diagnóstico médico/enfermería, presencia de incontinencia, tipo de incontinencia, presencia de dificultad para utilizar el wáter. Durante el ingreso se realiza intervención interdisciplinar: se registra tipo y causas de incontinencia, se instaura calendario miccional, se realiza educación sanitaria al paciente y familia.

Resultados: 193 pacientes, edad $77,2 \pm 11,0$; 61,1% mujeres. El 32,1% tienen como diagnóstico médico ictus y el 71,8% tienen como diagnóstico de enfermería deterioro de la movilidad. Al ingreso, 108 pacientes presentaban incontinencia (55,9%), siendo la incontinencia funcional la más frecuente (40,5%). De los 108 pacientes incontinentes al ingreso, 18 (16,6%) fueron continentes al alta y 39 (36,1%) mejoraron los episodios de incontinencia ($p < 0,05$). De los 131 pacientes que presentaban déficit en el uso del wáter al ingreso, 54 (41,2%) eran independientes al alta ($p < 0,05$). En 29 pacientes (25%) se valoró el dispositivo de absorción y se adaptó al más adecuado.

Conclusiones: La incontinencia urinaria funcional es la más frecuente al ingreso en un HDG. El programa de reeducación de esfínteres reduce la prevalencia de la incontinencia y mejora la habilidad en la utilización del wáter.

PC-003. EL GERIATRA INTERCONSULTOR EN TRAUMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA: MEJORANDO COSTES Y CALIDAD

M.C. Macías Montero, L. Hünicken, L. Miguel Alhambra, R. Rodríguez, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara y M.T. Guerrero Díaz

Sección de Geriatria. Hospital General de Segovia.

Objetivos: Evaluar las ventajas de implantar el geriatra interconsultor en traumatología para atender la mayores de 75 años con fractura de cadera.

Métodos: Se analizaron los datos mediante el programa SPSS versión 11: los del año 2007 se extraen de CMDB y los de 2011 se recogen de forma prospectiva.

Resultados: En el año 2007 ingresaron 187 pacientes con edad media de 85,57 años con estancia media total de 13,55 días y preoperatoria de 4,14. El 81,1% fueron mujeres y sólo 8,5% procedían de residencia. Sólo 1% recibió tratamiento rehabilitador y fallecieron 8,02% durante el ingreso. En el año 2011 ingresaron 197 pacientes con estancia media 11,74 días, DE 6,09 y estancia prequirúrgica media 3,62 días. DE 2,8. La edad media fue de 86,03 años DE 5,7. El 77,2% fueron mujeres. Proceden de residencia 37,5% Presentaban cardiopatía 60%,

desnutrición 39%, demencia 50%, alteración audición 29%, alteración visión 6%, diabetes mellitus 39%, osteoporosis 83%, déficit vit D 94%, varias fracturas simultáneas 5%, fracturas previas 24%, fracturas patológicas 2,6%. Recibían tratamiento previo con antiagregantes 19% o anticoagulantes 11%. Se complicaron con anemia en 68%, que precisó transfusión 43%, confusional 35%, hipoalbuminemia 68%, descompensación cardíaca 29%, insuficiencia renal 24%, infección respiratoria 25%, urinaria 14% o cutánea 4%. Previo al ingreso presentaban deterioro: funcional leve: 87, moderado: 83, grave: 23; mental leve: 105, moderado: 68, grave: 20. Y al alta: funcional leve 3, moderada: 47, grave: 130; mental leve: 91, moderada: 65, grave: 24. 34% recibieron tratamiento rehabilitador durante el ingreso. Se siguieron en consulta de geriatría 25%, y Hospital de Día Geriátrico 6%. Cambió la situación social para 48 pacientes, sólo 12 ingresaron en estancia temporal de residencia pública. Fallecieron 6%. Recibieron tratamiento para osteoporosis al alta 63%.

Conclusiones: La implantación de un geriatra interconsultor en traumatología permitió ahorrar un total de 2 días de estancia total y 1 de preoperatoria con menor mortalidad. Un mayor número de pacientes recibieron seguimiento especializado y tratamiento rehabilitador y preventivo de nuevas fracturas, reflejando ser una medida de calidad coste-eficaz.

PC-004. DATOS A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M.J. Molina Hernández, L. Sevillano González y A. Martínez Flórez
Hospital Severo Ochoa. Madrid.

Introducción: Numerosos documentos avalan la eficacia de las unidades de ortogeriatría en el manejo de pacientes ancianos con fractura de cadera.

Métodos: En el Hospital Severo Ochoa se crea la unidad de ortogeriatría en enero 2011. Se registran de forma prospectiva datos demográficos, antecedentes patológicos, número de fármacos, tipo de fractura, cirugía, estancia media y preoperatoria, situación funcional, datos sociales, complicaciones médicas y quirúrgicas. Se revisan historias a los 6 meses para ver ingresos y se contacta telefónicamente para conocer situación funcional y social.

Resultados: Se atendieron 112 fracturas de cadera. Edad media $83,16 \pm 7,92$ (82%) mujeres. Institucionalizados 33 (30%). Situación funcional basal: índice de Barthel > 60 82 (73,21%), entre 40-60 11 (9,82%) y < 40 23 (20,53%). La marcha medida por la escala FAC: FAC ≥ 3 95 (84,82%); FAC 1 o 2 15 (13,45%); FAC = 0 2 (1,72%). La media de enfermedades $2,78 \pm 1,65$. Tomaban $5,5 \pm 3,81$ fármacos. Tenían demencia 33 (29,46%) Estancia hospitalaria $17,35 \pm 11,55$ días, estancia preoperatoria $4,23 \pm 3,28$. La fractura fue intracapsular en 49 pacientes (43,75%), extracapsular en 63 (53,25%). Se operaron 96,42%. Presentaron complicaciones médicas 88 (78,57%) y quirúrgicas 20 (17,85%). Fallecieron 8 (7,14%). Situación funcional al alta: índice de Barthel > 60 29 (27,88%), 40-60 10 (11,55%) y < 40 63 (60,57%). La marcha por la escala FAC: FAC ≥ 3 42 (40,38%); FAC 1 o 2 32 (30,78%); FAC = 0 30 (28,84%). Fueron a centro de convalecencia 34 (30,35%). A los 6 meses hay datos de 98 pacientes. Reingresaron por patología médica 18 (17,64%). Presentaron complicaciones quirúrgicas 5 (5%). Fallecieron 18 (17,64%). A los 6 meses tenían un índice de Barthel > 60 51 (63,75%) y < 40 25 (31,25%). La marcha por la escala FAC, FAC ≥ 3 66,25%; FAC 1 o 2 12,5% y FAC = 0 21,25%. Un 21,24% habían sido institucionalizados.

Conclusiones: A los 6 meses 1. Presentaron complicaciones quirúrgicas un total de 26 pacientes (25%). 2. La fractura de cadera causa dependencia funcional, sólo el 63,25% eran independientes para ABVD frente al 73,2% al ingreso. Deambulaban independientes 66,25% frente al 84,82% al ingreso. 3. Patología con una elevada mortalidad 23,21%. 4. Aumenta consumo de recursos: 30,31% fueron a centros de media estancia y 21,42% fueron institucionalizados.

PC-005. PROBLEMAS DE IDENTIFICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

A. Martínez Sabater, M.J. Cotanda Sanchis y M. Ballestar Tarín
Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.

Introducción: La seguridad del paciente es un principio fundamental en la atención sanitaria, convirtiéndose en un componente clave en la gestión de la calidad asistencial. Debido a las características asistenciales y a los múltiples profesionales implicados, se produce un aumento del riesgo de eventos adversos (EA), amenazando la seguridad del paciente. Los problemas de identificación del paciente se asocian a errores asistenciales, aumentando en personas mayores y con problemas de comunicación. La seguridad del paciente precisa garantizar la identificación mediante métodos inequívocos, siendo necesario la formación de las/los profesionales. Por ello nos planteamos como objetivo analizar la cultura de seguridad en los/las profesionales de enfermería recién egresados de la Universidad, comprobar la variabilidad en la identificación del paciente y puntualizar la formación recibida durante el proceso académico.

Métodos: Se plantea un estudio descriptivo de corte transversal mediante la realización de una encuesta de 39 ítems elaborada "ad hoc" tras la consulta bibliográfica que constaba de tres apartados: aspectos profesionales, seguridad del paciente y aspectos relacionados con problemas de identificación. Fue remitida al alumnado egresado de la Facultat d'Infermeria en los últimos cuatro años, siendo recopiladas y analizadas con el programa SPSS.

Resultados: Un 17% de la muestra trabajaba en Centros Sociosanitarios y un 69% en el ámbito hospitalario. Mayoritariamente se indicó una sobrecarga laboral, que relacionaban con una disminución de la calidad asistencial. La mayoría refieren una falta de actividades formativas relacionadas con la seguridad del paciente y una infranotificación de incidentes y sucesos adversos; considerando un problema importante la pérdida de información respecto a la situación de las personas. Respecto a la identificación, un 86% indica la existencia de sistemas de identificación que mejoran la seguridad, aunque el 72% desconoce los protocolos de utilización existentes.

Conclusiones: Los profesionales sanitarios indican una falta de información sobre la seguridad del paciente, la persistencia de infranotificación, y en caso de situaciones de riesgo, el análisis desde la búsqueda de culpables y no del análisis del sistema. Dentro de los problemas de seguridad, destaca en las personas mayores, las situaciones de problemas de identificación.

PC-006. ANÁLISIS DE LA CAPA DE FIBRAS DE RETINA MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ESTADIO INICIAL

E. García-Martín¹, B. Rojas¹, R. de Hoz¹, R. Yubero², P. Gil² y J. Ramírez¹

¹Universidad Complutense. Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: En la enfermedad de Alzheimer (EA) la atrofia cerebral refleja una pérdida severa de neuronas cerebrales. En estudios post-mortem se ha objetivado que estas alteraciones se asocian con cambios en la retina. El propósito de este estudio fue analizar el espesor de la mácula mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) en pacientes con EA en estadios iniciales y comprobar si estaba alterado respecto a los controles.

Métodos: Se examinaron 19 pacientes diagnosticados de EA (GDS 4) y 24 controles. Los pacientes con EA fueron diagnosticados en la Unidad de Memoria del Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos en Madrid. Se examinó un ojo al azar de cada paciente. La OCT se usó para evaluar el espesor de la región macular. Se les realizó un estudio oftalmológico completo (AV, refracción, sensibilidad al contraste, test de colores, biomicroscopia, presión intraocular, examen del fondo del ojo con la pupila dilatada y OCT). La OCT se usa en

oftalmología para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades de la retina ya que permite la medición del espesor de las distintas capas de la retina mediante técnicas de interferencia. Se dividió el área macular en 9 zonas. Una central de 1 mm de radio (fóvea) y dos zonas concéntricas de 3 mm y 6 mm, estas últimas, divididas en 4 sectores: nasal, temporal, superior e inferior.

Resultados: Comparados con el grupo control, los pacientes con EA en estadio inicial presentan una disminución significativa ($p < 0,05$) del espesor de la retina en la zona central y en todos los sectores paracentrales a 3 mm.

Conclusiones: En estadios iniciales de la EA, el espesor de la capa de fibras de la retina está disminuido a nivel macular. El estudio del espesor macular podría ayudar, como prueba complementaria, para el diagnóstico precoz de este tipo de pacientes. El hecho de que la mácula sea la zona de la retina donde se localizan las células ganglionares de tipo parvocelular, permitiría la correlación con otros pruebas psicofísicas específicas para esta vía.

PC-007. RELACIÓN ENTRE MORTALIDAD Y ALTERACIÓN EN LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN TIROIDEA EN ANCIANOS

E. Ridruejo¹, P. Iglesias², A. Muñoz¹, F. Prado¹, M.C. Macías¹ y M.T. Guerrero¹

¹Hospital General de Segovia. ²Hospital Ramón Cajal. Madrid.

Objetivos: Investigamos la relación entre las alteraciones de las pruebas de función tiroidea y la mortalidad por todas las causas y por causa cardiovascular (CV) en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 7 años de duración. Se estudiaron 404 pacientes > 65 años ingresados en el servicio de Geriátría del Hospital General (Segovia) durante 2005. Se cuantificaron tirotropina (TSH), tiroxina libre (T4 libre) y triiodotironina libre (T3 libre) al ingreso. Se registraron el tiempo de supervivencia, el número de muertes y la mortalidad global y CV hasta la finalización del estudio (1 de enero de 2012).

Resultados: Durante el estudio fallecieron 323 pacientes (80%). El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier mostró que la mediana del tiempo de supervivencia para la mortalidad global fue menor en los pacientes del primer tercil tanto de T3 libre, como de TSH y de T4 libre. El análisis multivariante mostró que la historia de cáncer (HR, 1,60; IC95% 1,12-2,27, $p < 0,01$), la edad (1,03; 1,01-1,05, $p < 0,01$) y las concentraciones de T3 libre (0,73; 0,64-0,84, $p < 0,001$) fueron factores significativamente relacionados con la mortalidad por todas las causas. La causa de muerte pudo averiguarse en 202 pacientes. El 30,2% (61 pacientes) de este grupo murió por enfermedad CV. Los pacientes pertenecientes al primer tercil de TSH y de T3 libre mostraron una mortalidad significativamente mayor por enfermedad CV. La concentración sérica de T3 libre fue el factor predictor más potente de mortalidad CV (0,74; 0,63-0,88, $p < 0,001$).

Conclusiones: Las alteraciones en las pruebas de función tiroidea durante la hospitalización se asocian con la mortalidad a largo plazo en pacientes ancianos. En particular, las concentraciones bajas de T3 libre se relacionan significativamente tanto con la mortalidad global como CV.

PC-008. DIAGNÓSTICO DEMENCIA: ¿EL PACIENTE LO SABE?

E. de Jaime, S. Burcet, M. Rodríguez, E. Sevilla, M. García y O. Vázquez

Servicio de Geriátría. Parc de Salut Mar. Centro Fórum. Hospital del Mar. Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Objetivos: Analizar: cuantos pacientes que acuden a un programa de estimulación cognitiva conocen su diagnóstico, cual es el motivo de no saberlo y qué postura tiene el cuidador principal (CP) del paciente sobre la información del diagnóstico.

Métodos: Se realizó estudio transversal que incluyó todos los pacientes que acudían a un hospital de día de geriatría para realizar psicoestimulación. Se recogieron diferentes variables: edad, sexo, diagnóstico médico, estadio evolutivo de demencia (CDR), MMSE, Yesavage, Barthel, Lawton, Charlson y núcleo de convivencia. Se elaboró y entregó al CP una encuesta sobre el grado de conocimiento que del diagnóstico de demencia tenían estos pacientes. Se excluyeron aquellos pacientes que no disponían de CP o cuyo diagnóstico médico no era concluyente.

Resultados: Se identificaron 53 pacientes. Se excluyeron 7 y tres encuestas no fueron bien cumplimentadas. La muestra final fue de 43 encuestas. Los pacientes tenían una edad de $77,6 \pm 7,2$, el 58,1% eran mujeres. El diagnóstico más frecuente fue demencia tipo Alzheimer en el 65,1%; el 76,7% tenían un CDR de 1. El MMSE fue de $22,2 \pm 4,6$, Barthel $84,8 \pm 11,7$, Lawton $3,4 \pm 2,2$; el 55,8% vivían con su conyugue. Al preguntar qué diagnóstico presentaba su familiar, el 78,5% coincidían con el diagnóstico real. El 55,8% de los pacientes sabían el diagnóstico. En estos pacientes, el diagnóstico fue facilitado en el 45,8% por el especialista. De los 19 pacientes que no sabían el diagnóstico, el 52,6% no habían sido informados por miedo a que se deprimieran; en el 52,6% la familia no quiso facilitar el diagnóstico, pero al preguntar si ellos fueran los pacientes, el 73,6% manifestó su voluntad de saberlo.

Conclusiones: El 55,8% de los pacientes que acudían a estimulación cognitiva sabían su diagnóstico; el principal motivo de los CP de no informar era el miedo a la depresión del paciente; destaca que la mayoría de los CP que no quisieron informar a su familiar, sí que querían saber el diagnóstico de ser ellos los enfermos.

PC-009. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA SEGÚN LOS CRITERIOS DE BEERS

J. Guil Sánchez

Centre Sociosanitari "Casal de Curació". Vilassar de Mar.

Introducción: Los ancianos constituyen el grupo poblacional con mayor consumo de fármacos, algunos de los cuales pueden presentar riesgos sobre la salud. En 1991 Beers y colaboradores elaboraron una lista de medicamentos que no se consideran adecuados en ancianos por su potencial riesgo. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de la prescripción de medicamentos inadecuados en los ancianos ingresados en la Unidad de Convalecencia según los criterios de Beers actualizados en 2012.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en población anciana ingresada en la Unidad de Convalecencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. Se recogieron datos poblacionales (edad, sexo), valoración de deterioro cognitivo mediante el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo, valoración de dependencia funcional mediante el Índice de Barthel, nº de medicamentos de prescripción crónica y medicamentos no indicados según criterios de Beers.

Resultados: Ingresaron 85 pacientes en la Unidad de Convalecencia. El 65,9% fueron mujeres. La edad media fue 84,2 (DE 9,01) años. El promedio de medicamentos prescritos por paciente fue 9,14 (DE 3,81). El 18,8% de los pacientes tomaban medicamentos inapropiados según criterios de Beers. El promedio de medicamentos en los pacientes que no cumplían los criterios de Beers fue de 11,7 (DE 3), por 8,6 (DE 3,85) en los que sí cumplían los criterios. Los 16 casos de prescripción inadecuada se presentaron en pacientes con dependencia funcional. Los pacientes con deterioro cognitivo presentaron mayor prevalencia de prescripción inadecuada, 25,92% vs 15,52%. El sexo femenino se asoció con mayor prevalencia de prescripción inadecuada, 21,43% vs 13,79%. El grupo de medicamentos inadecuados prescritos con más frecuencia fue el de los laxantes estimulantes (leche de magnesia, sulfato de magnesia, fosfato/citrato sódico, derivados de difenilmetano,

antraquinonas), con 9 casos, y como fármaco individualmente la amiodarona (6).

Conclusiones: La prescripción farmacológica en nuestro centro se adaptó a los criterios de Beers en un 82,2% de los casos. Las características que se asociaron con mayor prevalencia de prescripción inadecuada fueron: el sexo femenino, la presencia de deterioro cognitivo, la dependencia funcional y la mayor prescripción de medicación crónica. Los laxantes estimulantes y la amiodarona fueron los fármacos inapropiados más prescritos.

PC-010. MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS Y ALTERACIONES ANALÍTICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES MAYORES OBESOS

M.I. Porras Guerra

Complejo Asistencial de León.

Objetivos: Determinar la presencia de alteraciones metabólicas en un grupo de mayores obesos y valorar la influencia del tratamiento higiénico-dietético sobre las cifras de los parámetros analíticos analizados que pueden verse alterados en la obesidad.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo sobre una muestra de pacientes de ambos sexos, mayores de 65 años con sobrepeso u obesidad. Se hizo un seguimiento de dos años y se realizaron tres determinaciones analíticas al inicio, mitad y final del estudio. Se valoraron las modificaciones en las cifras de glucemia, ácido úrico, perfil lipídico, proteínas totales y albúmina. Como variables: sexo, edad, peso, talla, IMC, comorbilidades, T/A y tratamiento habitual. Además se prescribieron medidas higiénico-dietéticas con dieta libre, baja en grasas y sal y ejercicio físico regular, una hora diaria, según posibilidades.

Resultados: Muestra de 50 pacientes, 38% varones, 62% mujeres, entre 65-83 años de edad. Presentaba sobrepeso el 60% de la muestra, obesidad 38% y 2% obesidad mórbida. 84% de la muestra presentaba patologías asociadas, la patología osteoarticular (62%), HTA (40%), dislipemias (16%), DM tipo 2 (8%) e hiperuricemia (6%) las más frecuentes. Según los valores analíticos, al inicio, 17% tenían cifras elevadas de glucemia, 12% hiperuricemia, 28% hipercolesterolemia, 14% hipertrigliceridemia y 89% cifras altas de LDL. Cifras de HDL < 35 mg/dl las presentaban 3% de la muestra. Al final del seguimiento 14% de la muestra con cifras altas de glucemia, 10% de ácido úrico, 26% de colesterol y 0,6% cifras bajas de HDL. No diferencia en triglicéridos y LDL. La pérdida de peso se acercó al 10%, las cifras tensionales descendieron 6 mmHg la T/A sistólica y 5 mmHg la diastólica.

Conclusiones: El tratamiento con medidas higiénico dietéticas (barato y muy asequible) basado en dieta baja en grasa y sal y la realización de ejercicio físico regular, mejora las alteraciones metabólicas en el anciano obeso con las consiguientes mejoras en la calidad de vida, mejora del estado físico y anímico (disminución de peso, mejor movilidad, menos dolor) disminuyen los factores de riesgo cardiovascular (descenso del peso, cifras tensionales, glucosa, lípidos, ácido úrico) y posibilidad de disminuir dosis o retrasar inicio de tratamiento farmacológico.

PC-011. EFICACIA Y CONTINUIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO PARA PREVENIR CAÍDAS Y FRACTURAS EN MUJERES MAYORES CON OSTEOPOROSIS Y OSTEOPENIA EN UN CEAM DE VALENCIA

M.J. Ponce Darós¹, M.A. Tortosa Chuliá², E. Mora Amérigo¹, L. Fuentes Aparicio¹, S. Cortés Amador¹ y M. Balasch i Bernat¹

¹Departamento de Fisioterapia. Facultad de Fisioterapia;

²Departamento de Economía Aplicada. Facultad de Economía. Universitat de València.

Objetivos: Estudiar si un programa de ejercicio físico diseñado para mujeres mayores con osteoporosis y osteopenia puede prevenir caídas y fracturas, al conseguir una marcha más estable y mayor equilibrio, siempre que la asistencia sea continuada.

Métodos: Han participado 48 mujeres posmenopáusicas entre 60 y 80 años de edad, la mitad en el grupo experimental y el resto, en el control. El estudio se realizó en el CEAM de Puçol durante 7 meses, donde el grupo experimental realizaba ejercicios supervisados por la fisioterapeuta 2 días a la semana durante 1 hora. Durante este tiempo, se les realizó a ambos grupos pruebas para valorar el riesgo de padecer caídas estimando su marcha y equilibrio (escala Tinetti), y se les preguntó por las caídas y fracturas (encuestas personales) y por la asistencia y satisfacción con el programa de ejercicios.

Resultados: En el grupo experimental se cayeron 3 mujeres, y ninguna padeció fractura. En el grupo control se cayeron 10 mujeres, y 2 padecieron una fractura. Tras efectuar la prueba t Student se observó que los sujetos del grupo experimental tuvieron un menor riesgo de padecer caídas que los sujetos del grupo control. Al realizar la prueba t de muestras relacionadas se observó que las pacientes del grupo experimental mejoraron sus puntuaciones en la escala Tinetti de la valoración inicial a la final, mejorando su marcha y equilibrio, y consiguiendo una deambulación más estable, mientras que las pacientes del grupo control empeoraron. Al realizar regresión se observó que a mayor asistencia, menor riesgo de padecer caídas. Y que asistir más o menos al programa de ejercicios no depende de la edad. El grado de asistencia y de satisfacción fue alto y todas deseaban continuar la actividad.

Conclusiones: La realización de un programa de ejercicio físico continuado en el tiempo, supervisado por un fisioterapeuta, ayuda a prevenir caídas y fracturas en personas con osteoporosis y osteopenia, ya que mejora la marcha y el equilibrio. En el futuro se debería incluir este programa de ejercicios en los CEAM para prevenir caídas y/o su recomendación desde atención primaria, y conseguir un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable.

PC-012. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD Y REINGRESO EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

O. Saavedra Obermann, A. González Sanz, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta

Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar aquellas variables clínicas, funcionales y asistenciales que pudieran ser predictoras de mortalidad a los tres meses del alta en pacientes mayores de 70 años ingresados con insuficiencia cardiaca.

Métodos: Estudio longitudinal realizado sobre pacientes mayores de 70 años ingresados con insuficiencia cardiaca en una unidad de agudos de geriatría. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia y convivientes) y clínico asistenciales (número de diagnósticos al ingreso, número de tratamientos al ingreso, estancia media y situación funcional). Se aplicaron 11 de los indicadores de proceso de calidad asistencial de insuficiencia cardiaca del proyecto "Assessing the Care of Vulnerable Elders" (ACOVE) y se realizó un seguimiento de los casos valorando mortalidad y reingresos de los pacientes a los 3 meses del alta.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 158 pacientes seleccionados de forma aleatoria con una edad media de $87,26 \pm 5,5$ años, el 61,6% fueron mujeres, los pacientes tenían una media de $7,7 \pm 3,87$ diagnósticos y $7,94 \pm 3,31$ tratamientos al ingreso, la estancia media fue de $8,32 \pm 4,35$ días y la causa de ingreso más frecuente fue la disnea 79,87%. La tasa de mortalidad a los tres meses fue del 12,03% y de reingresos del 12,66%. De las variables incluidas en el estudio mostraron asociación estadística con mortalidad la puntuación en el ACOVE ($7,23 \pm 1,38$ en supervivientes vs $6,17 \pm 1,18$ en los fallecidos, $p = 0,002$), índice de Barthel previo al ingreso ($70,48 \pm 32$ en los supervivientes vs $50 \pm 28,54$ en fallecidos; $p = 0,012$), Barthel al ingreso ($59,71 \pm 30,99$ en los supervivientes vs

33,42 \pm 23,40 en fallecidos; $p = 0,001$), número de diagnósticos (9,42 \pm 4,91 en supervivientes vs 7,54 \pm 3,68 en fallecidos; $p = 0,047$) y lugar de residencia (mortalidad del 13,33% en no institucionalizados vs 30,56% en institucionalizados; OR 0,35 [0,15-0,85], $p < 0,05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre reingreso a los 3 meses y ninguna de las variables incluidas en el estudio.

Conclusiones: Para nuestra población de estudio la situación funcional previa de los pacientes, así como el nivel de calidad asistencial y el impacto sobre la situación funcional de la enfermedad aguda y la hospitalización son factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca.

PC-013. ESTUDIO DEL EFECTO DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA VESTIBULAR EN PERSONAS MAYORES

S. Cortés Amador, L. Villaplana Torres, C. Blasco Igual, L. Fuentes Aparicio, M. Balasch i Bernat y M.J. Ponce Darós
Universidad de Valencia.

Objetivos: Determinar si un programa específico de fisioterapia vestibular, mejora la calidad de vida de las personas mayores con problemas de equilibrio derivados de la alteración de los sistemas sensoriales (visual, propioceptivo y vestibular) como consecuencia del proceso de envejecimiento. Fenómeno conocido como *Presbystasia*.

Métodos: En el estudio participaron 32 pacientes, con edades comprendidas entre 65 y 85 años; fueron divididos en grupo control y experimental. El grupo control realizó un programa ejercicio físico, con una frecuencia de una vez a la semana y una duración de 50 minutos (12 sesiones). El grupo experimental efectuó un programa de entrenamiento vestibular, con una frecuencia de 3 veces por semana y una duración 40 minutos (35 sesiones) y además realizó el programa de ejercicio físico semanal (12 sesiones). El instrumento de evaluación de la calidad de vida fue el Dizziness Handicap Inventory (validado en español). Este instrumento evalúa la calidad de vida del sujeto en tres áreas: emocional, física y funcional. El análisis de datos se realizó mediante una prueba t de Student para muestras relacionadas e independientes.

Resultados: El grupo control no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), ni en la puntuación total del Dizziness Handicap Inventory, ni en cada una de las áreas que lo forman (emocional, física y funcional). El grupo experimental mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), tanto en la puntuación total de la escala como en cada una de las áreas. El resultado de la prueba t de Student para muestras independientes fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Conclusiones: El programa de fisioterapia vestibular mejora la calidad de vida de las personas mayores que sufren alteraciones del equilibrio.

PC-014. PERFIL DE LOS PACIENTES TERMINALES NO ONCOLÓGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

J. Pi Sánchez, M. Guàrdia Faci, M.T. Flores Aubia, R. Qanneta, E. Moltó Llarena y N. Martí Triguero
Hospital Francolí. Tarragona.

Introducción: Las unidades de cuidados paliativos (CCPP) han detectado durante los últimos años un significativo aumento de pacientes en estadio avanzado de enfermedades no oncológicas, con la consecuente adaptación de actuación frente la situación de últimos días.

Métodos: Revisión de las HC de pacientes que han sido exitus en la unidad de CCPP desde 1/1/2010 a 31/10/2011. Recogemos: edad, sexo, procedencia, diagnóstico principal (CIM-9), Í. Barthel al ingreso, estancia media, tratamiento, presencia de cuidador principal (per-

sona que asume las tareas de cuidado del paciente con un mínimo de 6 semanas, no remunerada, reconocida por los familiares) y vínculo, diagnósticos sociales. Se confecciona el perfil de enfermo terminal no oncológico.

Resultados: Exitus registrados 257, diagnóstico no oncológico 76 (29,6%), de estos 63 personas ingresaron en la unidad para CCPP, 36 (57%) hombres y 27 (43%) mujeres. Edad media: hombres 75,3 años, mujeres 84,3 años. Ingreso por derivación desde un Hospital de Agudos 32 (50,8%), desde otra unidad socio sanitaria 20 (32%) y desde Atención Primaria 11 (17,2%). Estancia media de 20 días. Las enfermedades más frecuentes fueron las del aparato circulatorio (CIM9 390-459)-22 (34,92%), las del aparato respiratorio (CIM9 460-519)-15 (23,81%), las del aparato digestivo (CIM9 520-579)-9 (14,29%) y las infecciosas/parasitarias (CIM9 001-139)-5 (7,94%). Índice de Barthel al ingreso ≤ 30 en 55 (87,3%) personas. Un 49% recibieron tratamiento con O₂, 44% fármacos EV, 89% escopolamina, 93% midazolam y 89% morfina. Respecto a la situación social, 44 (69,8%) personas no tenían cuidador y 19 sí, siendo éste un hijo 9 (14,3%), la pareja 4 (6,3%), la madre 2 (3,2%) u otros 2 (3,2%). Los diagnósticos sociales más frecuentes fueron: Dificultad de cuidar al paciente 18 (28,5%), impacto emocional 8 (12,70%), barreras arquitectónicas en domicilio 8 (12,70%), complejidad de asistencia sanitaria 4 (6,35%), conflictos relacionales 3 (4,76%) y ausencia de familia 3 (4,76%).

Conclusiones: Se están extendiendo los principios de los CCPP a pacientes terminales con enfermedades no oncológicas. El perfil es mayoritariamente un hombre, derivado desde hospital de agudos, con enfermedad del aparato circulatorio, un Í. Barthel ≤ 30 , tratamiento farmacológico complejo y sin cuidador. El tratamiento farmacológico de últimos días y el soporte al paciente/familiares no difieren del prestado a los pacientes con enfermedad oncológica, aunque hemos observado una mayor complejidad inherente a la enfermedad de base.

PC-015. RIESGO NUTRICIONAL MEDIDO CON EL MNA-SF Y MORTALIDAD. ESTUDIO FRADEA

M. Fernández Sánchez, S.A. Alfonso Silguero, A. Noguerón García, L. Gómez Arnedo, J.L. Esquinas Requena y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Analizar si el riesgo nutricional es un predictor de mortalidad en ancianos.

Métodos: 826 mayores de 70 años de Albacete pertenecientes al estudio FRADEA. Se registró el riesgo nutricional mediante la versión abreviada del Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). Se registró la mortalidad y la fecha en que aconteció en la segunda ola del estudio. El riesgo se determinó mediante regresión logística y análisis de riesgos proporcionales de Cox, ajustado por edad, género, alta comorbilidad (Charlson ≥ 3) y discapacidad prevalente para ABVD.

Resultados: Edad media 78,6 años (DE 5,9). 58,8% mujeres. Media del MNA-SF 12,1 (DE 2,2). 511 (61,9%) sujetos tuvieron MNA-SF < 14 , 255 (30,9%) MNA-SF < 12 y 37 (4,5%) MNA-SF < 8 . 69 participantes fallecieron durante el seguimiento (8,4%). El tiempo medio de seguimiento fue de 519 días, y hasta el fallecimiento de 417 días. Los participantes con MNA-SF < 14 tuvieron mayor mortalidad 10,9-1,4%, al igual que aquéllos con MNA-SF < 12 13,9-4,5% ($p < 0,001$) en el análisis bivariante. Mediante análisis de riesgos proporcionales de Cox, ajustado por la edad, género, alta comorbilidad y discapacidad, un MNA < 14 supuso un mayor riesgo ajustado de mortalidad (HR 2,91; IC95% 1,10-7,74), al igual que un MNA < 12 (HR 1,60; IC95% 0,94-2,73). Por cada punto que aumentó el MNA-SF, el riesgo de mortalidad se redujo 0,9 veces (HR 0,90; IC95% 0,81-1,00).

Conclusiones: El riesgo nutricional determinado mediante el MNA-SF supone un riesgo aumentado de mortalidad en ancianos. El mejor punto de corte es un MNA-SF < 14 .

PC-016. ESTADO Y RIESGO NUTRICIONAL DE UNA COHORTE DE MAYORES DE 70 AÑOS. ESTUDIO FRADEA

A. Noguerón García, L. Gómez Arnedo, I. Torres Torres, I. Soler Moratalla, I. García Noguerras y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar el estado nutricional de una cohorte de mayores de 70 años y su asociación con variables sociodemográficas, funcionales, cognitivas, afectivas y de calidad de vida.

Métodos: 678 mayores de 70 años de Albacete pertenecientes al estudio FRADEA. Se registró el estado nutricional mediante el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro abdominal (PA) y el riesgo nutricional mediante la versión abreviada del Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). Se analizó su asociación con variables sociodemográficas, fragilidad, funcionales (Barthel, Lawton, SF-LLFDI, SPPB, velocidad de marcha), cognitivas (MMSE), afectivas (Yesavage), de comorbilidad (Charlson, polifarmacia, conteo de enfermedades), riesgo social (Gijón) y de calidad de vida (SF-12).

Resultados: Edad media 78 años. 42,2% hombres. Valores medios de IMC 29,3 kg/m², PA 102 cm, MNA-SF 12,4. La edad se asoció inversamente con el estado y riesgo nutricional ($p < 0,05$). Las mujeres tuvieron mayor IMC (29,7-28,7; $p < 0,01$) que los hombres, pero menor PA (100-105; $p < 0,001$) y menor puntuación en el MNA (12,1-12,7; $p < 0,001$). La discapacidad en ABVD, AIVD, y la mala función (SF-LLFDI, SPPB y velocidad de marcha) se asociaron con peores puntuaciones en el MNA-SF ($p < 0,001$), pero no con el IMC ni con el PA. Peores puntuaciones en el MNA-SF se asociaron con mayor comorbilidad, peor estado cognitivo y afectivo y mayor riesgo social ($p < 0,001$). Los participantes con peor MNA-SF y mayor IMC consumían más fármacos. Se apreciaron diferencias en el riesgo nutricional según el estado de fragilidad ($p < 0,001$) pero no según el IMC o el PA. El MNA-SF alto se asoció con mejor calidad de vida ($p < 0,001$), mientras que a mayor IMC la calidad de vida fue peor ($p < 0,01$). La fragilidad, estado cognitivo y afectivo y la calidad de vida se asociaron de manera independiente con riesgo nutricional, mientras que la edad, el estado cognitivo, afectivo y la calidad de vida lo hicieron con el IMC.

Conclusiones: El riesgo nutricional se asocia a mayor edad, sexo femenino, peor función y mayor fragilidad y discapacidad, peor estado cognitivo y afectivo, peor calidad de vida, mayor comorbilidad, y mayor riesgo social. El estado nutricional no presenta una asociación tan clara.

PC-017. ANÁLISIS DE LAS CAÍDAS DECLARADAS EN UN HOSPITAL SOCIO-SANITARIO

I. Benítez Hinojosa¹, P. López Pérez² y D. Lozano Moreno²

¹*Consorci Sanitari Creu Roja Catalunya. L'Hospitalet de Llobregat.*

²*Consorci Sanitari Integral-Hospital de l'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat.*

Introducción: Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes. Son por su incidencia y gravedad, un problema importante, porque afecta a la calidad de vida de nuestros ancianos, aumentando el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria.

Objetivos: Identificar y analizar las posibles causas de caídas declaradas en las unidades de hospitalización, en nuestro centro sociosanitario.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo, a partir de la revisión de número total de caídas declaradas en el año 2012. Las variables analizadas son: Sexo, edad, distribución por unidades, turnos de enfermería, situación y estado del paciente en el momento de la caída, consecuencias, polifarmacia y fármacos de riesgo.

Resultados: Un total de 170 caídas, total de pacientes: 120, 24 de ellos sufren más de una caída. Edad: < 65 años (2%), entre 65-74 años (12%), entre 75-84 años (53%), > 85 años (30%). Convalecencia (66%),

Paliativos (16%), Psicogeriatría (6%), Larga estancia (12%). Contenciones (5%), Sin contención (95%). Turnos: T. mañana (23%), T. tarde (34%), T. noche (43%). Situación en el momento de la caída: solos (83%), acompañados de sanitario (5%), acompañados de un familiar: (12%). Estado: en reposo (19%), deambulando (30%), transferencias (51%). Consecuencias: fracturas (2%), herida abierta (8%), contusión (18%), no lesión (72%).

Conclusiones: Sufren más caídas por la noche, hay evidencia de que el uso de barandillas, no ha disminuido el número de caídas, puesto que todos ellos la tenían colocada. Se han de aumentar las rondas de vigilancia y la reeducación vesical en este turno. Es el turno que menos dotación de personal tiene. Se producen menos caídas por la mañana, porque están los pacientes ubicados en el comedor, donde realizan terapia física (Rehabilitación), terapia ocupacional, relaciones sociales, ocio (TV) y comedor, están más controlados y vigilados, ya que no están solos en las habitaciones.

PC-018. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN 4 CENTROS SOCIO-SANITARIOS

R. Mas Frigola¹ y M. García González²

¹*SARquavita Regina. Barcelona.* ²*SARquavita Jaume Nadal. Lleida.*

Objetivos: Analizar la prescripción farmacéutica en cuatro centros sociosanitarios para poder mejorar el uso de los fármacos.

Métodos: Estudio retrospectivo donde se revisó la prescripción de los pacientes durante un año (2012). Las variables estudiadas fueron: edad y medicamento prescrito, teniendo en cuenta los de utilidad terapéutica baja (UTB) y los de fuera guía farmacológica. Las prescripciones se han agrupado por grupos terapéuticos según la clasificación ATC de la OMS. Los datos se obtuvieron a partir del sistema de información asistencial GCR.

Resultados: De los 1.099 residentes, 473 fueron hombres y 626 mujeres. La media de edad fue de 80,8 años. Los grupos más prescritos fueron: antiácidos y antiulcerosos (A02): 35,38%, laxantes (A06): 14,70%, antidiabéticos (A10): 10,97%, y suplementos minerales (A12): 11,73%, respecto al total del grupo A (1.823 prescripciones). Agentes antitrombóticos (B01): 70,66%, del cual un 32,25% fueron heparinas y derivados y un 37,99% antiagregantes plaquetarios, respecto al total del grupo B (958). Diuréticos (C03): 26,70%, IECA (C09A): 12,01%, ARAII (C09C): 5,59% y modificadores de los lípidos (C10): 13,98% respecto al total del grupo C (1.573). Betalactámicos (J01C): 31,25%, macrólidos (J01F): 4,79% y quinolonas (J01M): 27,73% respecto al total del grupo J (1.251). Antipsicóticos (N05A): 16,25%, ansiolíticos (N05B): 11,11% y hipnóticos y sedantes (N05C): 16,04% y psicoanalépticos (N06): 14,68%, respecto al total del grupo N (2.861). Medicamentos para enfermedades obstructivas de las vías (R03): 37,55% de 735 prescripciones. Los medicamentos prescritos de UTBs y de fuera guía corresponden a un 15,03% y un 21,62% respectivamente.

Conclusiones: El estudio evidencia el elevado consumo de fármacos del subgrupo N05, pudiendo explicarse en parte al alto número de demencias en nuestros centros (11,2%). Muestra también el buen perfil de IECA's en la prescripción de los fármacos del eje renina-angiotensina.

PC-019. ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A PRESCRIPCIÓN INADECUADA Y SUBÓPTIMA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES

J. Gutiérrez Rodríguez¹, A. Alonso Collada², E. Vega González³,

R. Alonso Buelga⁴, E. Ortiz Cachero⁵ y A. Fernández Marcos⁴

¹*Hospital Monte Naranco. Oviedo.* ²*Instituto Gerontológico. Asturias.*

³*San Pancrácio. Asturias.* ⁴*Residencia Mixta. Asturias.* ⁵*Sierra del Cuera. Asturias.*

Objetivos: Estudiar aquellos factores demográficos, clínicos, funcionales y mentales que pudieran estar asociados a prescripción inadecuada.

cuada y subóptima en pacientes institucionalizados en centros residenciales para la tercera edad.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra aleatoria de residentes ingresados en 2012 en 8 centros residenciales del Principado de Asturias. Variables: edad, sexo, tiempo de ingreso, índice de Barthel (IB), Minimental State Examination (MMSE), número de enfermedades y de fármacos. Se define prescripción inadecuada según criterios "Screening Tool for Older Person's Prescriptions" (STOPP) y prescripción subóptima según criterios "Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment" (START).

Resultados: 354 sujetos fueron incluidos en el estudio. La edad media era de $81,7 \pm 10,9$ años, el 69,2% mujeres, el tiempo de institucionalización de $3,7 \pm 6,3$ años y la puntuación media en el IB de $59,5 \pm 34,7$ y en el MMSE de $17,6 \pm 9,8$. Se encontró asociación entre prescripción inadecuada y número de diagnósticos ($7,7 \pm 3,7$ en residentes con criterios STOPP vs $6,1 \pm 2,7$ en sujetos sin criterios; $p < 0,05$) y número de fármacos prescritos ($8,3 \pm 3,4$ vs $6,7 \pm 3,3$; $p < 0,05$). Asimismo, se detectó asociación entre prescripción subóptima y edad ($83,7 \pm 7,4$ en sujetos con criterios START vs $79,6$ en sujetos sin criterios, $p < 0,05$), tiempo de ingreso ($2,5 \pm 2,4$ vs $4,7 \pm 7,9$, $p < 0,05$), número de diagnósticos ($7,5 \pm 3,7$ vs $6,5 \pm 3,2$, $p < 0,05$) y de fármacos ($7,9 \pm 3,6$ vs $6,5 \pm 3,1$, $p < 0,05$). No se detectó asociación entre las puntuaciones en el IB y MMSE con prescripción inadecuada o subóptima.

Conclusiones: La prescripción inadecuada y subóptima se relacionan con el número de diagnósticos, el número de fármacos prescritos, la edad y el tiempo de institucionalización. La situación funcional y cognitiva evaluadas mediante el IB y el MMSE parecen no asociarse a estos problemas de prescripción en nuestra población de estudio.

PC-020. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE ≥ 75 AÑOS TRATADO CON OPIOIDES POR DOLOR LUMBAR CRÓNICO

A. Padrol Munte¹, F.J. Tarazona Santabalbina², J.R. Doménech Pascual³, J.A. Almazán Arjona³, J. Pérez Cajaraville⁴ y D. Abejón González⁵

¹Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ²Hospital de la Ribera. Alzira. ³Residencia Geriátrica XXI. Cúllar Vega. ⁴Clinica Universitaria de Navarra. Pamplona. ⁵Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda.

Objetivos: Determinar el perfil de los pacientes de edad muy avanzada (≥ 75 años) con dolor lumbar crónico (DLC) tratado con opioides y su evolución del dolor, discapacidad y calidad de vida (CdV) tras 3 meses en tratamiento analgésico.

Métodos: Subanálisis de un estudio observacional, multicéntrico. Se analizan 1123 pacientes en su 1ª consulta al especialista por DLC moderado-intenso y los resultados según el tratamiento opioide recibido: oxycodona/naloxona (OXN; $n = 796$) y con otros opioides mayores o menores \neq OXN (OpMm; $n = 92$).

Resultados: Perfil de los pacientes: mujeres 72%, 80 ± 4 años; LC mecánicas: 97,5%, no mecánicas: 3,5% y por dolor referido visceral: 0,7%. Dolor con componente somático: 84%, neuropático: 48%, visceral: 4%. Evolución DLC ≥ 2 años: 57%. El 73% había visitado previamente ≥ 2 especialistas, principalmente derivados de AP: 56%. Plan de actuación: tratamiento farmacológico: 95%; técnicas antiálgicas: 27% (bloqueos/TENS/radiofrecuencia) y derivación a otro especialista: 16% (Rehabilitación). Evolución: mejoría significativa del control del dolor (ENV₀₋₁₀) en el grupo OXN: -3,2 (47%) vs OpMm: -2,3 (36%). Mejoría significativa de OXN vs OpMm en los 7 ítems de interferencia del dolor en la CdV (cuestionario BPI) ($p < 0,001$). Mejoría del 27% OXN vs 16% OpMm, en el grado de discapacidad lumbar (puntuación-total-final Oswestry). Destaca que el 80% de pacientes tratados con OXN mejora tras 3 meses, frente al 61% con OpMm; $p < 0,001$. También en la CdV (EuroQoL) se observa una mejoría significativa de OXN: -21% vs OpMm: -12% en el termómetro₀₋₁₀₀ y en todas las dimensiones ($p < 0,001$). El grado de satisfacción (ENV₀₋₁₀) con el control del dolor y con su abordaje terapéutico, a los tres

meses de evolución es mayor en OXN; (7,1 vs 6,2 y 7,4 vs 6,6 respectivamente) ($p < 0,001$).

Conclusiones: Este análisis permite caracterizar los pacientes edad muy avanzada (≥ 75 años) y dolor lumbar crónico, tratados con opioides y constata mejorías significativas en el grupo de pacientes tratados con oxycodona/naloxona respecto a los tratados con otros opioides mayores y menores, tanto en el control del dolor como en el grado de discapacidad y la calidad de vida.

PC-021. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE DÍA ESPECÍFICO EN DEMENCIAS

G. Tamame González¹, A. García Bernal¹ y J.A. Monforte Porto²

¹Centro Alzheimer. Zamora. ²Hospital Provincial de Zamora.

Introducción: El Centro Terapéutico de Día (CTD) es un espacio sociosanitario que dispone de servicios sanitarios específicos, complementarios a los servicios de salud, enfocados al mantenimiento de la calidad de vida de sus usuarios.

Objetivos: Valorar las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios del Centro Terapéutico de Día "Ciudad Jardín" de Zamora.

Métodos: Material: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad), clínicas (diagnóstico principal: deterioro cognitivo (DC), Alzheimer (EA), vascular, mixto, frontotemporal (FT), Lewy, Pick) y estadiaje (Escala de Deterioro Global de Reisberg). Métodos: estudio epidemiológico transversal y descriptivo sobre 83 usuarios del CTD. Consideraciones bioéticas: criterios de inclusión no restrictivos (principio de justicia), cuidado de aspectos metodológicos (principio de no-maleficencia), información al paciente de la naturaleza y objetivos (principio de autonomía), categorización del riesgo menor del mínimo (principio de beneficencia).

Resultados: La edad media de los usuarios es de 80,7 años con un rango entre 51 y 94 años. El porcentaje por sexos es 37% hombres y 63% mujeres. El estado civil es 59% casados, 37% viudos, 3% solteros y 1% divorciados. El nivel de escolaridad es 62% estudios primarios, 22% sin estudios y 16% estudios superiores. Los porcentajes según el diagnóstico principal son EA 65%, mixta 19%, DC 6%, FT 4%, EA/Lewy 3%, EA/FT 1%, FT/Pick 1% y encefalopatía 1%. El estadiaje según la Escala de Deterioro Global es GDS-1: 1%, GDS-2: 1%, GDS-3: 6%, GDS-4: 13%, GDS-5: 28%, GDS-6: 26% y GDS-7: 25%.

Conclusiones: El perfil del paciente en nuestro Centro es una mujer, casada, con estudios primarios, estando diagnosticada de enfermedad de Alzheimer, con un estadiaje GDS entre 5 y 7.

PC-022. LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UN CENTRO DE DÍA ESPECÍFICO EN DEMENCIAS

J.A. Monforte Porto¹, G. Tamame González² y A. García Bernal²

¹Hospital Provincial de Zamora. ²Centro Alzheimer. Zamora.

Introducción: La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social.

Objetivos: Describir los perfiles de los usuarios del Centro Terapéutico de Día "Ciudad Jardín" de Zamora en función de su VGI.

Métodos: Material: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad), clínicas (diagnóstico del tipo de demencia, estadiaje según la escala GDS de Reisberg, y presencia de depresión, insomnio, alteraciones conductuales, diagnósticos asociados, grandes síndromes geriátricos), funcionales (Índice de Barthel y de Lawton). Métodos: estudio epidemiológico transversal y descriptivo sobre 83 usuarios del CTD. Consideraciones bioéticas: Criterios de inclusión no restrictivos (principio de justicia), cuidado de aspectos metodológicos (principio de no-maleficencia), información al paciente de la naturaleza y objetivos (principio de autonomía), cat-

egorización del riesgo menor del mínimo (principio de beneficencia).

Resultados: Diagnóstico principal: EA 65%, mixta 19%, DC 6%, FT 4%, EA/Lewy 3%, EA/FT 1%, FT/Pick 1% y encefalopatía 1%. Estadiaje (Escala de Deterioro Global): GDS-1: 1%, GDS-2: 1%, GDS-3: 6%, GDS-4: 13%, GDS-5: 28%, GDS-6: 26% y GDS-7: 25%. Presentan depresión 66%, insomnio 39% y alteraciones conductuales 55%. Diagnósticos asociados y grandes síndromes geriátricos: alergias 7%, dolor 19%, enfermedad dermatológica 22%, déficit visual 66%, déficit auditivo 37%, enfermedad respiratoria 23%, HTA 61%, cardiopatía 30%, arteriopatía periférica 28%, insuficiencia venosa periférica 29%, adoncia 57%, estreñimiento 48%, diabetes mellitus 19%, dislipemia 45%, obesidad 16%, incontinencia urinaria 66%, osteoporosis 39%, artrosis 58%, alteraciones en la marcha 52%, inmovilismo 6%, enfermedad neurológica 36%, caídas 36% y polifarmacia 77%. Valoración funcional de las ABVD (Índice de Barthel): 60-100: 60%, 40-59: 16%, 20-39: 12% y 0-19: 12%. Valoración de las AIVD (Índice de Lawton): 1: 76%; 2: 7%; 3: 10%; 4: 2%; 5: 4%; 6: 0%; 7: 1% y 8: 0%.

Conclusiones: La mayoría de los usuarios presentan un número importante de diagnósticos asociados y grandes síndromes geriátricos, que motivan una dependencia ligera- moderada para las ABVD y total para las AIVD.

PC-023. VARIABLES TERAPÉUTICAS Y ASISTENCIALES DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE DÍA ESPECÍFICO EN DEMENCIAS

A. García Bernal¹, J.A. Monforte Porto² y G. Tamame González¹

¹Centro Alzheimer. Zamora. ²Hospital Provincial de Zamora.

Introducción: El Centro Terapéutico de Día (CTD) es un recurso terapéutico cuya actuación sería complementar los tratamientos farmacológicos con las terapias no farmacológicas, retardar la evolución de la enfermedad a través de la estimulación y el refuerzo de las capacidades residuales de los enfermos, favorecer la permanencia prolongada en su entorno habitual y retrasar la institucionalización en residencias.

Objetivos: Valorar los perfiles terapéuticos y asistenciales de los usuarios del Centro Terapéutico de Día "Ciudad Jardín" de Zamora.

Métodos: Material: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, y nivel de escolaridad), clínicas (diagnóstico del tipo de demencia, estadiaje según la escala GDS de Reisberg), terapéuticas (IACE, antagonistas NMDA, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos) y asistenciales (régimen de alimentación -tipo, consistencia-, ayudas técnicas -gafas, audioprótesis, prótesis dental, pañales de incontinencia, bastón-). Métodos: estudio epidemiológico transversal y descriptivo sobre 83 usuarios del CTD. Consideraciones bioéticas: Criterios de inclusión no restrictivos (principio de justicia), cuidado de aspectos metodológicos (principio de no-maleficencia), información al paciente de la naturaleza y objetivos (principio de autonomía), categorización del riesgo menor del mínimo (principio de beneficencia).

Resultados: Diagnóstico principal: EA 65%, mixta 19%, DC 6%, FT 4%, EA/Lewy 3%, EA/FT 1%, FT/Pick 1% y encefalopatía 1%. Estadiaje (Escala de Deterioro Global): GDS-1: 1%, GDS-2: 1%, GDS-3: 6%, GDS-4: 13%, GDS-5: 28%, GDS-6: 26% y GDS-7: 25%. Están en tratamiento farmacológico con IACE 72%, memantina 20%, antidepresivos 61%, ansiolíticos 48%, hipnóticos 36%, antipsicóticos 49%. El régimen de alimentación es estándar 76%, diabético 19%, sin sal 4% y especial 1%. La consistencia de la misma es normal 81% y triturada 19%. En cuanto a ayudas técnicas utilizan gafas 57%, audioprótesis 28%, prótesis dental 65%, pañales de incontinencia 63% y bastón 22%.

Conclusiones: Nuestros usuarios presentan un perfil de diagnóstico de EA, en un estadio GDS 5-7, en tratamiento con IACEs, asociado en muchos casos a memantina, antidepresivos y antipsicóticos. El régimen de alimentación es casi siempre una

dieta estándar y la mayoría de los usuarios precisan una o varias ayudas técnicas.

PC-024. REFLEJOS REGRESIVOS EN POBLACIÓN ANCIANA CON Y SIN DEMENCIA Y EN ENFERMOS MENTALES

C. Fernández Viadero¹, A. Bezanilla Igareda¹, M.A. Sáenz Garnica¹, N. Peña Sarabia², R. Verduga Vélez³ y D. Crespo Santiago⁴

¹Hospital Psiquiátrico Parayas. Consejería de Sanidad. Cantabria.

²Centro Atención Dependencia. Santander. ³Psicobiología y Educación para la Salud. UNED-Cantabria. ⁴Biogerontología, Anatomía y Biología Celular. Universidad de Cantabria.

Objetivos: Conocer la prevalencia de reflejos neurológicos regresivos entre ancianos con demencia, sin demencia y enfermos mentales. Comparar la frecuencia de los reflejos regresivos entre estas poblaciones.

Métodos: Población de un Centro de Atención a la Dependencia: 112 ancianos con demencia (84 ± 7 años), 221 ancianos sin demencia (78 ± 7 años) y un Hospital de Media Estancia Psiquiátrico: 127 enfermos mentales fundamentalmente esquizofrénicos (45 ± 13 años). De los 460 pacientes 289 son mujeres y 171 varones. Los criterios de demencia y de enfermedad mental se ciñen al DSM-IV. Dentro de la evaluación neurológica se exploran sistemáticamente los siguientes reflejos regresivos: glabellar (G), hociqueo (H) y palmomentoniano (PM) con especial incidencia en este último. El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS de la Universidad de Cantabria.

Resultados: De los pacientes analizados 170 (36,9%) no presentan ninguno de los reflejos regresivos (G, H, PM), y en 78 (16,9%) aparecen los tres. El reflejo PM está presente en 199 (43,2%) pacientes. Por grupos el PM aparece en el 70% de los ancianos con demencia, el 36% de los enfermos mentales y el 33% de los ancianos sin demencia. Respecto a la edad sólo en el grupo de los enfermos mentales aparecen diferencias significativas entre los que presentan el reflejo PM y los que no (50 ± 14 años p = 0,007 43 ± 13 años respectivamente). El análisis de frecuencias mediante chi-cuadrado de Pearson muestra que el grupo de ancianos con demencia presenta diferencias significativas frente a los ancianos sin demencia y los enfermos mentales. Entre estos dos últimos grupos no aparecen diferencias en la distribución de frecuencias mediante el chi-cuadrado. La presencia de demencia supone una estimación de riesgo para la aparición del reflejo PM de 2,8 (IC95% 1,9-3,9) frente a los ancianos sin demencia 0,5 (IC95% 0,4-0,7) y de 2,1 (IC95% 1,5-2,9) frente a los enfermos mentales 0,5 (IC95% 0,4-0,6).

Conclusiones: Aunque como se recoge en la literatura existe una relación entre la presencia de reflejos regresivos y la demencia, este hallazgo exploratorio también aparece con frecuencia, hasta en un tercio, entre ancianos sin demencia y en enfermos mentales jóvenes.

PC-025. PRESCRIPCIÓN INADECUADA Y SUBÓPTIMA EN CENTROS RESIDENCIALES: ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP-START

F. Jiménez Muela¹, J. Gutiérrez Rodríguez², A. Alonso Collada³, C. Reig Gourlot⁴, R. Alonso Buelga⁵ y F. del Coz Díaz⁵

¹Palacio de Caldones. Asturias. ²Hospital Monte Naranco. Oviedo.

³Instituto Gerontológico. Asturias. ⁴Ovida. Asturias. ⁵Residencia Mixta. Asturias.

Objetivos: Determinar la prevalencia de prescripción inadecuada y subóptima en pacientes institucionalizados en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra aleatoria de residentes ingresados en 2012 en 8 centros residenciales del Principado de Asturias. Variables: edad, sexo, Índice de Barthel (IB), Mínimen-

tal State Examination (MMSE), número de enfermedades y de fármacos. Se define prescripción inadecuada según criterios "Screening Tool for Older Person's Prescriptions" (STOPP) y prescripción subóptima según criterios "Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment" (START).

Resultados: 354 sujetos fueron incluidos en el estudio. La edad media era de $81,7 \pm 10,9$ años y el 69,2% mujeres. Con una media de diagnósticos de $6,8 \pm 3,3$, las patologías más prevalentes eran las cardiopatías (36,7%), la demencia (34,5%) y la depresión (32,2%). Presentaban una puntuación en el IB de $59,5 \pm 34,7$ y en el MMSE de $17,6 \pm 9,8$. El número medio de fármacos prescritos era de $7,4 \pm 3,4$ y el 44,4% eran genéricos. El 44,6% de los residentes cumplía algún criterio STOPP y el 33,7% algún criterio START. Los criterios STOPP que se cumplían con más frecuencia fueron los de los sistemas cardiovascular (16,1%), nervioso central (15,1%) y gastrointestinal (11,3%). Entre los criterios START los más prevalentes eran los de los sistemas cardiovascular (20,1%), nervioso central (10,7%) y endocrino (10,3%).

Conclusiones: La prescripción inadecuada y la prescripción subóptima son problemas frecuentes en centros residenciales para mayores y afectan 1 de cada 2 residentes. Los fármacos de los sistemas cardiovascular y nervioso central son los que más frecuentemente se ven afectados por una prescripción inadecuada y/o subóptima. Los criterios STOPP/START son una herramienta útil en la detección de este problema en el medio residencial.

PC-026. INFLUENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA AUTOPERCIBIDA DEL ANCIANO

M.L. Velasco Prieto, C. Calviño Díaz, R. Arauz Rivera, D. Gutiérrez Tejedor, L. Negrón Blanco y F. Veiga Fernández
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Objetivos: Analizar la relación entre el estado nutricional y la calidad de vida autopercebida de los ancianos que acuden a consulta.

Métodos: Estudio prospectivo transversal en el que se incluyen, previo consentimiento informado, todos los pacientes que acuden a consulta externa de geriatría durante dos meses. Se analiza la calidad de vida autopercebida mediante las láminas Coop-Wonca adaptadas para población española, el estado nutricional (MNA, IMC, perímetro braquial y de la pantorrilla), funcional (Katz, L&B), cognitivo (MEC), caídas, y variables sociodemográficas. Se analizan los datos mediante análisis multivariable (ANOVA), y para correlacionar los diferentes ítems del Coop-Wonca con la puntuación total la Rho de Spearman.

Resultados: Se incluyen 198 pacientes (73% mujeres), que acuden mayoritariamente a la consulta para evaluación cognitiva (79%), con edad media de 83 años (67-101). El 92% viven en familia, 60% en zona rural; el nivel de escolarización es bajo (78,8% básicos, 20% analfabetos). 78 pacientes (64,5%) tienen algún grado de deterioro cognitivo; la mitad son independientes para las AVD (Katz A) y el 12% autónomos para instrumentales. El 22% tienen alto riesgo de caídas, y el 46% toman antidepresivos. Según los resultados del MNA, 85 pacientes (48%) tienen un estado nutricional normal, 82 (46%) riesgo de malnutrición, y 10 (6%) malnutrición. La puntuación media Coop-Wonca ha sido de $22,44 (\pm 5)$. En el análisis multivariable, influyeron significativamente en la calidad de vida el estado nutricional determinado con el MNA ($p < 0,001$), el IMC ($p = 0,012$), el perímetro braquial ($p = 0,002$) y de la pantorrilla ($p = 0,018$). También influye el riesgo de caídas ($p < 0,001$), tomar antidepresivos ($p = 0,043$) y la situación funcional ($p < 0,001$). No observamos correlación con los factores sociodemográficos. Todos los ítems que componen el Coop-Wonca se correlacionan de manera positiva con la puntuación total ($p < 0,001$).

Conclusiones: El estado nutricional es uno de los factores que más influye en la calidad de vida autopercebida del anciano. Todos los ítems del Coop-Wonca tienen el mismo peso para definir la calidad de vida del anciano.

PC-027. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LA EDAD. ESTUDIO DM2 HOPE

L. Rodríguez Mañas¹, F. Formiga Pérez², J. Franch Nadal³, L. Ávila Lachica⁴, S. Artola Menéndez⁵ y E. Fuster Jensen⁶
¹Hospital Universitario de Getafe. ²Hospital Universitari de Bellvitge. ³L'Hospitalet de Llobregat. ⁴CAP Raval Sud. Barcelona. ⁵Centro de Salud Axarquía Oeste. Consultorio Almachar. Málaga. ⁶Centro de Salud Hereza. Leganés. ⁶Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Objetivos: Evaluar las características clínicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) según la edad.

Métodos: Análisis conjunto de los pacientes incluidos en tres estudios epidemiológicos, descriptivos, transversales, multicéntricos y de ámbito nacional (HIPOQoL, OBEDIA y PATHWAYS). Se evaluaron 14.266 pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de DM2, atendidos en centros de atención primaria o consultas especializadas.

Resultados: La edad media (DE) de la población fue de 64,3 (11,6) años (5,2% de 18-44 años, 43,8% 45-64 años, 30,9% 65-74 años y 20,1% ≥ 75 años). El 51,9% eran hombres (55,8% 45-64 años vs 40,9% ≥ 75 años, $p < 0,0001$). El tiempo medio de evolución de la DM2 fue de 9,0 (7,1) años. El índice de masa corporal (IMC) medio de los pacientes fue de $30,6 (5,1) \text{ kg/m}^2$. Un 49,8% tenía obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), el 40,5% sobrepeso ($\text{IMC} 25-29 \text{ kg/m}^2$) y el 9,7% bajo o normopeso ($\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$). Según grupos de edad, el porcentaje de pacientes obesos fue de 43,8% (18-44), 50,5% (45-64), 51,5% (65-74) y 47,3% (≥ 75 años), y el de pacientes con bajo o normopeso de 23,4% (18-44), 8,9% (45-64), 7,4% (65-74) y 11,5% (≥ 75 años) [$p < 0,0001$]. Un 68,3% tenía obesidad abdominal (perímetro de cintura $> 102 \text{ cm}$ en hombres y $> 88 \text{ cm}$ en mujeres): 60,9% (18-44), 68,2% (45-64), 70,1% (65-74) y 67,5% (≥ 75 años) [$p < 0,0001$]. El valor medio de la HbA1c fue de 7,3 (1,2)% (38,4% $< 7\%$ y 16,1% $\geq 9\%$ en pacientes 18-44 años vs 43,9% $< 7\%$ y 7,0% $\geq 9\%$ en pacientes ≥ 75 años, $p < 0,0001$). En la población ≥ 75 años hubo mayor proporción de pacientes hipertensos (85,1%), con enfermedad cardiovascular (43,5%), enfermedad cerebrovascular (12,8%), arteriopatía periférica (16,4%), retinopatía diabética (21,4%), nefropatía diabética (26,5%), pie diabético (6,6%) y tratados con insulina (31,8%) [$p < 0,0001$, en todos los casos].

Conclusiones: Más del 90% de la población diabética tiene sobrepeso u obesidad y dos tercios tienen obesidad abdominal. Los pacientes jóvenes y los de edad avanzada son más delgados que los de edades intermedias. Los pacientes diabéticos ancianos presentan un mayor número de complicaciones micro y macrovasculares relacionadas con la evolución de la enfermedad a pesar de un mejor control de la DM2.

PC-028. VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE PROFUND FRENTE AL ÍNDICE CHARLSON EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

M.A. Domínguez Domingo, J.L. González Guerrero, A.T. Herasme Grullón, T. Alonso Fernández, J. Mohedano Molano y M.L. García Martín
Complejo Hospitalario. Cáceres.

Objetivos: Para evaluar la multimorbilidad, recientemente se ha introducido un nuevo índice (I. Profund), definido como la concurrencia en una persona de más de una 1 afección de salud crónica o aguda con un interés cambiante respecto a la que es condición índice y las condiciones comórbidas. El objetivo de este estudio es conocer si el I. Profund, en los pacientes ancianos, aporta mayor beneficio pronóstico que otros ya existentes en la práctica clínica habitual, en concreto el índice de Charlson.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se analizan 105 pacientes mayores de 65 años dados de alta de una Unidad de Agudos de Geriatría con diagnóstico de IC aguda. Para analizar los resultados se categorizaron mediante cuantiles los valores de I.

Profund (0-21) e I. Charlson (0-7). Se evalúa si el I. Profund es predictor de mortalidad por cualquier causa al año del alta hospitalaria.

Resultados: Se registraron 105 pacientes con IC con edad media de 85,9 años y un 74,3% de mujeres. La media de puntuación en el I. Profund fue de 7,8 y en el I. Charlson de 3. Al dividir los valores del I. Profund en cuartiles se evidencia asociación significativa en el cuartil mayor (I. Profund > 10 puntos) con causa isquémica de IC (38,5%) ($p = 0,04$) e hipertensiva (19,2%) ($p = 0,02$) quedando al límite de la significación estadística su asociación con mayor% de gran comorbilidad (I. Charlson > 2) (73,1%) ($p = 0,058$). No se evidencia asociación significativa con mortalidad al año del alta hospitalaria. Al dividir los valores del I. Charlson en cuartiles existe asociación significativa entre cuartil mayor (I. Charlson > 5) e incremento de mortalidad (60,9%) ($p = 0,02$; RR 3 [1,1-7,8]). Tras un año, la probabilidad de muerte era significativamente más alta en el grupo I. Charlson > 5 (log rank: 8,70; $p = 0,03$). La causa isquémica de IC se asocia de manera significativa con los 3 primeros cuartiles (I. Charlson 0-4) ($p < 0,01$).

Conclusiones: La utilización del nuevo índice pronóstico (I. Profund) en los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca analizados no supuso un beneficio pronóstico respecto al I. Charlson. Sería recomendable realizar más estudios en ésta y en otras patologías crónicas para evaluar su poder pronóstico en pacientes ancianos pluripatológicos.

PC-029. MINI MNA ES UN BUEN PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA

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

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar el test Mini MNA como predictor de mortalidad a los 6 meses de una fractura de cadera.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. La muestra incluye a todos los pacientes intervenidos de fractura de cadera ingresados en la unidad de ortogeriatría del Hospital Ntra Sra de Gracia durante el año 2011 y primer semestre del 2012. Evaluamos variables recogidas en ingreso: Sociodemográficas, estancia, tipo de fractura de cadera, comorbilidad (Charlson corregido), situación funcional previa (Barthel), deterioro cognitivo (Pfeiffer), valoración nutricional (Mini-MNA), niveles de albúmina y colesterol. Para el análisis estadístico se usó SPSS 15.

Resultados: 200 pacientes, 78,5% mujeres, edad media 84,9 años, mortalidad acumulada a los 6 meses: 11%. Estancia media agudos (Traumatología HRV + Agudos ortogeriatría): 19 días; pasan a convalecencia 21% siendo la estancia total media de 23 días; el 68,5% vivía de domicilio. El 43,5% fueron fracturas pertrocanteréas; 80% índice de Charlson ≥ 5 ; 60,5% dependientes leves (Barthel ≥ 60); sin deterioro cognitivo 44% (Pfeiffer ≤ 3); el 49% tienen riesgo de malnutrición según MiniMNA; albúmina media: 2,9 g/dL; colesterol medio: 129 mg/dL. Se asocian a mayor mortalidad: la edad ($p = 0,007$), miniMNA ($p = 0,008$) y lugar de residencia ($p = 0,014$). En análisis multivariante se mantiene miniMNA: OR 4,8 IC95% (1,32-18,1) y lugar de residencia: OR 3,3 IC95% (1,2-9,3).

Conclusiones: Al igual que en otros trabajos, encontramos una alta mortalidad en nuestros pacientes intervenidos de cadera, además de una alta comorbilidad y desnutrición. El miniMNA ha resultado un buen predictor de mortalidad en nuestra muestra de fracturados de cadera. Debemos recomendar su utilización de forma rutinaria en toda la población anciana para detección de situaciones de riesgo o malnutrición y puesta en marcha de medidas correctoras previas a una potencial fractura de cadera.

PC-030. VALOR PRONÓSTICO DEL ÁCIDO ÚRICO EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

M.A. Domínguez Domingo, J.L. González Guerrero, T. Alonso Fernández, A.T. Herasme Grullón y J. Mohedano Molano
Complejo Hospitalario. Cáceres.

Objetivos: En insuficiencia cardíaca (IC) los niveles de ácido úrico (AU) podrían verse incrementados debido al aumento del catabolismo de las purinas resultante de la hipoxia tisular, la apoptosis y la sobreexpresión de la actividad de la xantina-oxidasa. El objetivo de este estudio es conocer si los niveles de AU podrían ser utilizados como marcador pronóstico en pacientes hospitalizados por IC aguda.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se analizan 75 pacientes mayores de 65 años dados de alta de una Unidad de Agudos de Geriátría con diagnóstico de IC aguda. Para analizar los resultados se categorizaron mediante cuartiles los valores de AU obtenidos al ingreso (3,3-16,1). Se evalúa si el AU es predictor de mortalidad por cualquier causa al año del alta hospitalaria.

Resultados: Se registraron 75 pacientes con IC con edad media de 86 años y un 70,7% de mujeres. Tenían hiperuricemia (definida por AU > 7 mg/dl) el 52% de dichos pacientes ($n = 39$), con una media de edad de 85,3 años (71-98) y un 66,7% de mujeres. Al dividir el valor de AU en cuartiles, en el cuartil mayor (AU > 8,5 mg/dl) se evidenció de forma significativa un incremento en la mortalidad (66,7%) ($p < 0,01$; RR 4,7 [1,5-14,60]) con menor mediana de supervivencia al año (80,5 días \pm 155,9) (log rank: 14,25; $p = 0,003$) y con cifras superiores de creatinina al ingreso ($1,6 \pm 0,5$) ($p < 0,01$). La principal causa de mortalidad correspondió a procesos infecciosos (72,2%), siendo el subgrupo del cuarto cuartil el que presentó mayor porcentaje de mortalidad por dicha causa. Después de realizar una regresión de Cox y ajustar por covariables pronósticas y posibles factores de confusión (edad, sexo, ICC previa, NYHA III/IV, tensión arterial sistólica, índice de Charlson, filtrado glomerular ≤ 30 ml/min/1,73 m², hemoglobina) persiste asociación estadísticamente significativa entre AU > 8,5 y mortalidad por todas las causas ($p < 0,01$; HR 5,95 [2,5-14,1]).

Conclusiones: En pacientes con IC aguda, las cifras séricas al ingreso de AU superiores a 8,5 mg/dl constituyen un marcador pronóstico independiente de mortalidad al año post-alta hospitalaria, constituyendo un punto de investigación terapéutica en dichos pacientes.

PC-031. PERFIL DEL PACIENTE NO ONCOLÓGICO ATENDIDO EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DE ALTA COMPLEJIDAD (ULEAC)

N. Albiol Tomàs, C. Castellà Valldepérez, M. Gas Mola, L. Castro Vélez y E. Martínez Almazán
Complex Assistencial de la Santa Creu. Tortosa.

Introducción: La atención paliativa al paciente no oncológico es una especialidad médica multidisciplinar que tiene como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento innecesario proporcionando la mejor calidad de vida a los pacientes y sus familias en situaciones de final de vida.

Objetivos: Describir el perfil del paciente paliativo no oncológico ingresado en nuestra ULEAC e identificar la prevalencia de los principales diagnósticos de terminalidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de las historias clínicas de los exitus desde julio a diciembre de 2012. Se recogen datos demográficos, número de ingresos en el último año, situación funcional al ingreso (índice de Barthel-IB-), comorbilidad, índice de Charlson abreviado, síndromes geriátricos (SG), demencia y estadio (Geriatric Dementia Scale -GSD-). Se clasifican los enfermos según el diagnóstico principal de terminalidad: insuficiencia orgánica crónica avanzada (IOCA), ictus, enfermedad neurodegenerativa (ND), multimorbilidad y fragilidad (definida como paciente que sin estar incluido en los apartados anteriores presenta alguna otra

enfermedad crónica grave y avanzada y que en los últimos meses ha requerido mayor intensidad de atención médica).

Resultados: n = 53. Mujeres 63,5%. Edad media $81,7 \pm 2,89$. Más de la mitad de los pacientes procedían del hospital de agudos (62,3%). IB $7,98 \pm 1,94$. Charlson abreviado $2,8 \pm 1,84$. La media de ingresos previos en el último año fue de 1,68. Estancia media $60,42 \pm 12,26$ días. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA 84,9%, cardiopatía 62,3%, DM 47,2%, ictus 41,5%, enfermedad renal crónica 39,6%, enfermedad pulmonar crónica 35,8%. Principales SG: inmovilidad 92,5%, incontinencia 86,8%, polifarmacia y delirium 83% ambos, desnutrición y estreñimiento 75,5% ambos, demencia 67,9%, GDS medio $6,26 \pm 0,12$, disfagia 66%. Los principales diagnósticos de terminalidad fueron: multimorbilidad 26,4%, fragilidad 24,5%, ND 17%, IOCA cardíaca 11,3%, ictus 7,9%, IOCA pulmonar 7,5%, IOCA renal y hepática 1,9% ambos. Estudio estadístico mediante análisis de medias y desviaciones estándar de las variables. Paquete estadístico SPSS 19.0.

Conclusiones: Estamos delante de una población con importante comorbilidad y fragilidad, con una elevada prevalencia de demencia en estadio grave, delirium e inmovilidad. El diagnóstico más prevalente de terminalidad fue la multimorbilidad seguido de fragilidad y enfermedad neurodegenerativa.

PC-032. UTILIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) PARA IDENTIFICAR LA NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA

M. Gas Mola, C. Castella Valldepérez, N. Albiol Tomàs, E. Martínez Almazán y L. Castro Vélez
Complex Assistencial de la Santa Creu. Tortosa.

Introducción: Para identificar los pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada (SECA) y necesidad de atención paliativa se ha desarrollado recientemente la herramienta NECPAL (Necesidades Paliativas). En nuestra práctica clínica diaria la VGI es la herramienta que utilizamos de forma sistemática para la identificación de los pacientes con SECA.

Objetivos: Valorar la capacidad de la VGI en la identificación de los pacientes con SECA que requieren atención paliativa y compararlo con la herramienta NECPAL con la finalidad de valorar su implementación en nuestra Unidad de Larga Estancia de alta complejidad (ULEAC).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de historias clínicas de los exitus desde julio a diciembre de 2012. Se aplica la NECPAL de forma retrospectiva y se compara con la capacidad de identificación de paciente con SECA y necesidad de cuidados paliativos con la de la VGI. Para valorar la correlación entre ambos métodos (NECPAL, VGI) se utilizó el test chi-cuadrado y el test de regresión lineal. SPSS 19.0.

Resultados: n = 53. Mujeres 63,5%. Edad media $81,7 \pm 2,89$. Más de la mitad de los pacientes procedían del hospital de agudos (62,3%). Barthel $7,98 \pm 1,94$. Charlson abreviado $2,8 \pm 1,84$. La media de ingresos previos en el último año fue de 1,68. Estancia media $60,42 \pm 12,26$ días. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA 84,9%, cardiopatía 62,3%, DM 47,2%, ictus 41,5%. Principales síndromes geriátricos: inmovilidad 92,5%, incontinencia 86,8%, polifarmacia y delirium 83% ambos, desnutrición y estreñimiento 75,5% ambos, demencia 67,9%. En todos los casos se informó de la situación de terminalidad y se consensuó la limitación del esfuerzo terapéutico en el 89% de los casos. La VGI detectó un 96,2% de los pacientes con necesidad de atención paliativa frente al 92,5% que detectó la NECPAL, diferencia que resulta estadísticamente significativa ($p < 0,005$). Además, ningún paciente en que la VGI no detectó necesidad de atención paliativa tampoco lo hizo la NECPAL.

Conclusiones: La VGI es capaz de detectar un mayor número de enfermos con necesidad de cuidados paliativos en nuestra unidad, por lo que la NECPAL puede ser una herramienta complementaria

aunque no consideramos imprescindible su implementación en nuestra ULEAC.

PC-033. ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO CRÓNICO COMPLEJO-UNIDAD DE ATENCIÓN INTERMEDIA DE UN HOSPITAL COMARCAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO AL AÑO DE SU PUESTA EN FUNCIONAMIENTO

J.L. Sánchez Rodríguez¹, E. Marco Calvet¹, E. Martínez Almazán² y M. Tomàs Cartes¹

¹Hospital Comarcal de Amposta. ²Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Analizar los resultados del primer año de funcionamiento de una Unidad de atención intermedia para pacientes crónicos – complejos en un hospital comarcal.

Métodos: Implantación de un nuevo modelo asistencial, creación de equipo multidisciplinar, formación y difusión en los diferentes servicios implicados (Primaria, Agudos y Urgencias), establecimiento de pactos en recursos, población diana, objetivos y circuitos de derivación. Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con revisión de historias clínicas y cálculo de promedios porcentuales y medias de los pacientes ingresados en el año 2012.

Resultados: n = 116 pacientes. Edad media: $80,9 \pm 10,3$ años. 58% mujeres. Motivo de ingreso: respiratorio 34,6%, poscirugía 28,3%, cardiológico 9,4%, ITU 6,2%, Oncológico 5,5% y Otros 15,8%. Estancia media $11,8 \pm 9,3$ días. Vive solo: 6%. Índice de Charlson $2,40 \pm 2$. Polifarmacia: 78,4% (media fármacos $9,6 \pm 3,3$). Delirium al ingreso: 19%. UPP al ingreso: 28,8%. Incontinencia urinaria: 35%. Albúmina ingreso: $2,9 \pm 0,5$ g/dL. PCR ingreso: $48,9 \pm 43,7$. Barthel ingreso $38,4 \pm 25,9$. Barthel alta $56,7 \pm 25,2$. Ganancia funcional total: $16,9 \pm 18$ y Eficiencia funcional: $1,9 \pm 2,7$. Destino al alta: Domicilio 69,8%, Sociosanitario 14,6%, Agudos 5,1%, Residencia 0,8%, Exitus 9,4%. Causas de muerte: EPOC 45,5% y patología oncológica 27,3%.

Conclusiones: La relación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales es necesaria para asegurar una adecuada continuidad asistencial del paciente anciano pluripatológico y crónico complejo. En nuestra experiencia este nuevo modelo de atención intermedia, centrado en el enfermo "caso" y no en las enfermedades, es una alternativa válida a la hospitalización convencional aguda, pudiendo disminuir el uso de los servicios de urgencias en casos seleccionados, así como los posibles efectos adversos de la hospitalización convencional en servicios de agudos.

PC-034. VARIABLES PREDICTORAS DE MORTALIDAD EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

F.L. Jiménez Muela¹, C. Reig Gourlot², E. Vega González³, E. Ortiz Cachero⁴, F. del Coz Díaz⁵ y A. Fernández Marcos⁵

¹Palacio Caldones. Asturias. ²Ovida. Asturias. ³San Pancracio. Asturias.

⁴Sierra Cuera. Asturias. ⁵Residencia Mixta. Asturias.

Objetivos: Determinar la incidencia de mortalidad y analizar los factores de riesgo asociados a la misma en pacientes institucionalizados en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias.

Métodos: Estudio longitudinal sobre una muestra aleatoria de residentes ingresados en 2012 en 8 centros residenciales del Principado de Asturias. Variables de estudio: edad, sexo, tiempo de institucionalización, patologías más prevalentes, número de diagnósticos y de fármacos prescritos, índice de Barthel (IB), Minimental State Examination (MMSE) y tasa de mortalidad a los 6 meses.

Resultados: 349 sujetos fueron incluidos en el estudio, edad media de $81,96 \pm 11,03$ años, 69,9% mujeres, número medio de diagnósticos de $6,96 \pm 3,37$ y de fármacos $7,36 \pm 3,37$, puntuación en el IB de $56,45 \pm 34,93$ y en el MMSE de $17,82 \pm 9,93$. La mortalidad a los 6 meses fue del 10,3%. Se detectó asociación estadística en el número de diagnósticos ($8,08 \pm 4,16$ en fallecidos vs $6,83 \pm 3,26$ en supervivientes;

$p < 0,05$), diagnóstico de demencia (Odds Ratio 2,42 [1,17-5,02]), puntuación en el IB ($33,43 \pm 32,96$ vs $59,02 \pm 34,24$, $p < 0,001$) y en el MMSE ($12,86 \pm 9,61$ vs $18,37 \pm 9,82$, $p < 0,01$).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio la situación funcional y cognoscitiva, evaluada mediante el IB y el MMSE, así como la comorbilidad y el diagnóstico de demencia son factores de riesgo de mortalidad a los 6 meses en sujetos institucionalizados en centros residenciales para mayores.

PC-035. PROYECTO DE COLABORACIÓN GERIATRÍA-UCI. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA POBLACIÓN ANCIANA INGRESADA EN UNA UCI POLIVALENTE

F. Coca Díaz, S. Bartolomé Blanco, C. Castro Cristóbal, A. Abella Álvarez, I. Torrejón Pérez y B. Herrera Sánchez
Hospital de Henares. Coslada.

Objetivos: Describir las características basales de los pacientes ≥ 75 años que ingresan en UCI.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de febrero de 2012 a febrero de 2013, de los pacientes ≥ 75 años que ingresan en una UCI polivalente en un hospital de nivel II (estancia superior a 48 horas). Se realiza entrevista a familia, recogiendo: variables demográficas, sociales, comorbilidad, cuestionario de discapacidad (Barthel, Lawton, Short Form-Late Life Function and Disability instrument = SF-LLFDI), estado mental (Escala Cruz Roja), eventos adversos 6 meses previos (caídas, fractura de cadera, urgencias y hospitalización), número de fármacos, cribado nutricional (MNA-SF), anemia, motivos de ingreso en UCI, gravedad en UCI (SAPS III). Las variables continuas se presentan como media (rango) y las discretas como porcentaje.

Resultados: Ingresaron 473 pacientes, 107 (23%) eran ≥ 75 años, y 67 pacientes (63%) con estancia superior a 48 horas. Edad media 80 años (75-92), 48% mujeres, institucionalizados 3%. Número de fármacos medio 7 (0-15). Según el índice de Barthel el 96% son independientes o dependientes leves (media 89), SF-LLFDI: puntuación total 97 (40-148), subescala funcional 47 (19-74), subescala discapacidad 25 (9-38) en frecuencia y 25 (9-40) en limitación. Escala Cruz Roja Mental media 0,5 (0-3). MNA-SF medio 10 (5-14). Anemia previa 50,1%. Comorbilidades fundamentales cardiovascular y respiratoria. El 32,8% se habían caído el año previo, con 0% de fracturas de cadera. Visitaron Urgencias el año previo el 46,2%, ingresando el 28,4% de pacientes del total. El SAPS III en el momento de ingreso en UCI fue 60 (31-80) (mortalidad predicha 37%). La mortalidad en UCI fue 10%, la hospitalaria 12%. De los pacientes dados de alta del hospital 8 tuvieron una situación de dependencia grave (14%).

Conclusiones: En la cohorte de pacientes ancianos ingresados en una UCI polivalente, hay un porcentaje elevado de ancianos, con buena situación basal funcional y mental, aunque con elevada comorbilidad. Un 76% de los pacientes ingresados pudieron ser dados de alta del hospital en adecuada situación funcional. El conjunto de mortalidad y dependencia severa fue inferior a la predicción de su mortalidad en el momento de ingresar en la UCI.

PC-036. PROYECTO DE COLABORACIÓN GERIATRÍA-UCI. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL TRAS EL ALTA DE LA UCI

S. Bartolomé Blanco, F. Coca Díaz, C. Castro Cristóbal, I. Torrejón Pérez, A. Abella Álvarez y B. Herrera Sánchez
Hospital de Henares. Coslada.

Objetivos: Dado el incremento en la edad de la población que precisa soporte en UCI, desarrollamos un proyecto de colaboración con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes ancianos en todo el proceso hospitalario. Descripción de las características de los pacientes ≥ 75 años al alta hospitalaria tras un ingreso en la UCI.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de febrero de 2012 a febrero de 2013, de todos los pacientes de 75 o más años que ingresan en una UCI polivalente en un hospital de nivel II (estancia superior a 48 horas). Se realiza entrevista al paciente o, a su familia en caso de no poder colaborar, recogiendo: variables demográficas, sociales, comorbilidad, cuestionario de discapacidad (Barthel, Lawton, Short Form-Late Life Function and Disability instrument = SF-LLFDI), estado mental (Escala Cruz Roja). Posteriormente al alta se recogen datos de supervivencia, estancia media, situación funcional, número de fármacos y cambio de ubicación. Se comparó la puntuación de Barthel mediante t de Student para datos pareados.

Resultados: Ingresaron en UCI 473 pacientes, de los que 107 (23%) fueron mayores de 74 años y 67 pacientes (63%) tuvieron una estancia superior a 48 horas. La estancia media en UCI fue de 5 días y en hospitalización de 9. Sobrevivieron, siendo dados de alta del hospital 59 (88%). Hubo diferencia significativa en la puntuación de Barthel al alta con respecto al ingreso: 95 (85 a 100) vs 75 (50-85); $p < 0,005$. 8 pacientes al alta hospitalaria presentaban dependencia grave. La media de fármacos al alta fue de 8. Al alta no cambiaron su ubicación un 62% y solo un 3,4% fueron institucionalizados.

Conclusiones: En la cohorte de pacientes ancianos ingresados en una UCI polivalente hay un porcentaje elevado de ancianos que sobreviven, manteniendo al alta hospitalaria una buena situación funcional con escasa institucionalización. Probablemente el deterioro funcional reflejado sea a expensas de los más dependientes o que ingresan con mayor gravedad. El proyecto cuenta con evaluaciones de seguimiento, que serán expuestas en estudios posteriores.

PC-037. PROYECTO DE COLABORACIÓN GERIATRÍA-UCI. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD O DEPENDENCIA SEVERA AL ALTA HOSPITALARIA DE UNA UCI POLIVALENTE

C. Castro Cristóbal, S. Bartolomé Blanco, F. Coca Díaz, I. Torrejón Pérez, A. Abella Álvarez y B. Herrera Sánchez
Hospital de Henares. Coslada.

Objetivos: Analizar los factores asociados a mortalidad o dependencia severa en los pacientes ≥ 75 años al alta de la UCI.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de febrero de 2012 a febrero de 2013, de los pacientes ≥ 75 que ingresan en una UCI polivalente en un hospital de nivel II (estancia superior a 48 horas). Se realiza entrevista a familia, recogiendo: variables demográficas, sociales, comorbilidad, cuestionario de discapacidad (Barthel, Lawton, Short Form-Late Life Function and Disability instrument = SF-LLFDI), motivos de ingreso en UCI, gravedad en UCI (SAPS III). Posteriormente se analiza el desenlace de estos pacientes y su situación o no de discapacidad al alta hospitalaria. Se realiza análisis univariable mediante U de Mann-Whitney o chi-cuadrado de los factores asociados al desenlace mortalidad o dependencia grave al alta y una multivariable mediante regresión logística múltiple para establecer la relación entre edad, situación funcional basal y gravedad al ingreso en UCI sobre la mortalidad.

Resultados: Ingresaron en UCI 473 pacientes, de los que 107 (23%) fueron mayores de 74 años y 67 pacientes (63%) tuvieron una estancia superior a 48 horas. De ellos, 16 (24%) son dependientes graves ($n = 8$) al alta o fallecen ($n = 8$). Los factores asociados a la mortalidad o dependencia hospitalaria en el análisis univariable fueron: SF-total 83 (40-142) vs 102 (43-148); $p = 0,03$; SF-función 39 (19-66) vs 50 (22-74); $p = 0,01$ y SAPS III 67 (52-77) vs 57 (31-0); $p = 0,0007$. No fueron significativos: edad, sexo, Barthel, SF frecuencia, SF limitación, Lawton, soporte social previo, procedencia del paciente, ni motivo de ingreso. En el análisis multivariable, se obtiene un modelo significativo de predicción: SF-función (OR 0,95 IC95%: 0,91 a 0,98); SAPS III (OR 1,10 IC95%: 1,02 a 1,18) $p = 0,0007$.

Conclusiones: En la cohorte de pacientes ancianos ingresados en una UCI polivalente, presentar una mayor puntuación la escala SAPS-III,

Tabla. PC-039

Períodos	IV/94	VI/95	V/96	VII/97	VII/98	VI/99	III/00	III/01	IV/02	III/03	X/04	X/05	VI/06	X/07	X/08	X/09	XI/10	XI/11	XII/12
Pacientes	104	102	120	150	191	196	193	164	182	194	196	206	210	212	235	288	273	229	225
% CV	1,9	10,8	3,3	5,3	1	2	1,5	4	4	3	11	5	3	6	6,4	7,3	6,6	8,3	12
% IUN CV	0	9	25	25	0	0	67	28	14	20	9	20	14,3	0	13,3	4,8	11,1	26,3	7,4
% pañales - colectores	76	69	65	62	50,2	62	66	40	29	72	50	66	69	63	54	50	45,4	50	45
%IUN pañal - colector	5	2,8	1,3	1	0	0	0,8	3	0	0	0	0,7	1,4	2,9	0	2	1,6	2,6	2

menor puntuación total en la escala SF-LLFDI, así como en su subescala funcional, son factores asociados mortalidad o dependencia severa al alta. Se puede establecer un modelo de predicción basado en la gravedad al ingreso y la situación funcional previa del paciente independientemente de su edad.

PC-038. RESERVA COGNITIVA COMO PREDICTOR DE DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONAL

M. Cabello Herranz¹, A. Caba Rubio¹ y S. Angulo Díaz-Parreño²

¹ASISPA. Madrid. ²Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Objetivos: Analizar la influencia de los aspectos descritos como favorecedores de reserva cognitiva sobre el declive cognitivo y funcional en pacientes con enfermedad que cursa con deterioro cognitivo.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se analiza la relación entre la cantidad total de reserva cognitiva y cada uno de los ítems del Cuestionario de Reserva Cognitiva (CRC), con el declive funcional y cognitivo de una muestra de 46 sujetos (7 hombres, 39 mujeres) con una edad media de 83,8 años y desviación típica 5,38. Se evaluaron las variables: edad, género, Barthel, GDS, MEC, hábitos saludables, actividad física y depresión. Para el análisis de los datos se empleó el PASW v.18.

Resultados: Se realiza análisis basado en el coeficiente de correlación rho de Spearman entre las variables de evolución (Barthel, GDS, MEC) y las del cuestionario CRC. Se observan correlaciones significativas entre los años de evolución en el MEC y todas las variables que aparecen a continuación: -Escolaridad, rho = -0,318, p = 0,032. Por lo tanto hay correlación significativa, y se puede afirmar que a medida que aumenta el nivel de escolaridad, disminuyen los años de evolución del MEC. -Escolaridad de los padres, rho = -0,344, p = 0,019. Correlación significativa. A medida que aumenta el nivel educativo de los padres, disminuyen los años de evolución del MEC. -Lectura, rho = -0,300, p = 0,043. Correlación significativa. A medida que aumenta la frecuencia de lectura, disminuyen los años de evolución del MEC. -Puntuación total CRC, rho = -0,372, p = 0,011. Correlación significativa. A mayor reserva cognitiva, disminuyen los años de evolución del MEC.

Conclusiones: En pacientes clasificados por severidad clínica, aquellos con mayor nivel educativo y mayor actividad lectora, empeoraban más rápido que aquellos con menor educación y menor actividad lectora. Se explica con la hipótesis de que a mismo nivel de gravedad clínica, la patología subyacente está más avanzada en pacientes con mayor reserva cognitiva.

PC-039. PREVALENCIA DE INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL ASOCIADA A CATÉTER VESICAL EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO EN CATALUÑA (1994-2012)

E. Antón Nieto¹, M. Vaquerio Subirats¹, I. Fernández Moreno², L. Falgueras López³ y F. Segura Porta³

¹Albada Sociosanitari; ²Control Infecciones; ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La infección urinaria nosocomial (IUN) es una de las infecciones más prevalentes en los Centros Sociosanitarios (CSS)

estando relacionada con el uso de catéter vesical (CV) en más del 80% de los casos. El perfil de paciente de los CSS ha evolucionado a una mayor complejidad, dependencia y mayor número de procesos agudos. Des de hace años realizamos estudios de prevalencia de IUN relacionada con CV.

Objetivos: Conocer el uso de CV y de sistemas alternativos (colector y pañal) y la tasa de IUN asociada.

Métodos: Estudios transversales realizados en el CSS Albada (289 camas) de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell que consta de: Unidad Geriátrica de Agudos, Convalecencia, Cuidados Paliativos, Psicogeriatría y Larga Estancia. Se realizaron estudios de prevalencia anuales (1994-2012).

Resultados: La tabla muestra los porcentajes de pacientes con CV y sistemas alternativos y de IUN relacionada. La indicación y duración del CV fue correcta en la gran mayoría de los casos.

Conclusiones: 1. Se observa un aumento de la prevalencia en el uso de CV en los últimos años. 2. La tasa de IUN asociada a CV en el 2012 ha disminuido respecto a la media de los últimos años. 3. Se objetiva un alto porcentaje en el uso de dispositivos alternativos al CV, con bajas tasas de IUN.

PC-040. PREVALENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE MÁS DE 200 CAMAS DE ÁMBITO HOSPITALARIO EN CATALUÑA

M. Vaquerio Subirats¹, L. Falgueras López², I. Fernández Moreno³, M.C. Partera Luque³, S. Caramelo Carretero³ y F. Segura Porta²

¹Albada Sociosanitari; ²Servicio de Enfermedades Infecciosas; ³Control Infecciones. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Actualmente algunos Centros Sociosanitarios (CSS) atienden de forma mayoritaria a pacientes en fase de convalecencia, procedentes de los hospitales de agudos de referencia. Estos enfermos presentan un elevado riesgo de infección nosocomial (IN) por su elevada comorbilidad y por estar sometidos frecuentemente a procedimientos invasivos. Existen pocos estudios sistematizados de infección nosocomial en CSS. El programa VINCat (Vigilancia de las infecciones nosocomiales en Cataluña) ha establecido un sistema de vigilancia de las IN estandarizado con el objetivo de profundizar en el manejo de las infecciones adquiridas en estos Centros, proponiendo implementar dos indicadores de vigilancia: prevalencia de IN y registro continuado de las IN. Presentamos la evolución de los estudios de prevalencia de IN en nuestro Centro.

Objetivos: Conocer la tasa de prevalencia de IN, las infecciones más prevalentes y el uso de antibióticos.

Métodos: Estudio transversal de prevalencia, en el marco del VINCat-CSS, realizado en el CSS Albada (289 camas), de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (población de referencia: 485.532 habitantes). Nuestros datos corresponden a 4 estudios de prevalencia y los globales del CSS-VINCat a 3 estudios.

Resultados: La tasa global de IN del CSS Albada es de 9,78%, similar a la de la media de los centros participantes (8,95%). La tasa de IN mayor se encuentra en convalecencia (11,85%) y las más bajas en psicogeriatría (4,62) y unidad geriátrica de agudos (9,75%). Las infecciones más prevalentes son las urinarias (29,92%) y las respiratorias

(20,98%). La prevalencia de neumonías (20,03%) es superior a la media de los otros CSS (5,3%). La prevalencia del uso de antibióticos/antifúngicos es del 18,25%, tasa superior a la media de los centros (11,25%). El 77,85% de las prescripciones son empíricas. Los más utilizados son: amoxicilina-clavulánico (25,4%), amoxicilina (21,5%) y levofloxacino (13,1%).

Conclusiones: a) La tasa y distribución de la IN en nuestro CSS se sitúa en los estándares; b) La IN más prevalente es la urinaria, seguida de la respiratoria y de partes blandas; c) La proporción de tratamientos empíricos constituye un aspecto mejorable; d) Mantener este sistema de vigilancia nos permitirá aportar datos más consistentes y proponer estrategias de mejora.

PC-041. PROGRAMA PREALT EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS: PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS, NECESIDAD DE CUIDADOS

R. Alberich Vendrell, N. de los Santos Gayeta, P. González Martín, M.J. Camarero García, A. Esperanza Sanjuán y B. Fernández-Matamoros Carrey
Parc de Salut Mar. Hospital de L'Esperança. Barcelona.

Introducción: El programa de preparación al alta (PREALT) se configuró como un instrumento para mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención y va dirigido a pacientes que post-alta hospitalaria precisen de cuidados/seguimientos en domicilio, notificándolo 48 horas antes del alta.

Objetivos: Asegurar y garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería al alta De la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

Métodos: Estudio realizado con 102 pacientes ingresados en UGA, durante un año. Se revisaron las historias informatizadas (Alta Enfermería). Variables: edad, sexo, diagnósticos enfermeros: 1. Patrón respiratorio ineficaz; 2. Alteración del gasto cardiaco; 3. Alteración de la movilidad física; 4. Alteración de la eliminación urinaria y 5. Otros. I. Charlson, Pfeiffer: 1. Normal (0-2); 2. Deterioro leve moderado (3-7); 3. Deterioro grave (8-10). I. Barthel ingreso, I. Barthel alta. Síndromes geriátricos: 1. Entre (1-5); 2. Entre (6-10) y 3. > 10. Reingresos. Criterios Prealt: 1. Paciente frágil; 2. Úlceras por presión; 3. Cuidados/técnicas; 4. Terapias. Notificación adecuada: 1. Antes 48h; 2. Después 48h.

Resultados: Hombres: 35 (34,31%), mujeres: 67 (65,8%), Media: edad 85,6. I. Charlson: 2,35. Pfeiffer: 1: 32 (32,32%); 2: 41 (41,41%) y 3: 26 (26,26%). Barthel ingreso: 29; Barthel alta: 49. Diagnósticos enfermeros: 1: 39 (38,23%); 2: 15 (14,7%); 3: 6 (5,8%); 4: 7 (6,86%); 5: 35 (34,31%). Síndromes geriátricos: 1: 47 (46,07%); 2: 53 (51,96%); 3: 2 (1,96%). Reingresos: 25 (24,5%). Criterios Prealt: 1: 79 (77,45%); 2: 23 (22,54%); 3: 56 (54,90%); 4: 19 (18,62%). Notificación adecuada: 1: 67 (58,16%); 2: 41 (41,83%).

Conclusiones: 1. El diagnóstico de enfermería más prevalente es Patrón respiratorio ineficaz. 2. Personas mayores, dependientes, con pluripatología, múltiples síndromes geriátricos, y con deterioro cognitivo leve/severo, que precisan cuidados. 3. Mediante correo electrónico se envía el informe de Alta de Enfermería, al equipo referente de AP para informar del estado del paciente y asegurar y garantizar los cuidados que precisa, consiguiendo que en más de la mitad de los casos se informe antes de 48h.

PC-042. SERVICIOS DE APOYO A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: RESULTADOS PRELIMINARES EN UNA MUESTRA DE SUJETOS MAYORES

J.C. Millán-Calenti, A. Maseda, L. Núñez-Naveira, L. Lorenzo-López, V. Aguiar-Pulido y L. Lodeiro
Universidad de A Coruña.

Objetivos: Las nuevas tecnologías han mostrado su potencialidad como sistema de apoyo a las personas mayores y/o a sus cuidadores,

retrasando en muchos casos la institucionalización. Telegerontología® es un dispositivo patentado por la Universidad de A Coruña (UDC) con varias funcionalidades: vídeo-conferencia, aplicación de entrenamiento cognitivo y vídeos y textos formativos. Su nivel de aceptación, uso y rendimiento cognitivo, han sido contrastados en una población de personas mayores.

Métodos: Se reclutaron 151 individuos, de los que 135 utilizaron el dispositivo en los Centros Cívicos Municipales y el resto (16) en su propio domicilio. Se establecieron como criterios de inclusión: edad ≥ 65 años; saber leer y escribir; ausencia de demencia, trastornos de conducta, problemas articulares y/o visuales que interfiriesen con el manejo de la aplicación. Se registraron datos sociodemográficos y se realizó valoración pre y post intervención con los siguientes instrumentos: Índice de Charlson para la comorbilidad, Índice de Lawton para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Índice de Folstein versión Blesa para el estado cognitivo, Índice de Goldberg para ansiedad y Escala de Yesavage para el estado emocional. Se realizaron 3 sesiones semanales de 20 minutos a lo largo de 4 meses. Todos los sujetos participantes dieron su consentimiento informado y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la UDC.

Resultados: El 80,85% de los usuarios no presentaron comorbilidad. Fueron totalmente independientes para las AIVD y las ABVD un 85,11% y un 78,72% respectivamente. El 84,40% no presentaron deterioro cognitivo, el 74,47% no tenían ansiedad y un 80,14% no presentaron síntomas depresivos. En promedio cada usuario realizó 0,69 vídeo-conferencias y 20,06 sesiones de entrenamiento cognitivo y visualizó 5,14 vídeos y 7,21 textos formativos.

Conclusiones: El alto grado de aceptación de Telegerontología® facilitará que los mayores pierdan el miedo a las nuevas tecnologías, previniendo así su aislamiento social pero manteniendo su independencia en el hogar. Igualmente, mejorarán su estado cognitivo y se beneficiarán de las terapias explicadas en la aplicación, lo que redundará en una mejoría de su estado anímico y de salud.

PC-043. ACCESIBILIDAD Y USABILIDAD EN APLICACIONES COMPUTARIZADAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA: EL MODELO TELECOGNITIO®

A. Buján, A. Maseda, A. Sánchez, L. Núñez-Naveira, A. Balo y J.C. Millán-Calenti
Universidad de A Coruña.

Objetivos: Un aspecto clave en el diseño de dispositivos de estimulación cognitiva computarizada (ECC) para personas mayores es la adaptación del interfaz y de las actividades al nivel cognitivo del usuario. En el presente trabajo, se pretenden establecer criterios de accesibilidad y usabilidad para diferentes niveles de deterioro utilizando como modelo una herramienta de ECC de desarrollo propio (Telecognitio®).

Métodos: Se seleccionaron 21 usuarios sin déficits sensoriales y/o motores que fueron divididos en tres subgrupos de acuerdo a la Escala de Deterioro Global de Reisberg (Niveles 2,3 y 4). Todos los subgrupos fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo y años de escolaridad. Los usuarios realizaron una media de 18 sesiones a través de una pantalla táctil, supervisados por personal debidamente cualificado. Al finalizar las sesiones, se recogió información referente al grado de comprensión, percepción/atención y ejecución. Se compararon las puntuaciones inter-grupos mediante análisis de Kruskal-Wallis y de Mann-Whitney para las variables significativas.

Resultados: Se observaron diferencias significativas en todas las variables. Las comparaciones por pares revelaron que los participantes de nivel 3 obtuvieron puntuaciones menores que los del nivel 2 en relación a la comprensión del efecto generado al tocar la pantalla táctil ($p = 0,004$), la comprensión de las actividades ($p = 0,01$), la capacidad para seguir el audio y la lectura ($p = 0,006$), distinguir

entre los iconos ($p = 0,01$), percibir las diferencias entre los colores ($p = 0,01$), distinguir las imágenes ($p = 0,008$) y el manejo general ($p = 0,006$). Los participantes con nivel 4 obtuvieron peores puntuaciones que los del 2 en todos los ítems ($p \leq 0,01$), mientras que con respecto al nivel 3 solo obtuvieron peores puntuaciones en el ítem referente a la adecuación del tiempo para contestar a las actividades ($p = 0,01$).

Conclusiones: La interacción con el dispositivo resultó sencilla para los participantes con nivel de deterioro muy leve y las actividades les resultaron en general bastante fáciles. En todo caso, se establece la necesidad de simplificar las actividades y modificar aspectos relacionados con la interacción para los participantes con deterioro leve y moderado con el objetivo de mejorar la accesibilidad y usabilidad en este tipo de herramientas.

PC-044. LA PROCALCITONINA COMO BIOMARCADOR DE GRAVEDAD EN LA INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ANCIANOS QUE PRECISAN INGRESO HOSPITALARIO

R. Arauz Rivera, L. Negrón Blanco, M.L. Velasco Prieto, M.D.R. Malfeito Jiménez, M.J. Bal Alvarado y F. Veiga Fernández
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Objetivos: Determinar el valor de la procalcitonina (PCT) como biomarcador pronóstico en pacientes ancianos con infección respiratoria comparándolo con la escala de gravedad de infección respiratoria CURB-65, la proteína-C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG).

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyen, previo consentimiento informado, pacientes que ingresan consecutivamente en la Unidad de Agudos de Geriátría con el diagnóstico de infección respiratoria, que cumplen los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Se han recogido variables sociodemográficas, clínicas (incluida la escala de gravedad CURB-65), y de valoración geriátrica. Se determina durante las primeras 12 horas del ingreso PCT, PCR, VSG. Se analizan los datos mediante el programa SPSS.

Resultados: Se incluyen 25 pacientes, con edad media de 86,6 años, de alta comorbilidad (Charlson > 5 : 79%) y dependencia (Katz $> B$: 64%), y con algún grado de deterioro cognitivo (74%). El 38% estaban en delirium, el 96% tenían urea elevada, y 68% insuficiencia respiratoria. La puntuación de severidad CURB-65 ha sido elevada: CURB-65: 1 (4%), CURB-65: 2 (56%), y CURB-65: 3 (40%). Los niveles de PCT al ingreso fueron $< 0,5$ en el 50% de los pacientes. Los niveles de PCT son mayores según aumenta el nivel de gravedad y cuando los pacientes tienen VSG elevada ($p = 0,044$). Todos los pacientes tenían PCR elevada al ingreso, sin embargo la PCT identifica 13 pacientes (52%) con infección sistémica improbable (PCT $< 0,5$). El 85% de los pacientes con PCT $< 0,5$ tiene la VSG elevada.

Conclusiones: En pacientes muy ancianos que ingresan por infección respiratoria, la VSG y la PCR están elevados en todos los pacientes. La PCT ayuda a identificar la gravedad de los pacientes y se correlaciona con las escalas de gravedad de la infección respiratoria.

PC-045. EL SÍNDROME DE OGILVIE, ¿UN PROBLEMA GERIÁTRICO COMÚN?

M.D.R. Malfeito Jiménez¹, D. Fernández Méndez², M.L. Velasco Prieto¹, R. Arauz Rivera¹, G.E. Sedano Gómez¹ y F. Veiga Fernández¹

¹Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²Centro de Salud de Castroverde.

Objetivos: Revisión de todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de Agudos de Geriátría con síndrome de Ogilvie para determinar sus características clínicas y evolutivas.

Métodos: Análisis prospectivo y descriptivo de pacientes con síndrome de Ogilvie que ingresaron consecutivamente en una Unidad de

Agudos de Geriátría durante nueve meses. Se estudiaron las variables sociodemográficas, valoración geriátrica, etiología, comorbilidad, medidas terapéuticas y seguimiento al alta.

Resultados: Ingresaron siete (7) pacientes, con edad media de 82 años, la mayoría hombres (71%), con importante deterioro funcional (Katz D-G: 85%) y cognitivo (demencia grave: 57%), procedentes de la comunidad (71%), y con importante comorbilidad: hipertensión arterial (71%), fibrilación auricular (43%), parkinsonismos (43%) y enfermedad diverticular (43%). Cinco presentaban síndrome de inmovilidad. La polifarmacia fue común (57%), y los psicofármacos y los anticolinérgicos estaban presentes en el 57% y 71% respectivamente. El motivo de ingreso fundamental ha sido la distensión abdominal (57%), y en cuatro pacientes se detectó hipopotasemia en el momento del ingreso. Todos presentaron alteraciones hidroelectrolíticas durante ingreso: hipopotasemia (85%), hipocalcemia (42%), alteraciones del magnesio (43%) y del fósforo (28%). El diámetro del colon osciló entre 7 y 13,8 cm. Se practicó colonoscopia descompresiva a 3 pacientes (43%), se corrigieron las alteraciones hidroelectrolíticas y todos precisaron tratamiento con procinéticos, sondas rectales y enemas. Se resolvió el cuadro en todos los casos, sin precisar intervención quirúrgica. La estancia media fue de 12 días (8-21). Al alta, se han mantenido con domperidona (71%) y con prucaloprida (29%), y se les instruyó en el manejo de la sonda rectal y el enema. En el seguimiento ambulatorio durante una media de seis meses, tres (43%) permanecen asintomáticos, dos (28%) fallecieron en el domicilio, uno (14%) reingresó por síndrome de Ogilvie, y otro por diferente motivo.

Conclusiones: El síndrome de Ogilvie es habitual en las Unidades de Agudos de Geriátría. Con el tratamiento etiológico, la corrección de los trastornos hidroelectrolíticos, el control de la comorbilidad y la colonoscopia descompresiva, evolucionan favorablemente incluso después del alta, sin precisar cirugía.

PC-046. POLIMEDICACIÓN Y MOVILIDAD COMO FACTORES DETERMINANTES EN EL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS

M.L. Mira García-Gutiérrez, M. Perelló Alonso, A. Sánchez Montoya y J. Ortiz Valentín
Sagrat Cor Serveis de Salut Mental. Martorell.

Introducción: En la población de edad avanzada el estreñimiento es uno de los grandes síndromes geriátricos, se da con frecuencia e interfiere en la calidad de vida del paciente. En los ancianos la disminución de la movilidad física, menor ingesta hídrica y prolongación del tránsito intestinal, favorece la acumulación de masa fecal en el intestino. También la polifarmacia que suelen llevar prescrita puede aumentar este estreñimiento y empeorar el ritmo deposicional.

Objetivos: Describir características del paciente frágil psicogeriatrico con estreñimiento crónico en un centro SS, evaluando factores determinantes como la polimedicación y la deambulacion.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron todos los pacientes ingresados en psicogeriatrica de un centro sociosanitario. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), se tuvo en cuenta su nivel cognitivo medido por el test de Pfeiffer y la limitación funcional definida por el índice de Barthel. Se estudió la influencia de la polimedicación y se valoró la actividad física como factores determinantes en el estreñimiento crónico definido por los criterios ROMA III.

Resultados: Población n: 114, 65% mujeres y 35% hombres. Edad media 77 años. (mujeres 78 años, hombres 76 años). Presentan inmovilidad un 40% del total y deambulan el 60%. Entre los que deambulan el 62,12% necesitan laxante frente al 87,23% de los no deambuladores. I. Barthel > 60 : 48 pacientes, IB < 60 : 66 pacientes. Presentan deterioro cognitivo grave 54 pacientes (34,14%), moderado 29 (31,70%), leve 19 (29,39%) no deterioro 12 (9,75%). Prevalencia de estreñimiento

con necesidad de toma de laxante 65%. En el grupo de pacientes que no necesitan laxantes, un 67,7% tienen prescritos entre 2 y 4 fármacos. En el grupo tratado con laxantes, el 60% tienen prescritos entre 4 y 6 fármacos, entre éstos destacan los neurolépticos atípicos y los antidepresivos.

Conclusiones: Hemos encontrado una alta prevalencia de estreñimiento (65%) en los pacientes psicogerítricos. Es determinante la influencia que tienen los psicofármacos así como la inmovilidad por lo que es importante estimular la actividad física y limitar la cantidad de fármacos prescritos en este tipo de pacientes.

PC-047. PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA: USO DE HERRAMIENTAS PRONÓSTICAS

J.J. Botella Trelis, P. Tenllado Doblas, P. García Gascó, M. Castillo Blasco y M.R. Roca Castelló
Hospital Doctor Moliner. Valencia.

Introducción: La toma de decisiones clínicas en pacientes geriátricos, pluripatológicos, con dependencia funcional y deterioro cognitivo suele basarse en la experiencia clínica. El uso de herramientas pronósticas en estos pacientes ayudará a realizar una toma de decisiones lo más objetiva posible.

Objetivos: Demostrar la utilidad de herramientas pronósticas ya validadas en un grupo de pacientes ingresados en la unidad de convalecencia de un hospital de media larga estancia (HML).

Métodos: Se realiza valoración geriátrica integral al ingreso, incluyendo el índice Charlson, los criterios de paciente pluripatológico -PPP- (de la Junta de Andalucía), y los índices de Walter y PROFUND. Criterios de inclusión: todos los pacientes mayores de 70 años, ingresados de forma consecutiva, en la unidad de convalecencia de un HML, durante el año 2011. Se analiza mediante programa estadístico SPSS la probabilidad de muerte durante el ingreso según puntuación de distintas escalas pronósticas.

Resultados: N: 145 pacientes; edad: 82 años (70-99); varones: 72 (50%); estancia media: 66 días (1-379); Barthel: 12; Pfeiffer: 6; Gijón: 7.7; CONUT: 4.7; I. Charlson 4.3, úlceras por presión: 37%; I. Walter 6.8; I. PROFUND 10; Paciente pluripatológico: 63%; Voluntades anticipadas: < 1%; destino al alta: exitus 54%. La estimación del riesgo de muerte durante el ingreso, según las herramientas pronósticas evaluadas (regresión logística), muestran los siguientes resultados: índice PROFUND > 11 OR 2,06 (IC95% 1,06-4,01), $p = 0,03$, índice de Walter > 6, OR 3,3 (IC95% 1,67-6,87) $p = 0,001$, Charlson entre 3 y 5 OR 2,6 (IC95% 1,13-6,02) $p = 0,023$ y Charlson > a 5 OR 3,1 (IC95% 1,32-7,30), $p = 0,01$. El ser PPP no se relaciona con la probabilidad de muerte en nuestra muestra.

Conclusiones: Nuestro grupo presenta alta comorbilidad, dependencia, deterioro cognitivo, y alta mortalidad. Las herramientas estudiadas fueron validadas como predictoras de supervivencia al año. En nuestro grupo se asocian además con una mayor probabilidad de muerte durante el ingreso. Estas herramientas nos ayudan a predecir desde el momento del ingreso el riesgo de mortalidad hospitalaria, facilitando la toma de decisiones clínicas y de aspectos éticos.

PC-048. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO DE CORTA Y MEDIA ESTANCIA

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

Introducción: La depresión es una importante causa de incapacidad que afecta a una importante proporción de ancianos (9-18%) y más si este se encuentra hospitalizado o institucionalizado (14-70%). Nos proponemos analizar la utilización de fármacos antidepresivos en

nuestro hospital, así como determinar las características y adecuación del tratamiento.

Métodos: Se realizó un estudio transversal del perfil farmacoterapéutico de los pacientes ingresados en fecha 09/03/2013 en nuestro centro. Se revisaron las prescripciones médicas y la historia clínica. Se evaluó edad, sexo, diagnóstico de ingreso y tratamiento con antidepresivos. Se compararon los resultados con la bibliografía y guías de prescripción existentes. Análisis estadístico con el programa Epi-Info v3.

Resultados: El día del corte se obtuvieron los datos de 164 pacientes, 68 hombres y 96 mujeres, edad media de 76 ± 12 años. Principal diagnóstico de ingreso: enfermedad del sistema circulatorio 27,6%, enfermedad del sistema respiratorio 19,2%, neoplasia 8,5%, enfermedad del aparato digestivo 6,4%, enfermedad del sistema musculoesquelético 6,4%. De ellos 47 (28,6%) pacientes tenían prescritos antidepresivos en el momento del estudio, 10 hombres y 37 mujeres ($p < 0,05$), en 1 caso se administraban 2 fármacos. En 31 personas el tratamiento estaba asociado a otros fármacos sedantes e hipnóticos. El grupo de antidepresivos más usado era ISRS 77%, seguido de IRSN 6,3%, NaSSA 6,3%, ATC 4,1% y otros 6,3%. 36 pacientes fueron valorados por un profesional específico de nuestro centro. No fue posible en los restantes por: ingreso corto (5 casos inferior a 12 días), negativa del paciente (1 caso), déficit cognitivo (1 caso) y habían estado valorados por un profesional externo (4 casos). 8 tratamientos habían sido prescritos durante el ingreso del paciente en nuestro centro. Todas las dosis prescritas se ajustaban a la ficha técnica del fármaco, si bien observamos una tendencia al empleo de rangos bajos de dosificación.

Conclusiones: Un importante número de pacientes presenta el diagnóstico de depresión y sigue tratamiento farmacológico. El fármaco más utilizado es el escitalopram, creemos que influido por su presencia en la guía farmacoterapéutica de nuestro centro. Se evidencia una buena adecuación de los rangos de dosificación a la ficha técnica de los fármacos, con tendencia a la utilización de franjas bajas.

PC-049. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA META DE PROMOCIÓN DE LA CONTINENCIA DEL PROYECTO 2012, 12 METAS DEL GRUPO GERORESIDENCIAS EN LA RTE BENAGUACIL

M. Tomás Madrid¹, R. Gomis Cervera¹, A. López Montesinos¹, M. Martínez Martínez², S. Sierra Bonillo² y M.T. Gutiérrez Alós¹

¹RTE Camp de Túria. Benaguasil. ²Geroresidencias.

Objetivos: Promocionar la continencia. Reducir el uso de absorbentes. Adecuar el tipo de absorbente a las necesidades de cada usuario.

Métodos: Clasificación del tipo de incontinencia de cada usuario por parte del médico y fisioterapeuta. Determinación del estado cognitivo de cada usuario, por parte de la psicóloga. Implantación de programas de promoción de la continencia (micción programada, ejercicios de suelo pélvico...). Asignación de usuarios a programas según sus características (tipo de incontinencia, estado cognitivo). Elaboración de horarios y registros individualizados. Evaluación de resultados y modificación de estrategias y horarios en función de los resultados obtenidos.

Resultados: Al inicio teníamos como incontinentes a 43 usuarios, que pasan a 35 en diciembre. El uso de bragapañal se reduce a la mitad, pasando a usar pañal anatómico 17 usuarios que antes usaban bragapañal. Reducción en el consumo de absorbentes de hasta 3.000 al trimestre. Retirada de absorbente en 8 usuarios. El 50% de los residentes están incluidos en programas de promoción de la incontinencia, frente a solo un 30% al inicio.

Conclusiones: La implantación del programa de promoción de la continencia en nuestro centro, dentro del programa 12 Metas, ha proporcionado a los usuarios: Mejoras en su calidad de vida; Mejoras en

su autoestima (pues personas que llevaban tiempo sin hacer uso del WC, ahora lo consiguen, usuarios que usaban bragapañal llegan a pasar el día sin absorbente o con una compresa tocológica...); Mejoras en la calidad de la asistencia que se les presta. Para ello ha sido necesaria la individualización de las valoraciones y los planes de cuidados, y la formación y concienciación de todos los implicados en el proceso, siendo este un proceso de mejora continua. Como consecuencia de los buenos resultados del programa, se reduce el riesgo de úlceras por presión y por humedad, ya que la piel de los usuarios permanece seca la mayor parte del tiempo. Además hay que tener en cuenta el importante ahorro económico que estos cambios suponen, al reducir el consumo de absorbentes.

PC-050. PACIENTES CENTENARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTA ELENA DE VALDEMORO

J. Velasco García-Cuevas, F.J. Soria Perdomo, L.M. Martín Rodríguez, J. Naveda Fernández y M. Herrera Abián
Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Introducción: La atención de pacientes muy ancianos en urgencias representa un reto en vista su complejidad. En nuestro hospital contamos con una Geriátría que forma parte del equipo de urgencias con especial cuidado a la atención de pacientes geriátricos.

Objetivos: Revisar las características de los pacientes mayores de 100 años que fueron atendidos por el Servicio de Urgencias del Hospital en el año 2012.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes de 100 o más años atendidos en urgencias durante el año 2012. Se obtuvieron datos socio-demográficos así como comorbilidad, polifarmacias, desenlace, ingreso hospitalario o derivación a domicilio o residencia geriátrica.

Resultados: Fueron atendidos 8 pacientes (7 mujeres y 1 hombre) con edad media de 100,75 (entre 100 y 102 años). 5 de ellos venían de residencia geriátrica, todos ellos con deterioro cognitivo, de los 3 procedentes de domicilio ninguno presentaba deterioro cognitivo. Los pacientes procedentes de domicilio tenían menor número de fármacos, con una media de 2,66 en comparación con aquellos procedentes de residencia con una media de 8 fármacos por paciente. En cuanto a los diagnósticos 5 pacientes acudieron por patología infecciosa: respiratoria (4) y abdominal (1) y el resto por fractura de cadera, neuralgia de trigémino y rectorragia. Sólo hubo un exitus por colecistitis y hubo reingreso en dos pacientes (luxación de fractura, recidiva de rectorragia). La estancia media de los 4 pacientes que ingresaron fue de 4,5 días, falleciendo el paciente con colecistitis y siendo dadas de alta la fractura de cadera y las neumonías. De los pacientes que no ingresaron estuvieron un máximo de 48 horas en urgencias siendo derivados al MAP y/o Unidad de Geriátría Externa.

Conclusiones: La atención de pacientes centenarios en el Hospital Infanta Elena fue realizada haciendo énfasis en la reducción de la estancia media en urgencias y en la integración con atención primaria y los recursos de apoyo ofrecidos por el Servicio de Geriátría del Hospital. La presencia de un geriatra en el equipo permite priorizar la atención de pacientes ancianos y su posterior seguimiento.

PC-051. NUEVA EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE GERIATRÍA EN LA MEDICINA PRIVADA

F.J. Soria Perdomo, J. Velasco García-Cuevas, L.M. Martín Rodríguez y A.M. Moreno Collado
Capio Hospital Sur Alcorcón.

Introducción: Desde julio de 2012 el Hospital Sur de Capio en Alcorcón (Madrid) cuenta con un equipo multidisciplinar para la atención perioperatoria de pacientes ingresados en servicios quirúrgicos con especial atención al paciente frágil. El Equipo Médico de Apoyo Qui-

rúrgico (EMAQ) se compone de dos geriatras y un internista que trabajan en conjunto para el seguimiento de dichos pacientes.

Objetivos: Revisar la actividad del EMAQ a los 6 meses de su creación (julio a diciembre 2012).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se evalúa el seguimiento de pacientes quirúrgico efectuado en los Servicios de Traumatología, Cirugía general y Neurocirugía entre otros.

Resultados: El 60,66% de los pacientes atendidos por el EMAQ tenían 65 o más años. El promedio de valoraciones al mes realizadas en el Servicio de Cirugía aumentó desde 9,6 a 28,5 comparando el primer semestre de 2012 (antes de la creación del equipo) al segundo semestre del mismo año, de igual forma los Servicios de Traumatología y Neurocirugía aumentaron de 22,1 a 58,6 y 17,3 a 48,6 respectivamente (en el mismo periodo de tiempo. Antes de la creación de la Unidad se efectuaban 61 valoraciones al mes pasando a 155 valoraciones mensuales en el segundo semestre de 2012. En el 2013 se están realizando una media de 213 valoraciones mensuales. El equipo también efectúa el seguimiento ambulatorio de los pacientes evaluados en la hospitalización, lo que conlleva el 20% del total de pacientes atendidos en consultas.

Conclusiones: La experiencia del EMAQ constituye una experiencia novel en la elaboración de equipos multidisciplinarios en el área privada con la participación de especialistas en geriatría integrados dentro del ámbito hospitalario. El seguimiento en consultas de pacientes procedentes del ámbito quirúrgico constituye un área de crecimiento de nuestro equipo.

PC-052. EL CUIDADO PROFESIONAL AL ANCIANO KAINGANG EN LA TIERRA INDÍGENA FAXINAL, PARANÁ, BRASIL

L. Carreira¹, L.K. Rissardo², A.C. Borghi², A.C.M. Moliterno^{2,3} y V.D.A. Baldissera¹

¹Departamento de Enfermería y del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Estatal de Maringá. Brasil. ²Universidad Estatal de Maringá. ³Hospital Municipal de Maringá. Brasil.

Objetivos: Conocer y analizar las prácticas de cuidado de los profesionales de salud que asisten a ancianos Kaingang y las respectivas fragilidades y potencialidades para la realización de esta asistencia.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cualitativo apoyado en la etnográfica, realizado con diez profesionales que actúan en la atención primaria a la salud de la Tierra Indígena Faxinal (TIF), Paraná, Brasil. Los datos fueron recolectados en el período de noviembre de 2010 a Febrero de 2012 por medio de la observación participante y entrevistas, y el diario de campo como fuente de registro de los datos. El análisis de los hallazgos ocurrió por intermedio del referencial teórico de Madeleine Leininger.

Resultados: Los resultados revelaron que el cuidado profesional a los ancianos indígenas es permeado por saberes científico y saberes tradicionales. Los científicos reportan la administración de medicamentos, realización de apósito y exámenes de laboratorio. En cuanto a los saberes tradicionales fue evidente la utilización de té y fitoterápicos. Se evidenció también como cuidado la realización del baño, cuidados con la alimentación y manifestaciones de afecto por los profesionales de salud a los ancianos Kaingang. Para que tales prácticas de cuidado pudiesen ser realizadas, se constató que los profesionales de salud adoptan estrategias que contribuyen tanto para el acceso del anciano indígena al servicio de salud, como para la permanencia de este en el cuidado dado por ellos. A pesar de que los profesionales de salud realicen un cuidado que valore las prácticas tradicionales en la asistencia al anciano Kaingang, se observó que las acciones en salud dirigidas para esta parte poblacional aun se encuentran centradas apenas en el sujeto, con una visión individualizada.

Conclusiones: Se concluye que hay la necesidad de reestructuración de la asistencia prestada con mejoría en la planificación de las acciones y en las condiciones de trabajo de los profesionales de salud.

Los resultados de este estudio proporcionan subsidios para los enfermeros que trabajan o empiecen a trabajar en la salud indígena, ofreciéndoles herramientas para ampliar las posibilidades de cuidar en este espacio de nuevos saberes y quehaceres.

PC-053. ANÁLISIS DEL SOBRECOSTE GENERADO POR 4 VARIABLES ASOCIADAS A UNA MAYOR ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE CADERA

J. Viquer Manzano, D. Cuesta Peredó, E. Burdeos Palau, A. Belenguer Varea, E. Rovira Daudi y F.J. Tarazona Santabalbina
Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducción: Los pacientes hospitalizados por fractura de cadera presentan comorbilidades y complicaciones que pueden incrementar la estancia media. El objetivo del estudio fue estimar el sobrecoste que suponen las mismas en la atención a dichos pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en pacientes de edad mayor a 69 años hospitalizados por fractura de cadera entre el 1 de marzo de 2010 y el 31 de marzo de 2012. Se incluyeron 328 pacientes que aceptaron por escrito participar en el estudio. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas, funcionales, cognitivas y sociales. Se calculó la estancia media para los pacientes que presentaban diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca (IC), deterioro cognitivo (DC), presencia de delirium (SCA) durante el ingreso, tratamiento previo con acenocumarol (ACO) o las distintas combinaciones de estas cuatro variables respecto a los pacientes que no presentaban ninguna de ellas. Se estimó el coste de hospitalización mediante los precios públicos por grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) –con y sin complicaciones– y por el coste de estancia de proceso quirúrgico en los hospitales de la Comunidad Valenciana.

Resultados: De los 328 pacientes, 65 pacientes (19,82%) no presentaban ninguna de las variables estudiadas y su estancia media (6,5 (DE 1,9) días) y su coste estimado (3.224 euros por ingreso) fueron tomados como referencia para los otros cálculos. La estancia media en pacientes con DC fue de 7,1 (DE 2,8) días con un coste medio de 3.531 euros (sobrecoste 9,5%); DC-IC 7,4 (DE 2,2) días, coste medio 3.663 euros (sobrecoste 13,6%); IC 8 (DE 1,5) días, coste medio 3.945 euros (sobrecoste 22,4%), SCA estancia media 9,2 (DE 6,3) días, coste medio 4.520 euros (sobrecoste 40,2%); IC-ACO-SCA 9,65 (DE 3,6) días, coste medio 4.757 euros (sobrecoste 47,5%).

Conclusiones: La presencia de IC, DC, SCA y ACO supone un incremento importante del coste en la atención a los pacientes geriátricos hospitalizados por fractura de cadera. Se requieren estudios que analicen la posible reducción de estancia media y coste mediante la aplicación de medidas que reduzcan su impacto.

PC-054. ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL GRADO DE ADECUACIÓN DE LOS CRITERIOS START AND STOPP PARA DIABETES EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE LA RIBERA (ALZIRA, VALENCIA)

J. Arazo Alcaide, J. Esteve Portales, I. Ezquerria Ibararán, S. Ferrandis Borrás, E. Rovira Daudi y F.J. Tarazona Santabalbina
Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducción: La diabetes mellitus tipo II (DM2) presenta una alta prevalencia en población geriátrica. El grado de control glucémico de estos pacientes es bajo, los episodios de hipoglucemias farmacológicas frecuente y el uso de pautas no idóneas de tratamiento farmacológico muy elevado. EL objetivo de este estudio es conocer el grado de adecuación a los criterios START and STOPP de pacientes diabéticos ingresados en el Hospital Universitario de la Ribera (HULR).

Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo en 100 pacientes diabéticos de edad ≥ 70 años que ingresaron en el área

médica o quirúrgica del HULR entre el 1 de julio de 2012 y el 28 de febrero de 2013. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas, tratamiento con antidiabéticos orales (ADOS): metformina, sulfonilureas, biguanidas, acarbose, inhibidores DDP4, análogos GLP1, inhibidores receptores PPRG o distintos tipos de insulina: basal, rápida y combinada. Se recogió el cumplimiento de los criterios ADA, START y STOPP.

Resultados: Mujeres 52%. Edad media 80,2 (DE 6,1) años. Años de evolución DM2 10,1 (DE 6,3) años. HbA1c 7,6 (DE 1,7)% (39% Hb A1c $\geq 7,5\%$). Cumplimiento criterios ADA 72%, criterios START 60%, criterios STOPP 34% Estancia media hospitalaria 7,3 (10,5) días. Puntuación media escala de Barthel 61,7 (DE 31,3), Índice de Charlson 4,6 (DE 2,9). IMC 27 (DE 5,1) kg/m². HTA 82%, HCOL 47%, HTrig 22%, C isquémica 36%, ACVA 26% I renal 35% (Grado 3 16%, Grado 4 9%, patología arterial periférica 14%, retinopatía diabética 11%. Respecto a los tratamientos previos al ingreso pautados a estos pacientes destaca que el 22% tenía prescrito metformina en monoterapia, el 14% una sulfonil urea en monoterapia, el 12% sulfonilurea y metformina. Respecto a los pacientes insulinizados el 28% tiene prescrito una insulina basal, el 11% una mezcla y el 8% la combinación de insulina basal con insulina rápida preprandial.

Conclusiones: El control de la DM tipo II, según criterios ADA, es bastante elevado en la muestra. El seguimiento de las recomendaciones de los criterios STOPP es baja (34%).

PC-055. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DISFAGIA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS EPISODIOS DE ATRAGANTAMIENTO EN UNA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA

M.D. Nieto de Haro, I. Ríos Henares, M.J. Postigo Compán e I. Romero López
Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias. Málaga.

Objetivos: Valorar si existe asociación entre el método de screening (bedside) y los atragantamientos que se han producido a lo largo del periodo comprendido entre febrero y diciembre del 2012.

Métodos: Estudio prospectivo donde se hace una valoración mediante el método denominado bedside, de una población geriátrica con diagnósticos psiquiátricos institucionalizados. Posteriormente se ha identificado aquellos pacientes que durante un periodo de 11 meses se han atragantado durante la ingesta, entendiéndose el atragantamiento como obstrucción de la vía respiratoria por fallo de la deglución y manifestada por tos, ahogo o vomito durante la ingesta.

Resultados: Se han analizado un total de 79 pacientes con una edad media de 80 años. Se ha descartado 2 pacientes con nutrición enteral. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes corresponden a demencias y esquizofrenias residuales. Son pacientes con un grado severo de deterioro presentando un IB medio de 29,8 puntos, GDS de 5 y una media en el MMSE de 6,5. El 50,6% de los pacientes tienen dificultad para la deglución precisando de dieta pasada y uso de espesantes con los líquidos de forma habitual. También el nivel de dependencia durante la ingesta es elevado siendo el 57% dependiente total y el 24% precisan ayuda. Se ha confirmado la presencia de disfagia sólo en el 9% de los pacientes. Durante el periodo de estudio se ha contabilizado 11 atragantamientos lo que equivale al 14% del total de pacientes. El 72% de los atragantamientos ha ocurrido con dietas pasadas y ha sido en pacientes que tomaban de forma habitual espesantes. Sólo dos pacientes que han sufrido atragantamiento habían sido diagnosticados de disfagia mediante el test por lo que el resto habían pasado la prueba con éxito.

Conclusiones: Nos sorprende la baja prevalencia de disfagia en nuestra población en comparación con otros estudios. La causa puede ser debida a las estrategias que por parte del equipo multidisciplinario se están llevando a cabo, como selección de la dieta, medidas posturales, control del entorno y estimulación sensorial por parte del fisioterapeuta. Por otro lado los atragantamientos por

ducidos han sido puntuales y nos relacionados con el diagnóstico previo de disfagia.

PC-056. IMPACTO FUNCIONAL EN ANCIANOS TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

E. Guevara Sierra, A. Sánchez Hidalgo, E. García Restoy, G. Canal Rodríguez, H. Palau Gispert y E. Asensi Batlle
Hospital de Terrassa.

Objetivos: Determinar la prevalencia de deterioro funcional y pérdida de autonomía para la realización de actividades básicas de la vida diaria, en ancianos, después de un ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal, realizado en el Consorci Sanitari de Terrassa, donde se estudiaron todos los pacientes mayores de 75 años de edad que ingresaron en el Hospital de Terrassa por síndrome coronario agudo, en un periodo de seis meses (desde el 1 de noviembre de 2011 al 30 de abril de 2012). Se utilizó el Índice de Barthel para evaluar la dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, 4 semanas antes del ingreso hospitalario, al alta y a las 6 semanas del alta. Además, se recogieron otras variables que influyen en la recuperación funcional después de un ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo.

Resultados: Incluimos 63 pacientes (34 hombres y 29 mujeres); con una media de edad de 81,2 años ($DE \pm 4,93$). Al alta hospitalaria, el 76% de los pacientes (48) no tenían una funcionalidad igual o superior a la previa. A las 6 semanas del alta hospitalaria, el 33% (21 pacientes) aún no habían conseguido alcanzar su estado basal de autonomía. De estos 21 pacientes, 10 (48%) tuvieron descompensación de insuficiencia cardíaca congestiva durante la hospitalización y 8 pacientes (38%) tuvieron una estancia media igual o superior a 10 días.

Conclusiones: Un ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo, afecta negativamente el grado de autonomía de los ancianos. Al igual que en otras patologías (e.g. ictus, fractura de cadera, etc.), la posibilidad de crear un programa de rehabilitación multidisciplinar previo al alta, podría ayudar a mejorar el grado de autonomía de estos pacientes y favorecería el pronóstico de su recuperación funcional.

PC-057. UTILIDAD DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA

L. Sáenz de Santa María Benedet, G. Ordoñez Estébanez, P. Álvarez Noriega, A. Fernández Soneira, M.T. Miranda Robles y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar la influencia que pudiera tener la implantación de un Equipo de Atención Psicosocial (EAPS) sobre la calidad asistencial a pacientes con demencia avanzada en una Unidad de Agudos de Geriátría.

Métodos: Estudio longitudinal sobre pacientes mayores de 75 años con demencia avanzada (FAST 7), ingresados entre agosto y diciembre de 2012 en la Unidad de Agudos de un Servicio de Geriátría. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, domicilio), clínico-asistenciales (diagnósticos, tratamientos y estancia media) y se aplicaron 21 criterios de calidad para pacientes con enfermedades avanzadas del proyecto ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders). El EAPS formado por 2 psicólogas, 1 trabajadora social y 2 diplomadas en enfermería intervenía a demanda de los clínicos responsables de los pacientes durante su ingreso hospitalario.

Resultados: Fueron incluidos 61 pacientes (87,0 \pm 5,67 años; 67,2% mujeres; motivo de ingreso más frecuente broncoaspiración 29,5%, seguido de infección urinaria 29,5% y otras infecciones respiratorias 23%; estancia media 7,0 \pm 4,19 días). El EAPS intervino sobre 19 de los pacientes (31,1%). La puntuación media en el ACOVE fue de 15,0 \pm

3,87 puntos, que supone el 71,43% de la puntuación total. Se detectaron diferencias en la puntuación en calidad en función de la intervención del EAPS (15,21 \pm 3,24 puntos en pacientes sobre los que intervino el EAPS vs 13,21 \pm 3,99 en pacientes sin intervención; $p = 0,061$). Asimismo, se detectaron diferencias significativas cuando se excluían los ítems del ACOVE más clínicos y se mantuvieron los relacionados con la atención centrada en el paciente: información de la enfermedad, cuidados al final de la vida, toma de decisiones y continuidad en los cuidados (puntuación de calidad de 4,68 \pm 1,12 en pacientes sobre los que interviene el EAPS vs 3,57 \pm 1,27 en sujetos sin intervención; $p = 0,002$).

Conclusiones: Los indicadores ACOVE demuestran ser útiles para valorar la calidad asistencial en demencia grave, detectando diferencias entre modelos de asistencia. La intervención de un Equipo de Atención Psicosocial sobre este tipo de pacientes parece mejorar la gestión del proceso en las fases avanzadas de la enfermedad.

PC-058. DESPRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN HOSPITALIZACIÓN: ¿RETO O UTOPIA?

M.E. Castro Vilela, R.M. Quílez Pina, A. Merino Taboada, C. Bibian Getino, C. Cánovas Pareja y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Estudiar la utilización de psicofármacos (PF) previa, durante y al alta hospitalaria y la opción de la desprescripción, haciendo énfasis en las diferencias entre pacientes con y sin demencia.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Agosto a Diciembre de 2012. Se registró la utilización de psicofármacos: antipsicóticos (AP), hipnóticos (H), ansiolíticos (AS) y antidepresivos (AD), previa, durante y al alta y datos sociodemográficos, clínicos, nivel cognitivo y funcional. Entre el grupo de pacientes con (GI) y sin (GII) demencia previa se analizaron algunas variables.

Resultados: 302 pacientes. 67% fueron mujeres. Edad media 86 años. Mayores de 80 años: 86%. Vivían en domicilio: 66%. Dependencia total (I. Barthel < 20): 38%. Demencia: 46%. 30% presentó delirium. Utilizaban PF previo al ingreso 59,3% (antipsicóticos 21%, hipnóticos 13%, ansiolíticos 27%, antidepresivos 31%), durante el ingreso: 66,2% (antipsicóticos 27%, hipnóticos 14%, ansiolíticos 22%, antidepresivos 33%) y al alta 64,2% (antipsicóticos 21%, hipnóticos 13%, ansiolíticos 15%, antidepresivos 32%). Los antidepresivos fueron los psicofármacos más utilizados (32%). Los AP más utilizados en el ingreso fueron los atípicos (80%), destacando la quetiapina. De los pacientes con antipsicóticos al alta, el 27% fueron citados para control en nuestras consultas y en el 23% se recomendó en el informe de alta control del antipsicótico por su médico de atención primaria. En el GI se observó mayor porcentaje de delirium (46% vs 16,5%), utilización de PF previo (73,9% vs 47%) y al alta (73,2% vs 56,7%), antipsicóticos previo (37,7% vs 6,7%), al ingreso (47% vs 9,8%), al alta (42% vs 4,3%) y uso de antidepresivos previo (32,6 vs 20,7%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La comorbilidad demencia y los síntomas conductuales asociados justifican la prevalencia obtenida. El aumento de utilización de antipsicóticos en hospitalización puede explicarse por las situaciones de delirium. La desprescripción de psicofármacos no parece fácil en nuestros pacientes, aunque disminuyan los ansiolíticos y el uso de antipsicóticos quede supeditado al seguimiento ambulatorio en un importante número de casos.

PC-059. NIVELES DE VITAMINA D EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

M.E. Castro Vilela, A. Merino Taboada y P. Mesa Lampré
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Conocer los niveles de Vitamina D (VitD) y prevalencia de hipovitaminosis D en ancianos hospitalizados por fractura de cadera.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, en una unidad de Orto-geriátría. Se incluyeron todos los pacientes con fractura de cadera que tenían registrados valores de Vitamina D en sangre durante el periodo de un año. Datos sociodemográficos, Barthel, Charlson, antecedentes de fracturas, fármacos, estado nutricional, Hipovitaminosis D: < 30 ng/mL, insuficiencia (20-29 ng/mL), deficiencia (< 20 ng/mL), deficiencia severa (< 10 ng/mL). Se inició terapia de suplementación con calcifediol y colecalciferol de forma individualizada previo a iniciar tratamiento antirresortivo u osteoformador.

Resultados: 115 pacientes. Mujeres: 78%. Edad media 85a. 75% vivían en domicilio. Barthel medio previo al ingreso 73 y al alta 43. Charlson medio 1,5. Demencia: 39%. Malnutrición (miniMNA): 10%. Estación del año de la fractura: primavera 30%, verano 24%, invierno 23%, otoño 23%. Vit D (media): 8 ng/mL. Hipovitaminosis D: 112 (97,5%), insuficiencia: 4 (3,5%), deficiencia: 108 (94%), deficiencia severa: 81 (70%). Antecedente de caídas: 54,6%. Antecedentes de fracturas: vertebral 10%, fémur 10%, radio distal 11%, húmero proximal 7%, pelvis 3%. Fármacos de riesgo de osteoporosis previos: 11%. Tratamiento farmacológico de osteoporosis previo: 23% (calcio 5%, vitamina D 2%, calcio y vitamina D 11%, calcitonina 2%, alendronato 3%, risedronato 4%, ibandronato 2%, ranelato de estroncio 3%, PTH 2%), al alta: 94% (VitD 10%, calcio y vitamina D 85%, alendronato 4%, risedronato 30%, ranelato de estroncio 20%, PTH 5%, denosumab 5%). Se encontró relación ($p < 0,05$) entre deficiencia severa de VitD y edad avanzada, menor Barthel previo y albúmina y colesterol bajos. En control al mes postalta (15,7% de los pacientes): vitD normal 72%, > 70 ng/ml: 17%, insuficiencia y deficiencia 5,5% respectivamente.

Conclusiones: La deficiencia de vitamina D es casi universal en nuestra población, siendo grave en los pacientes con mayor edad, desnutridos y con peor capacidad funcional. Dado que el principal objetivo tras una fractura de cadera es la recuperación funcional y evitar nuevas fracturas, consideramos prioritario actuar sobre la nutrición y los niveles de vitamina D antes de iniciar el tratamiento antirresortivo u osteoformador.

PC-060. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

E. Rodríguez Sánchez¹, D. Pérez Arechaederra², J. Ignacio Recio¹, C. Agudo Conde¹, S. Mora Simón¹ y C. Patino Alonso¹

¹Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca. ²CENTRUM Católica. Perú.

Objetivos: Conocer las características psicosociales asociadas a las personas mayores de 65 años con enfermedades cardiovasculares de una población urbana.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, poblacional (ciudad de Salamanca. España). Mediante un muestreo aleatorio estratificado por zona de salud, seleccionamos 480 sujetos mayores de 65 años. Se efectuó una encuesta de salud en el domicilio de los sujetos mediante un cuestionario multidimensional (OARS-MFAQ). Se midió peso, talla, circunferencia de cintura, tensión arterial, glucemia y colesterol. Se estimó la prevalencia estandarizada de enfermedad cardiovascular a la población europea teniendo en cuenta que padecieran enfermedades cardiovasculares (cerebrovascular, cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca).

Resultados: Se entrevistaron 327 sujetos (68,10% de los seleccionados), la edad media fue de 76,35 (DE 7,33). El 64,5% eran mujeres. El 20,2% presentaban enfermedad cardiovascular y tenían una edad media superior tanto en hombres (75,01/78,84) como mujeres (76,36/77,71) ($p = 0,026$). No había diferencias respecto al sexo, nivel de educación, vivir con pareja o vivir solos. Los que presentaban enfermedades cardiovasculares eran más dependientes para las actividades de la vida diaria. El índice de Comorbilidad de Charlson mostraba un peor pronóstico en los que presentaban enfermedades

cardiovasculares y eran más dependientes para realizar las actividades de la vida diaria.

Conclusiones: Los que presentaban algunas enfermedades cardiovasculares eran más dependientes para las actividades de la vida diaria. No se encontró mayor prevalencia de personas que vivían solas entre las que presentaban enfermedades cardiovasculares. Casi el 80% de los mayores de 65 años no presentaban ninguna de las tres enfermedades cardiovasculares que suponen las principales causas de muerte en este grupo de edad.

PC-061. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES EN MAYORES DE 65 AÑOS. ESTUDIO DERIVA

C. Rodríguez Hernández¹, E. Rodríguez Sánchez¹, S. Mora Simón¹, C. Patino Alonso¹, C. de Pablos Hernández² y A. Vallès Navarrete¹

¹Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca. ²Geriátría Salamanca.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedades osteoarticulares en mayores de 65 años y las características de las personas que las presentan.

Métodos: Estudio transversal realizado mediante muestreo aleatorio simple estratificado por zonas de salud en el municipio de Salamanca (urbano). El universo poblacional estaba compuesto de 172.375 personas, de las que el 19,74% (34.020) tenía 65 o más años. El estudio se ha realizado en el contexto de una encuesta multidimensional realizada en el domicilio de los participantes del Estudio DERIVA. Se realizó el análisis descriptivo de los datos así como análisis de diferencias de medias.

Resultados: Se entrevistó un total de 327 sujetos, un 68,1% de los seleccionados inicialmente. 116 (35,5%) eran varones y 211 (64,5%) mujeres, con una edad media 76,97 (DT = 7,35). El 36,1% de los participantes sufría una enfermedad osteoarticular. De ellos, el 78% eran mujeres. Mientras que el 43,6% de las mujeres padecía enfermedad osteoarticular, solo el 22,4% de los varones ($p < 0,001$) la sufrían. Entre los que realizaron tareas domésticas antes de la jubilación, padecían enfermedad osteoarticular un porcentaje similar a los que no la padecían (49,5% frente al 50,5%), mientras que entre los que trabajaron a jornada completa, la presentaban el 31,4% frente al 68,6% que no la padecían ($p < 0,011$). No llegaban a ser significativas las diferencias encontradas por grupos de edad, por el hecho de vivir en pareja, pertenecer a diferente nivel educativo o presentar diferente grado de dependencia. Presentaban comorbilidad con hemiplejía (0,8%), problemas para dormir o insomnio (23,7%) y nervios, ansiedad o depresión (18,6%). Al 28% de los participantes, la enfermedad osteoarticular les interfería mucho en la vida diaria, al 36,4% un poco y al 35,6% nada. El 88,1% tomaba medicación para su tratamiento, el 20,3% para problemas de sueño y el 17,8% para el tratamiento de nervios, ansiedad y depresión.

Conclusiones: Más de la tercera parte de las personas mayores de 65 años del municipio de Salamanca sufre algún tipo de enfermedad osteoarticular. Ésta se presenta con frecuencia junto a insomnio, nervios, ansiedad o depresión y hemiplejía. Casi la totalidad toma medicación para tratarla y utiliza dispositivos de apoyo.

PC-062. DEPRESIÓN OCULTA EN LOS ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD URBANA DE LA HABANA, CUBA

P. Alonso Galbán¹, A.M. Díaz-Canel Navarro², C. Prado Martínez³, F.J. Sansó Soberats⁴, B. Manzano Ovies⁵ y M.L. Rey Sánchez⁶

¹Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas-Infomed. Cuba.

²Universidad Médica de La Habana. Cuba. ³Ciudad Universitaria

Cantoblanco. ⁴CNCMA. ⁵Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro.

Cuba. ⁶Hospital Dr. Salvador Allende. Cuba.

Objetivos: Caracterizar el estado de la depresión oculta en la población de adultos mayores atendida en los consultorios médicos de la

familia de un grupo básico de trabajo perteneciente al municipio Cerro, en La Habana, Cuba.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, transversal, en el periodo comprendido entre noviembre del 2010 y noviembre del 2011. La investigación abarca a la población de adultos mayores atendida en todos los consultorios del Grupo Básico de Trabajo A perteneciente al municipio Cerro, en La Habana, Cuba. Se estima la prevalencia de depresión oculta, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con distinción entre la depresión leve y la establecida. Para identificar las características que distinguen a los adultos mayores con depresión oculta se analiza la asociación entre este padecimiento y un grupo de variables sociodemográficas y biomédicas. Se computa un intervalo de confianza al 95% para las estimaciones fundamentales.

Resultados: Se estudian 541 adultos mayores. La prevalencia de depresión oculta es de 46,6% (IC: 36,0-51,1). En el 56,7% (IC: 43,6-69,2) de los casos la depresión es leve y en el 43,3% (IC: 31,3-52,4) se considera depresión establecida. En relación con la aplicación de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, se encuentra que los ítems para los que se obtienen mayores porcentajes de respuestas indicativas de depresión fueron: ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud.? (68,8%), ¿Prefiere quedarse en casa a salir? (52,7%), ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? (51,8%) y ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades? (49,3%). Se encuentra asociación estadísticamente significativa entre padecer depresión y edad, sexo femenino, nivel de escolaridad inferior al secundario, padecer tres o más enfermedades crónicas no transmisibles, fragilidad, consumir 3 o más medicamentos de forma habitual y mala o muy mala salud auto-percibida.

Conclusiones: La depresión oculta es un problema de salud relevante en la comunidad de adultos mayores estudiada, principalmente a expensas de la depresión leve. Las características que distinguen a los adultos mayores con depresión oculta son: edad avanzada, sexo femenino, nivel de escolaridad bajo, multi-morbilidad, polifarmacia, poseer la condición de fragilidad y referir una mala salud auto-percibida.

PC-063. DISCAPACIDAD FÍSICA EN LOS ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD URBANA DE LA HABANA, CUBA

A.M. Díaz-Canel Navarro¹, P. Alonso Galbán², C. Prado Martínez³, F.J. Sansó Soberats⁴, A. Castellanos García⁵ y E. Camps Calzadilla¹

¹Universidad Médica de La Habana. Cuba. ²Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas-Infomed. Cuba. ³Ciudad Universitaria Cantoblanco. ⁴CNCMA. ⁵Policlínico Universitario Antonio Maceo. Cuba.

Objetivos: Caracterizar el estado de la discapacidad física en la población de adultos mayores atendida en los consultorios médicos de la familia de un grupo básico de trabajo perteneciente al municipio Cerro, en La Habana, Cuba.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, transversal, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2010. La investigación abarca a la población de adultos mayores atendida en todos los consultorios de un Grupo Básico de Trabajo perteneciente al municipio Cerro, en La Habana, Cuba. Se identifica la capacidad para la realización de las Actividades Básicas (ABVD) e Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD) mediante los índices de Katz y Lawton, respectivamente. Se consideran con discapacidad física a los adultos mayores con dependencia para al menos una AIVD. Se analiza la asociación entre este padecimiento y un grupo de variables sociodemográficas y biomédicas. Se calcula un intervalo de confianza al 95% para las estimaciones fundamentales.

Resultados: Se estudian 539 adultos mayores. La mayor parte es independiente para la realización de ABVD (92,3%; IC: 90,8-93,8) y AIVD (81,6%; IC: 78,3-84,9). La prevalencia de discapacidad física es de 18,4% (IC: 17,1-19,7%). Un adulto mayor del sexo femenino tiene un riesgo relativo de presentar discapacidad física 1,3 veces mayor

que uno del sexo masculino. La edad media de los adultos mayores con discapacidad física es en promedio 5 años menor con respecto a los que no la presentan. La probabilidad de presentar discapacidad física es 1,6 veces menor en el grupo de los adultos mayores que viven con pareja con respecto a los que no la tienen. La probabilidad de presentar discapacidad física es 1,4 veces mayor en el grupo de los AAMM con nivel de escolaridad secundario o inferior, con respecto a los que han alcanzado niveles superiores. En promedio los AAMM con discapacidad física padecen de cinco problemas crónicos de salud, mientras que la media para el grupo de adultos mayores sin discapacidad física es de aproximadamente tres.

Conclusiones: La discapacidad física constituye un problema de salud relevante en la población estudiada en cuya expresión inciden principalmente la edad avanzada y la multi-morbilidad.

PC-064. DIAGNÓSTICO DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES MAYORES

M.I. Porras Guerra¹ y E. Martín Pérez²

¹Complejo Asistencial de León. ²Hospital San Juan de Dios. León.

Objetivos: Determinar la causa de ingreso hospitalario en pacientes mayores que acuden al Servicio de Urgencias.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal de pacientes ancianos que ingresaron en el Servicio de Geriátría del Hospital San Juan de Dios y remitidos desde el servicio de Urgencias del CAULE durante los meses de julio a septiembre de 2012. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, estancia hospitalaria y diagnóstico al alta. En el estudio estadístico se emplearon índices estadísticos descriptivos de variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados: Se recogieron datos de 105 pacientes que ingresaron durante los meses del estudio, de ellos, el 68% eran mujeres y el 32% varones. La media de edad 85,6 años. La estancia media fue 19,4 días. Falleció el 8,6% de la muestra; 7,4% de las mujeres y 10,5% de los varones. Un 47,6% presentaban diagnóstico de ingreso preciso y en general coincidió con el del alta, en el resto, las patologías previas no reagudizadas, el estado basal del paciente, la no patología aguda o causas sociales fueron el motivo del ingreso. Entre los signos/síntomas mal definidos como sospecha diagnóstica, el mal estado general aparece en 15,2% del total de los diagnósticos y como diagnóstico único al ingreso en el 10%. Los síntomas a estudio, son también, motivo frecuente de ingreso. Los procesos infecciosos son, de los diagnósticos precisos, los más frecuentes con igual porcentaje de infecciones respiratorias y urinarias, seguidas de la reagudización de la ICC y la patología neurológica. Solo el 40% de los ingresos tenían diagnóstico único (45% de los precisos).

Conclusiones: La presentación atípica de las enfermedades en los ancianos, la falta de tiempo y la presión asistencial en urgencias dificultan el diagnóstico. Sin embargo, un diagnóstico clínico preciso es importante para decidir el nivel asistencial más adecuado para el tratamiento del paciente anciano y no siempre es mejor el hospital. Cerca de 40% de ingresos podría haberse evitado con un manejo integral del paciente mayor en urgencias, de ahí, la importancia de la instauración de unidades de valoración geriátrica en este Servicio.

PC-065. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UME PARA RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS CIRUGÍA PROGRAMADA DE RECAMBIO PROTÉSICO DE RODILLA Y CADERA

G. Ramírez Rodríguez, O.A. Rangel Selvera, A. Socorro García e I. Ruipérez Cantera

Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Conocer las características clínicas, funcionales y mentales de pacientes que ingresan en una unidad de media estancia (UME) para tratamiento rehabilitador, tras intervención programada

de artroplastia de rodilla o cadera, y valorar parámetros de eficiencia de recuperación funcional.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de artroplastia programada de rodilla o cadera, en el Hospital Central de Cruz Roja de Madrid, desde 01/01/2010 a 31/12/2012, que necesitan recuperación funcional intrahospitalaria e ingresan en UME. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo), funcionales (escalas de Cruz Roja Físico e Índice de Barthel previo, al ingreso y al alta), mentales (Cruz Roja Mental previo, ingreso y alta). Como variables resultado se analizan la estancia en traumatología y UME, estancia global, ganancia funcional (I. Barthel previo – ingreso), % de recuperación de la pérdida (I. Heinemann), eficiencia funcional (ganancia funcional/días de estancia en UME) y tasa de institucionalización. Los datos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: N = 332 pacientes, edad media 75 ± 5 años, mujeres 250 (75,3%). Intervenido de prótesis total de rodilla 243 (73,2%), prótesis total de cadera 86 (25,9%). Habían sido intervenidos previamente de rodilla o cadera 112 (33,7%). Los pacientes presentaban buena situación funcional y mental previa (CRF previo 1,33, IB previo 95,17, CRM previo 0,11, con pérdida funcional importante al ingreso (CRF 3,03, IB 60,79). La ganancia funcional fue mayor a 21 puntos en el IB, con I. Heinemann de 66%. El primer escalón analgésico fue el más utilizado 215 (64,8%), seguido del segundo 106 (31,9%), con promedio de 2 ± 1 fármacos analgésicos al alta. La estancia global del proceso fue $15,25 \pm 6,6$ días (5,1 días en traumatología y 10,25 en UME). La eficiencia funcional fue de 1,4 puntos de Barthel por día de ingreso en UME. Se institucionalizaron al alta 9 pacientes (2,7%).

Conclusiones: Los pacientes atendidos en una UME por deterioro funcional tras artroplastia de rodilla o cadera presentan ganancia funcional importante en términos absolutos y relativos, con buenos parámetros de eficiencia funcional y baja tasa de institucionalización al alta. Se utilizaron para el control del dolor principalmente fármacos de primer y segundo escalón.

PC-066. DERIVACIÓN DESDE URGENCIAS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS A UN CENTRO DE CUIDADOS INTERMEDIOS. CSS MUTUAM GÜELL

E. López, M. García, D. Quera, J. Junyent y N. Saiz
Mutuam Güell. Barcelona.

Introducción: La atención al paciente crónico, es una línea de actuación prioritaria en el plan de salud 2011-2015 de la Generalitat de Catalunya. El paciente crónico complejo, presenta una multimorbilidad o enfermedad grave y avanzada de órgano o sistema. Estos pacientes, por su evolución natural necesitan seguimiento continuado, son consumidores habituales de servicios de urgencias hospitalarios, tienen elevada dependencia funcional y requieren la intervención de un equipo multidisciplinar que asegure una atención integral.

Objetivos: Describir la tipología de pacientes derivados desde urgencias y valorar la efectividad y eficiencia del circuito utilizado.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes, derivados desde urgencias del hospital de referencia. Valoramos complejidad y necesidades, planteando una estrategia terapéutica adaptada a cada paciente.

Resultados: Procedentes de urgencias han ingresado 123 pacientes, (63% mujeres, 37% hombres). La media de edad fue de 85,3 años (49-102). El ingreso en el centro, se ha realizado en las 4 primeras horas tras contacto con médico de Urgencias. Basándonos en el informe preingreso, orientamos la unidad y estrategia terapéutica. El 80% de los pacientes, fueron de manejo paliativo. La estancia media fue de 13,5 días (0-173). El 76% de los pacientes fueron exitos, 1,6% reingresaron en hospital. Los diagnósticos más frecuentes fueron neoplasias 26%, las complicaciones en pacientes con demencia (25%): fundamentalmente bronco aspiración, ins cardiorespiratoria, úlceras por

presión. En la valoración de la complejidad se tuvo en cuenta la intensidad terapéutica, oxigenoterapia (64% de los pacientes) suero-terapia (95%), vías endovenosas (96%), sondas urinarias, naso-gástricas (24%), úlceras por presión 33% y comorbilidad.

Conclusiones: El trabajo conjunto, de profesionales de diferentes niveles asistenciales, consensuando criterios y niveles de complejidad, permite atender al paciente en el recurso adecuado mejorando la eficiencia y efectividad. Una adecuada coordinación entre niveles asistenciales y un circuito ágil de derivación, son indispensables para garantizar una atención de calidad a la persona anciana en situación de enfermedad avanzada.

PC-067. EFICACIA DE LA AROMATERAPIA CON ACEITE ESENCIAL DE LAVANDA (AAEL) SOBRE EL TRASTORNO DEL SUEÑO EN ANCIANOS CON DEMENCIA INGRESADOS EN UN UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

C. Castellà Valldepérez, N. Albiol Tomàs, L. Castro Vélez, J. Aubeso Martí, E. Martínez Almazán y M. Brull
Complejo Asistencial de la Santa Creu. Tortosa.

Introducción: Los aceites esenciales de lavanda son un método útil de tratamiento no invasivo para el manejo de la agitación en pacientes con demencia.

Objetivos: Analizar la eficacia de la AAEL para el tratamiento del insomnio en pacientes con demencia y el control de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD), así como cambios en la situación funcional y efectos adversos de la intervención.

Métodos: Estudio prospectivo casi-experimental de tipo antes-después en pacientes con demencia y trastorno del sueño (TS), ingresados en nuestra unidad de Psicogeriatría. Se administraba la AAEL mediante un sistema de pulverización por la noche durante 5 semanas. Se recoge el tipo de TS. Se evaluó antes y después de la intervención: los cambios en el TS mediante la escala Sleep Disorders Inventory (SDI), la disminución en la prescripción de hipnóticos, la eficacia en los SCPD mediante el inventario neuropsiquiátrico de Cummings (NPI) y el número de antipsicóticos. Los cambios en la situación funcional se evaluaron con el índice de Barthel (IB). Análisis estadístico: t de Student para la comparación de medias. SPSS 19.0.

Resultados: n = 17. Edad media $73,94 \pm 2,72$ años, mujeres 47%. El tipo de TS más frecuente fue el insomnio de múltiples despertares (41,2%) y la causa más prevalente de éste fue la propia demencia (76,5%). Hipnóticos más utilizados: clometiazol y/o zolpidem (35,2%). Después de la intervención se objetivó una mejoría significativa en el TS medida por la SDI (media SDI inicio $13,71 \pm 4,01$, fin $4,76 \pm 1,67$, $p = 0,001$), la reducción de hipnóticos pautados (de 59% a 41%, $p = 0,002$) y el descenso de fármacos de rescate por vía subcutánea (de 47% a 24% en frecuencia de uso, $p = 0,000$). También hubo mejoría significativa en los SCPD, medida por el NPI (inicio $28,47 \pm 3,96$, fin $12,59 \pm 1,41$, $p < 0,005$) y la reducción de antipsicóticos (de 53% a 35%, $p = 0,002$). También hubo mejoría en la situación funcional (IB de 61,18 a 64,12, $p = 0,000$). No se detectaron reacciones adversas de la AAEL.

Conclusiones: La AAEL resulta útil para el control de los trastornos del sueño y SCPD en los pacientes de nuestra unidad.

PC-068. FRAGILIDAD DE LOS ANCIANOS INGRESADOS EN CARDIOLOGÍA

M.P. Burbano y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Conocer la fragilidad (FRA) de los ancianos ingresados por problemas cardíacos en el Servicio de Cardiología y analizar las diferencias según grado de fragilidad respecto a los reingresos y la mortalidad.

Métodos: Se evaluarán todos los pacientes de edad igual o superior a 65 años que ingresen en el Servicio de Cardiología de un Hospital Universitario durante un mes de rotación del MIR-Geriátría. A todos los pacientes se les realizará una valoración geriátrica (VG). La fragilidad se medirá mediante el Hospital Admission Risk Profile. Se considerarán 3 categorías de fragilidad: baja (0-1 puntos) intermedia (2-3 p.) y elevada (4-5 p.). Las variables dependientes serán la mortalidad hospitalaria y los reingresos precoces. Se incluirán variables: sociodemográficas, gravedad (APACHE II), comorbilidad (Charlson) y síndromes geriátricos. Los datos se introducirán en el programa estadístico SPSS 19.0.0. Para el análisis de las diferencias de variables continuas se realizará un ANOVA con prueba post-hoc de Bonferroni.

Resultados: Se evaluaron 43 pacientes de 74,9 años de media, 67,4% hombres que ingresaron por infarto agudo de miocardio (46,5%) e insuficiencia cardiaca aguda (27,9%). La gravedad fue $10,6 \pm 3,7$. El 27,9% tenían baja comorbilidad, el 48,8% moderada y el resto elevada. El 32,6% habían caído en el último año y el 4,7% tenían delirium al ingreso. No había ningún paciente con demencia y el 30,2% tenían depresión. Tenían fragilidad baja 29 (67,4%), 10 (23,2) intermedia y 4 (9,3%) elevada. Los pacientes con fragilidad elevada frente a los que tenían baja fragilidad habían ingresado más en el último año (3,5 vs 1,1; $p = 0,013$), tuvieron mayor número de reingresos precoces (2 vs 1,1; $p = 0,001$) y habían tenido mayor número caídas (1,5 vs 0,2; $p = 0,031$). No falleció ningún paciente.

Conclusiones: Los ancianos que ingresan en Cardiología de nuestro hospital suelen tener una fragilidad baja. Los ancianos con fragilidad elevada reingresan más de forma precoz, por lo que permitiría identificar aquellos ancianos que ingresan por cardiopatía y mayor probabilidad de reingresar para realizar las medidas adecuadas para reducir los reingresos precoces.

PC-069. ESTUDIO DE MORBIMORTALIDAD DE LA FRACTURA DE CADERA EN ANCIANOS, ACTUANDO EL GERIATRA COMO INTERCONSULTOR DE TRAUMATOLOGÍA

A. Muñoz Pascual, L. Miguel Alhambra, R. Rodríguez Herrero, F. Prado Esteban, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara y M. Macías Montero
Hospital General de Segovia.

Objetivos: Evaluar la morbilidad y mortalidad de los pacientes mayores de 75 años afectados de fractura de cadera durante el ingreso en la planta de Traumatología del Hospital de Segovia, actuando el Geriatra como interconsultor y realizando seguimiento de la mortalidad a los 3 meses.

Métodos: Se estudiaron un total de 215 pacientes ingresados por fractura de cadera durante un año en el Hospital General de Segovia, el 78,1% mujeres, con edad media de $85 \pm 5,5$ años. Se registraron las complicaciones y la mortalidad durante el ingreso. Se realizó seguimiento a los tres meses analizando las complicaciones que precisaron nuevo reingreso hospitalario por cualquier motivo y la mortalidad en ese tiempo.

Resultados: Del total de la muestra, el 40,5% eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria, con dependencia parcial de 54,8% y absoluta de 4,7%. No presentaban deterioro cognitivo el 50,6%, deterioro cognitivo leve en el 18,7%, moderado en 23,9% y grave en 6,7%. Vivían en domicilio el 68,6% y el resto en residencia. El 73,1% realizó rehabilitación durante el ingreso, consiguiendo deambulación con un apoyo o andador el 62,8%. Volviendo al domicilio el 47,6%. Con una estancia quirúrgica de $4,4 \pm 2,5$ días y una estancia media total de $11,8 \pm 5,1$ días. Hicieron complicaciones durante el ingreso el 70,2% de los pacientes. Las patologías más frecuentes según la incidencia; infecciones del tracto urinario y retenciones, síndrome confusional agudo, infecciones respiratorias, insuficiencias cardíacas, suboclusiones intestinales y rectorragias, diagnóstico de cáncer

durante el ingreso. Presentaron complicaciones a los tres meses del alta, precisando reingreso hospitalario el 11,6%. Fallecieron durante el ingreso 1,4% y a los tres meses el 12%.

Conclusiones: La fractura de cadera es muy prevalente en la población anciana. Generando una elevada morbimortalidad. Suelen ser pacientes geriátricos que precisan, al menos, la intervención diaria de un Geriatra, para prevenir o tratar las complicaciones, hacer el seguimiento durante el ingreso, insistir en la rehabilitación para mantener la funcionalidad previa, la planificación del alta y el plan de cuidados posteriores.

PC-070. FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* PRODUCTORA DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

B. Ares Castro-Conde, L. Grillo Vicioso, G.A. Gambini Muro, R. Santos Campos, V. Loarte Santos y F. Rodríguez Lanfranco
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar los factores asociados a la infección del tracto urinario (ITU) por *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en los pacientes que ingresan en una unidad hospitalaria geriátrica de agudos (UHGA).

Métodos: Se revisaron la historia clínica, informe de alta y datos de laboratorio de todos los pacientes ingresados en la UHGA en los últimos 4 años (1-6-2008 al 1-6-2012) con diagnóstico de ITU. Se excluyeron aquellos con urocultivo negativo o hongos. $N = 568$ (415 mujeres, edad media $87,13 \pm 6,41$ años). Se compararon según protocolo dos grupos a estudio: grupo de pacientes con urocultivo de *Klebsiella pneumoniae* BLEE +, y grupo del resto de pacientes con cualquier otro uropatógeno. Se realizó análisis de proporciones y de medias, con nivel de $p < 0,05$ y 95% intervalo de confianza.

Resultados: Grupo *Klebsiella pneumoniae* BLEE + = 23 (4%) (15 mujeres, edad media $87,35 \pm 6,42$ años). En relación con factores predisponentes, el 52% había presentado ITUs de repetición ($p < 0,05$) y el 65% había tenido una retención aguda de orina ($p < 0,01$). Los factores de riesgo presentes fueron: 39% manipulación urológica los 3 meses previos ($p < 0,05$), 39% portador de sonda vesical previa ($p < 0,01$), y habían precisado ($0,65 \pm 0,64$) ($p < 0,03$) ingresos en los 3 meses previos. Se asocian a una peor situación funcional (índice de Cruz Roja funcional y de Barthel) como mental (índice de Cruz Roja Psíquico) ($p < 0,05$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en relación con la mortalidad (4%) ni con la estancia media ($13,70 \pm 8,38$ días). En análisis multivariante los factores independientes fueron RAO (OR 7,16 IC95% 2,96-17,32), presentar uno o más factores predisponentes (OR 1,53 IC95% 0,53-4,58).

Conclusiones: Los principales factores asociados a ITU por *Klebsiella pneumoniae* BLEE + en UHGA son RAO y presentar uno o más factores predisponentes (manipulación urológica o ingreso en los 3 meses previos al ingreso, sonda vesical permanente e ITUs de repetición).

PC-071. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

G.A. Gambini Muro, B. Ares Castro-Conde, L. Grillo Vicioso, V. Loarte Campos, R. Santos Campos y B. Pérez Pena
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes diabéticos con infección del tracto urinario (ITU) que ingresan en una unidad hospitalaria geriátrica de agudos (UHGA).

Métodos: Se revisaron la historia clínica, informe de alta y datos de laboratorio de todos los pacientes ingresados en la UHGA en los últimos 4 años (1-6-2008 al 1-6-2012) con diagnóstico de ITU. Se excluyen aquellos con urocultivo fúngico o negativo. N = 568 (415 mujeres, edad media 87,13 ± 6,41 años). Se compararon según protocolo dos grupos a estudio: diabéticos y no diabéticos. Se realizó análisis de proporciones y de medias, con nivel de $p < 0,05$ y 95% intervalo de confianza.

Resultados: 178 pacientes (31%) ingresados en UGA por ITU presentaron diabetes mellitus, con menor edad ($85,96 \pm 6,46$ vs $87,66 \pm 6,46$ años, $p < 0,01$), mayor porcentaje de mujeres (81% vs 18%, $p: 0,002$), mayor comorbilidad (Charlson $2,96 \pm 1,56$ vs $1,85 \pm 1,58$, $p < 0,001$) con presencia de factores de riesgo asociados a ITU (86% vs 68%, $p < 0,001$) y peor situación funcional al ingreso (índice de Cruz Roja Funcional $4,34 \pm 1,28$ vs $4,03 \pm 1,27$, índice Barthel $21,33 \pm 24,74$ vs $25,59 \pm 27,82$, $p < 0,01$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al uropatógeno, estancia, mortalidad e institucionalización al alta. Los gérmenes más frecuentes fueron *E. coli* (28%), gérmenes BLEE+ (15%) (*E. coli* 37%, *K. pneumoniae* (22%)), *K. pneumoniae* (7%), *Pseudomonas* (5%). Las resistencias más destacables son: *E. coli* a cipro y/o levo (47%), a amoxiclavulánico (17%), genta y/o tobramicina (22%); *K. pneumoniae* a cipro y/o levo (25%), a amoxiclavulánico (42%), genta y/o tobramicina (17%), piperacilina-tazobactam (17%), fosfomicina (42%); *Pseudomonas* a cipro y/o levo (45%), Piperacilina-tazobactam (33%), fosfomicina (33%), cefepime (33%).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos que ingresan por ITU en una UHGA, presentan peor estado funcional al ingreso, mayor comorbilidad y uno o más factores de riesgo de ITU. Los gérmenes BLEE+ (*E. coli* y *K. pneumoniae*) son después del *E. coli* los gérmenes más frecuentes.

PC-072. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PREVALENCIA DE UROPATÓGENOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

L. Grillo Vicioso, G.A. Gambini Muro, B. Ares Castro-Conde, R. Santos Campos, V. Loarte Campos y O.A. Rangel Selvera
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Describir los gérmenes más frecuentes de los pacientes ingresados por infección del tracto urinario (ITU) en una unidad hospitalaria geriátrica de agudos (UHGA).

Métodos: Se revisaron la historia clínica, informe de alta y datos de laboratorio de todos los pacientes ingresados en la UHGA en los últimos 4 años (1-6-2008 al 1-6-2012) con diagnóstico de ITU. Se excluyen aquellos con urocultivo fúngico o negativo. Los parámetros analizados son tipo de germen y su evolución en los cuatro años. Se realizó análisis de proporciones y de medias, con nivel de $p < 0,05$ y 95% intervalo de confianza.

Resultados: N = 568 (415 mujeres, edad media 87,13 ± 6,41 años). Gérmenes más frecuentes: *E. coli* 29%, BLEE+ 13% (con mayor frecuencia de *E. coli* BLEE+ 83% vs *K. pneumoniae* BLEE+ 10%, $p < 0,001$), *K. pneumoniae* 6%, *P. aeruginosa* 6%, otras enterobacterias 17%. Se observa un crecimiento estadísticamente significativo de incremento de *K. pneumoniae* en estos cuatro años (año 2008 (4%), año 2009 (8%), año 2010 (13%), año 2012 (69%), $p = 0,001$. El principal factor asociado a ITU por *E. coli* BLEE+ es su procedencia de residencia (40% vs 22%, $p = 0,02$).

Conclusiones: Los gérmenes BLEE+ son los segundos más frecuentes después del *E. coli* en los pacientes ingresados por ITU en UHGA. Dentro de las ITUs por BLEE+, el *E. coli* es el predominante, pero con un incremento significativo de la *K. pneumoniae*. La institucionalización es el factor más importante asociado a ITU por *E. coli* BLEE+.

PC-073. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA PREVALENCIA DE ALTERACIONES OSTEOARTICULARES, UNGUEALES Y DERMATOLÓGICAS EN POBLACIÓN GERIÁTRICA COMUNITARIA

I. Tormos Miñana, P. Pérez Ros, M. Oltra Sanchis, L. Pechene Mera, A. López Aracil y F.J. Tarazona Santabalbina
Universidad Católica San Vicente Mártir. Alzira.

Objetivos: Conocer la prevalencia de alteraciones osteoarticulares, ungueales y dermatológicas en población geriátrica.

Métodos: Se reclutaron 60 sujetos de edad superior a 70 años con la capacidad de deambulación preservada, los cuales acudieron al Centro de Consultas Externas del Hospital Quirón de Valencia durante el mes de Noviembre de 2012. Se recogieron variables antropométricas, alteraciones ungueales, dermatológicas y osteoarticulares, fórmula metatarsal y digital.

Resultados: Edad media 76.14 (DE 3,63) años. Mujeres 35 (60,3%). No diferencias estadísticas por edad entre hombres y mujeres. El 62,1% de la muestra presentó un Index minus y el 56,9% pie griego. El 72,4% presenta alteraciones osteoarticulares, de los cuales el 22,4% presenta dos alteraciones concomitantes y el mismo porcentaje presentaba 3. El 51,1% de los pacientes presentaba dedos en garra y el 50% hallux abductus valgus. El 84,5% presenta alteraciones dermatológicas, siendo las más prevalentes la sequedad cutánea (84,5%) y la hiperqueratosis (62,1%). 41 sujetos (70,7%) presentaron alteraciones ungueales; las más frecuentes fueron: el engrosamiento ungueal (63,8%) -paquioniquia, onicogriposis o onicosis-, la onicolisis de las primeras y segundas uñas (37,9%) y la onicofosis (31%). Las mujeres presentaron un mayor número de alteraciones ungueales (2,15 vs 1,1; $p < 0,001$), dermatológicas (2,1 vs 1,2, $p < 0,001$) respecto a hombres mediante análisis estadístico de comparación de medias. Realizada una regresión lineal múltiple el mejor modelo explicativo, ajustado por sexo y edad, (r^2 corregida: 0,681), relaciona el número de alteraciones ungueales con el número de alteraciones osteoarticulares 0,669 (IC95% 0,422-0,915) y alteraciones dermatológicas 0,467 (IC95% 0,362-0,806).

Conclusiones: Las mujeres presentan un mayor número de alteraciones ungueales que los hombres. Las más frecuentes son el engrosamiento ungueal, la onicolisis y la onicofosis. El número de alteraciones ungueales se incrementa en función del número de alteraciones osteoarticulares y dermatológicas.

PC-074. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE NIVELES SANGÜÍNEOS DE VITAMINA D₃ Y SITUACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS POR FRACTURA DE CADERA

R. Pérez Giner, A. Belenguer Varea, F. Maruenda, J. Doménech Pascual, J. Avellana Zaragoza y F.J. Tarazona Santabalbina
Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducción: El déficit de vitamina D₃ es altamente prevalente en población geriátrica. Este déficit se asocia a osteoporosis y aumento de riesgo de fractura de cadera.

Objetivos: Conocer la relación entre los niveles sanguíneos de calcidiol y los resultados funcionales y mortalidad en una cohorte prospectiva de pacientes ingresados por fractura de cadera entre 2010 y 2012.

Métodos: 161 pacientes de edad ≥ 70 años ingresados con fractura de cadera en el Hospital de la Ribera (Alzira, Valencia) de una muestra total de 332. Se recogieron al ingreso variables clínicas, funcionales, cognitivas, parámetros nutricionales, calcidiol, paratohormona (PTH), y variables funcionales, cognitivas, reingresos hospitalarios y mortalidad trimestralmente durante 12 meses de seguimiento.

Resultados: 121 mujeres (74,7%). Edad media 84,0 (DE 6,31) años, estancia media 8,05 (DE 2,76) días. Estancia quirúrgica 1,84 (DE 1,34) días. Calcidiol medio 13,8 (DE 9,5) ng/ml, 157 (96,95%) con insu-

ficiencia de vitamina D. Valor medio de PTH medio 84,6 (DE 46,9) pg/ml. 101 (62,3%) con valores anómalamente elevados de PTH. Hay una correlación positiva entre la diferencia de puntuación en la escala de Barthel a los 12 meses y el calcidiol en sangre al ingreso. Se realizó una regresión múltiple con la mortalidad a los 12 meses siendo significativo el sexo masculino y la historia previa de fractura, R^2 0,567, $p < 0,016$.

Conclusiones: El déficit de vitamina D₃ es altamente prevalente en la población estudiada. Los niveles de vitamina D₃ al ingreso se correlacionan con la ganancia funcional tras el alta hospitalaria. No se ha encontrado una relación significativa entre dichos niveles y una mayor mortalidad.

PC-075. ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DEL CALZADO, LA HIGIENE DE PIES Y LA PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN SUJETOS PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA COMUNITARIO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA COMARCA DE LA RIBERA

A. Martínez Vila, P. Pérez Ros, C. Durá Canet, S. Más Martorell, A. Martínez Subirat y F.J. Tarazona Santabalbina
Universidad Católica San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La prevalencia de caídas es alta en la población geriátrica y constituye un problema sanitario y social. El objetivo del estudio fue evaluar la higiene de pies, la adecuación de calzado y la prevalencia de úlceras en una muestra de sujetos que participaron en un programa comunitario de prevención de caídas.

Métodos: Se analizaron los resultados de 176 sujetos de una que habían completado los doce meses de seguimiento del estudio diseñado. La muestra se dividió en tres grupos: Grupo 1. Estos sujetos recibieron instrucciones teóricas sobre prevención de caídas y ejercicios que mejoran función física y equilibrio. Grupo 2. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo trimestral. 3. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo mensual complementado con una clase práctica. Se recogieron variables antropométricas, clínicas, escalas de función, cognición, marcha y equilibrio, calidad de vida.

Resultados: Edad media 76,1 (DE 4,4) años. Mujeres 60,2%. Mediante una comparación de medias, método ANOVA, el grupo 3 (1,7%) respecto a 0,6 y 0% de los grupos 2 y 1 presenta una mayor proporción de sujetos con úlceras al inicio del estudio, revertiéndose la situación a los 12 meses, (0, 0, 3,6% respectivamente, $p < 0,05$). Realizado un análisis estadístico con una t de Student para datos apareados incluyendo todos los sujetos, existe un incremento de la población con higiene de pies adecuada entre el inicio 88% (DE 33%) y el final del estudio 99% (DE 7,9%), $p < 0,001$. El grupo intervención presenta una proporción superior de calzado no apropiado respecto al resto $p < 0,001$. A los 12 meses no existen diferencias entre grupos. Realizada una comparación de medias mediante t de Student para datos apareados hay un incremento de la adecuación del calzado entre el inicio 94% (DE 23%) y los 12 meses 99% (DE 11,1%) $p < 0,02$.

Conclusiones: Al finalizar el programa aplicado, las intervenciones realizadas incrementan el uso de calzado adecuado, la correcta higiene de pies y la disminución de las úlceras.

PC-076. REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS E INCREMENTO DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA OBSERVADA TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO COMUNITARIO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA COMARCA DE LA RIBERA

A. López Aracil, P. Pérez Ros, I. Tormos Miñana, M. Oltra Sanchis, L. Pechene Mera y F.J. Tarazona Santabalbina
Católica de Valencia San Vicente Mártir. Alzira.

Introducción: La prevalencia de caídas es alta en la población geriátrica y constituye un problema sanitario y social. El objetivo del estudio

fue cuantificar la posible reducción de la incidencia de caídas y su repercusión sobre la percepción de la calidad de vida de los participantes en un programa comunitario de prevención de caídas en la comunidad.

Métodos: Se analizaron los resultados de 176 sujetos que habían completado los doce meses de seguimiento del estudio diseñado. La muestra se dividió en tres grupos: Grupo 1. Estos sujetos recibieron instrucciones teóricas sobre prevención de caídas y ejercicios que mejoran función física y equilibrio. Grupo 2. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo trimestral. 3. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo mensual complementado con una clase práctica. Se recogieron variables antropométricas, clínicas, escalas de función, cognición, marcha y equilibrio, calidad de vida.

Resultados: Edad media 76,1 (DE 4,4) años. Mujeres 60,2%. La media de caídas durante el estudio fue de 0,31 (DE 0,62), cifra inferior a las 0,7 (DE 1,1) caídas de media en los 12 meses previos al estudio, $p < 0,001$. Observándose una reducción de caídas del 57% (0,4 (IC95% 0,2-0,6)). A pesar de las medidas aplicadas a lo largo del estudio aumenta el número de factores de riesgo de caída desde el inicio (3,35 (DE 1,99) hasta los doce meses (3,49 (DE 1,96) $p < 0,02$. Respecto a la calidad de vida percibida por los ancianos, se observa un aumento de la puntuación a la conclusión del estudio 7,67 (DE 1,69) respecto al inicio 7,08 (DE 2,24) hasta $p < 0,001$.

Conclusiones: A pesar del envejecimiento de la muestra y el aumento del número de factores de riesgo el programa de intervención comunitaria reduce el número de caídas y mejora la percepción de calidad de vida de los participantes.

PC-077. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SOBRE EL NIVEL DE AUTONOMÍA EN LA DEAMBULACIÓN (FAC) Y CAÍDAS (RIZZO) EN EL PROGRAMA FORMATIVO COMUNITARIO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN POBLACIÓN GERIÁTRICA EN LA COMARCA DE LA RIBERA

A. Martínez Subirat, P. Pérez Ros, S. Más Martorell, A. Martínez Vila, C. Dura Canet y F.J. Tarazona Santabalbina
Universidad Católica San Vicente Mártir. Alzira.

Introducción: La prevalencia de caídas es alta en la población geriátrica y constituye un problema sanitario y social. El objetivo del estudio fue evaluar la mejora en la autonomía y seguridad en la deambulación en los sujetos que participaron en un programa comunitario de prevención de caídas.

Métodos: Se analizaron los resultados de 176 sujetos tras completar los doce meses de seguimiento del estudio diseñado. La muestra se dividió en tres grupos: Grupo 1. Estos sujetos recibieron instrucciones teóricas sobre prevención de caídas y ejercicios que mejoran función física y equilibrio. Grupo 2. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo trimestral. 3. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo mensual complementado con una clase práctica. Se recogieron variables antropométricas, clínicas, escalas de función, cognición, marcha y equilibrio, calidad de vida.

Resultados: Edad media 76,1 (DE 4,4) años. Mujeres 60,2%. Al inicio del estudio el grupo 3 presenta un mayor porcentaje (91,4%) de puntuación 5 en escala de FAC que los otros dos grupos, $p < 0,02$. A los 12 meses desaparecen las diferencias estadísticas, y todos los grupos aumentan puntuación. En la escala de Rizzo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero al finalizar el programa analizados los datos por t Student, datos apareados, la puntuación media ha descendido a los 12 meses 0,72 (IC95% 0,57-0,88) puntos ($p < 0,001$).

Conclusiones: A la conclusión el periodo de seguimiento se observa un mayor grado de autonomía en la deambulación y un menor riesgo de caídas.

PC-078. NEUMONÍA REDONDA EN PACIENTE DE 66 AÑOS

F.J. Soria Perdomo, J. Velasco García-Cuevas, A.M. Moreno Collado, J.C. Hernández Navarro y L.M. Martín Rodríguez
Capio Hospital Sur. Alcorcón.

Introducción: Las neumonías redondeadas son imágenes de dicha forma en la radiografía de tórax. En el adulto estos pacientes pueden requerir seguimiento para descartar patología maligna.

Caso clínico: Paciente mujer de 66 años que acudió a la urgencia del hospital por astenia e hipertermia no cuantificada de 1 semana de evolución así como cefalea frontal y tos con expectoración verdosa, en los últimos dos días dolor en hemitórax derecho que se exacerbaba con la inspiración profunda y la tos. La paciente tiene antecedentes médicos de hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico con amlodipino, ibersartán, clortalidona y atorvastatina, antecedentes de cirugía de hernia discal, histerectomía y ooforectomía hace más de 10 años así como apendicetomía hace más de veinte años. La paciente no tiene deterioro cognitivo y es de ocupación enfermera psiquiátrica jubilada, independiente para actividades básicas e instrumentales y vive con su marido. Al examen físico la paciente se encontraba afebril e hidratada con saturación: 95%, hemodinámicamente estable. Cardiológico: ruidos regulares sin soplos. Pulmonar con crepitantes en base y tercio medio de hemitórax derecho. Resto del examen físico normal. En cuanto a las pruebas complementarias destacaba leucocitosis con neutrofilia con PCR de 7 y Rx de tórax con imagen redondeada en tercio medio derecho. Se decide iniciar tratamiento con amoxicilina clavulánico por 10 días con evolución lenta y desaparición de fiebre al tercer día del tratamiento y persistencia de tos evidenciada en seguimiento por consulta de Geriátría así como control radiológico el primer mes por lo que se solicita TAC control (dos meses después) descrita como "imagen desflecada redondeada en parte periférica subpleural en el subsegmento lateral 6 derecho, con mínimo contacto pleural y que comparado con estudios previos ha disminuido progresivamente, sin adenopatías hiliares o mediastínicas así como patología pleural o parietal".

Discusión: Las neumonías redondas son más comunes en niños que en adultos (por lo general las más inferiores sugieren patología benigna mientras las más superiores malignidad). La persistencia de imágenes radiológicas de neumonía sugiere patología maligna por lo que se sugiere la realización de estudios complementarios.

PC-079. PUNTOS CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA PERFORACIÓN VESICAL

G. Martínón Torres, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, N. Parras García de León, V. Mazoterías Muñoz y J.L. Esquinas Requena
Hospital General. Ciudad Real.

Introducción: Las causas más frecuentes de rotura vesical son los traumatismos y la iatrogenia. Se considera rotura vesical espontánea la no relacionada con las causas anteriores y se asocia a enfermedades crónicas de vejiga y obstrucción urinaria. Es infrecuente y más en la mujer.

Caso clínico: Mujer, 82 años, HTA, miocardiopatía hipertrófica obstructiva, síndrome depresivo e histerectomía con radioterapia pélvica por adenocarcinoma uterino. Tratamiento: escitalopram, bisoprolol, losartán/HCTZ y haloperidol. Situación basal: supervisión ABVD, Barthel 60, deambulación con bastón; alteración memoria inmediata. Ingresa por síndrome confusional agudo de 15 días en el contexto de una probable demencia vascular. Requiere tratamiento con antipsicóticos: risperidona, mirtazapina y clometiazol. Presentó infección y retención urinaria secundaria a inmovilidad, estreñimiento y propiedades anticolinérgicas de los fármacos. A los diez días regresa por cuadro de dolor abdominal agudo y dificultad para orinar. Exploración: defensa abdominal. En analítica: leucocitosis con desviación

izquierda, urea 197 creat 2,7; piuria, bacteriuria y hematuria intensa. Fue intervenida de urgencia apreciándose perforación en la cara posterior de la vejiga encubierta por el sigma. Es trasladada a Geriátría por descompensación cardiaca, infección urinaria por *Enterococcus faecium* multirresistente y es dada de alta con micciones espontáneas, tras mantener sondaje durante dos semanas. La paciente reingresó en otras dos ocasiones por infección y retención urinaria produciéndose extravasado retrovesical que precisó drenaje percutáneo. Dada la recidiva de las retenciones se decidió mantener la sonda.

Discusión: La perforación vesical en anciana es infrecuente. Para el diagnóstico son de elección la cistografía y el TAC, introduciendo contraste por sonda vesical. El deterioro de la función renal, la presencia de hematuria y los antecedentes de radioterapia pélvica, retención urinaria y toma de anticolinérgicos son claves para el diagnóstico. El análisis del líquido peritoneal suele reflejar elevación de urea y creatinina. Al presentarse como abdomen agudo la exploración abdominal y sutura de la perforación es el tratamiento inicial. Con antecedentes de radioterapia pélvica es aconsejable mantener la sonda durante un tiempo prolongado y verificar antes del alta que el vaciado es completo. Si estos pacientes no debutan con abdomen agudo se intentará tratamiento conservador mediante sonda y drenaje si precisase.

PC-080. DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CRITERIO UTILIZADO

F.J. Navarro Olivera^{1,2}, M.L. Moreno Perulero¹, L. Sánchez Madrid² y C. Encinas Barrios¹

¹Hospital General. Ciudad Real. ²Residencia Asistida. Ciudad Real.

Objetivos: Análisis de las Prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) detectadas en los residentes que ingresan en un centro sociosanitario de 300 plazas, así como el grado de aceptación de las recomendaciones recogidas en bibliografía respecto a estas PPI.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyen todos los residentes que ingresan en un periodo de tiempo de seis meses (junio-diciembre de 2012). Se analizaron los tratamientos al ingreso y se aplicaron los criterios de Stopp-Start (CSS) y Beers (CB) (actualización 2012) para la detección de PPI. Estudio estadístico mediante IBM-SPSS Statistics v.19. Para el análisis de diferencia entre variables cualitativas se utilizó el procedimiento crosstabs y para las cuantitativas el T-Test Pairs. Las variables cuantitativas se presentan con la media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas con la frecuencia relativa.

Resultados: Se incluyen en el estudio 29 residentes (70% mujeres) de 82,8 años (DE: 7,7) de edad media. Pacientes polimedicados con un número medio de fármacos prescritos al ingreso de 8,5 (DE: 3,3). Se detectan 41 PPI (15 mediante CB y 26 mediante CSS). En el análisis descriptivo, destacan la prescripción de benzodiacepinas en pacientes con riesgo de caída (39,0% del total de las PPI; 9 de ellas detectadas mediante CB y 4 mediante CSS) y las de fármacos del grupo A (14,6%) y grupo B de los CSS (12,2 si exceptuamos las relativas a benzodiacepinas). Destacamos también un 14,6% referido a fármacos que, no estando prescritos, deberían estarlo según los CSS. Se aceptan el 72,5% de las recomendaciones de los criterios anteriormente mencionados, siendo el grado de aceptación de CB un 64,3% y de CSS un 76,9% (diferencia no significativa $p = 0,3$). Tras la intervención se redujo significativamente el número de fármacos por paciente a 8,0 (DE: 3,1); reducción en -0,52 (IC95% -0,103 a -0,932).

Conclusiones: El empleo de criterios aceptados en bibliografía permite un análisis exhaustivo del tratamiento farmacológico de los pacientes, resultando en una reducción en el número de fármacos prescritos por paciente. Mediante CSS se localizan número mayor de PPI, con ellos además somos capaces de detectar problemas de salud insuficientemente tratados.

PC-081. ANCIANO FRÁGIL: VALORACIÓN NUTRICIONAL, EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA Y TRAS SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL

F.J. Navarro Olivera^{1,2}, L. Sánchez Madrid², J. Fontecha Diezma³ y J. Bravo Rodríguez³

¹Hospital General de Ciudad Real. ²Residencia Asistida. Ciudad Real.

³Universidad Castilla-La Mancha.

Objetivos: Valoración nutricional en un grupo de ancianos frágiles realizando seguimiento de la evolución espontánea y tras suplementación nutricional. Determinar parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos predictores para detección y evolución de fragilidad.

Métodos: Estudio prospectivo durante un año desde junio del año 2011 en Residencia Asistida de Ciudad Real. Diagnóstico de fragilidad criterios de Fried. Tres puntos de corte: Valoración inicial, a los 9 meses y tras suplementación nutricional con 220 ml dos veces día de preparado hiperproteico durante 2 meses en el 50% de los residentes. 1. Parámetros antropométricos: talla, peso, IMC. Medidas de la composición corporal: % masa magra, masa grasa, agua corporal total. Determinación tallímetro convencional, Báscula sistema TANITA TBF-300 de impedancia bioeléctrica. 2. Parámetros bioquímicos e inmunológicos: hemoglobina, ferritina, ácido fólico, vitamina B12, proteínas totales, albúmina, perfil lipídico. Recuento total de linfocitos. Estudio estadístico mediante Excel y Bases de Datos MySQL.

Resultados: Se incluyen 20 sujetos, edad media de $83,5 \pm 3,98$. 10 varones y 10 mujeres. Destacan en varones el mayor peso medio, masa corporal, masa magra y agua corporal total. En mujeres más elevados valores de IMC globales y masa grasa. IMC. Tres sujetos con valores riesgo de desnutrición. Correlación IMC/Masa grasa (R: 0,74) IMC/Masa corporal (R: 0,48). Masa corporal/masa grasa (R: 0,37). En resultado de valores bioquímicos destacan la disminución de valores de ácido fólico en el 40%, de linfocitos (30%), y proteínas totales (15%). Evolución espontánea. Los valores medios se mantienen en peso, masa grasa se mantiene en mujeres y disminuye en hombres. La masa magra aumenta en ambos. Disminución en los valores medios de proteínas totales, albúmina y linfocitos. En los 10 con valores más bajos se realiza suplementación nutricional. Los valores aumentan siendo superiores al punto de corte. En no suplementados leve disminución, aunque dentro de la normalidad.

Conclusiones: La determinación del análisis corporal por métodos de impedanciometría es sencillo e importante en la valoración nutricional de fragilidad. Disminución de valores de linfocitos y ácido fólico pueden constituir marcador precoz para detección. En la evolución espontánea los parámetros bioquímicos afectación más temprana, antes que los antropométricos. Normalización tras suplementación.

PC-082. USO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS: SUPERVISIÓN POR LA UNIDAD DE GERIATRÍA EXTERNA (UGE)

J. Velasco García-Cuevas, F. Soria Perdomo, M. Herrera Abián, E. García Gómez, G. Megías Baeza y B. Alvira Rasal
Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Introducción: La suplementación nutricional en paciente anciano es un problema cada vez más importante en la actividad del personal dedicado a la atención geriátrica. Se hace necesario el seguimiento de los pacientes que tienen recomendación de su uso con la finalidad de sopesar su indicación, valorar los beneficios de los suplementos y optimizar los recursos sanitarios.

Objetivos: Valorar las características de la población geriátrica incluida en el programa de suplementación nutricional seguido por la UGE del Servicio de Geriátría del Hospital Infanta Elena.

Métodos: Se valoraron los pacientes que reciben suplementos nutricionales en dos de las diez residencias incluidas en el seguimiento. Se registraron características demográficas así como tipo de suplemento y frecuencia del seguimiento.

Resultados: Se valoraron 39 pacientes (18 y 21 residentes en cada institución) con promedio de edad de 84,38, 30 mujeres y 9 hombres. 87,17% de los pacientes con deterioro cognitivo (GDS promedio 5,61), alta presencia de comorbilidades (Charlson promedio de 5,46). En cuanto al tipo de recomendación: 76,92% de los casos (30) reciben suplementos con fórmulas poliméricas hiperproteicas hipercalóricas; 17,94% (7) con fórmula para pacientes diabéticos; 1 con fórmula para paciente con enfermedad renal y sólo 1 paciente con módulo de proteínas y otro con fórmula especial para enfermedad renal. El seguimiento se realiza en promedio de cada 6,48 meses.

Conclusiones: Se observa suplementación en menos de la tercera parte de los pacientes observados, haciendo screening en todos los pacientes de forma regular. En la muestra observada se aprecia la mayor frecuencia de paciente con deterioro funcional severo así como la comorbilidad lo que le confiere una situación de fragilidad que sustenta (además de su estado de malnutrición per se) la indicación de suplemento nutricional. Se hace necesario el seguimiento regular de los pacientes con suplementos nutricionales como parte del programa de UGE para garantizar el correcto uso de dichos recursos.

PC-083. EVALUACIÓN CLÍNICA Y NUTRICIONAL DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y SU INFLUENCIA EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

R. Rodríguez Herrero, R. Gutiérrez Ríos, A. Muñoz Pascual, A. Castrillo Sanz y M.F. Rodríguez Sanz
Hospital de Segovia.

Objetivos: Describir el estado clínico y situación nutricional de un grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer en el momento del diagnóstico y a los 18 meses. Evaluar factores asociados al retraso diagnóstico y describir los síntomas que motivaron la primera consulta.

Métodos: Estudio epidemiológico observacional, no intervencionista, analítico, longitudinal, de cohorte cerrada, prospectivo, de base hospitalaria en el que se reclutaron 102 pacientes entre enero 2010 y mayo 2011.

Resultados: La edad media fue de $76,6 \pm 18$ años (57,6% mujeres). El 49,1% son portadores de ApoE4 y dos pacientes homocigotos (ApoE4/4). En el diagnóstico 25,4% GDS 3; 54,3% GDS 4; 17% GDS 5; 3,3% GDS 6. A los 18 meses 5% GDS 3; 31,2% GDS 4; 49,2% GDS 5; 13,5% GDS 6; 1,1% GDS 7. Al inicio 84% presentaba estado nutricional normal (MNA) y 18,6% en riesgo, sin cambios significativos a los 18 meses. Retraso medio en la primera consulta de Primaria desde inicio de síntomas fue 10,3 meses, y en especializada 19,3 meses. Motivos del retraso: su médico de cabecera no da importancia a los síntomas (30,2%); consideración normal para la edad (26,4%) y desconocimiento de los síntomas (13,2%). Síntoma principal la pérdida de memoria.

Conclusiones: La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente afectando fundamentalmente a mayores de 75 años. El retraso de la detección de la enfermedad es muy frecuente como se confirma en el estudio. Resultando esencial la investigación para evitarlo. La valoración del estado nutricional no se correlaciona con la progresión de la enfermedad.

PC-084. CONSULTA DE REFERENCIA DE URGENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA (CEGRT): EXPERIENCIA DE UN AÑO

I. Carmona, A. Lebreault, C. Gala, M. Lázaro, M. Fuentes y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La consulta de referencia de Urgencias es una nueva prestación de las Consultas Externas de Geriátría. Se realizan valoraciones precoces (24-48 h) post-alta a indicación del propio Servicio de Urgencias.

Objetivos: 1) Valorar las características de los pacientes remitidos, 2) Valorar los diagnósticos realizados, tratamientos prescritos y ubicación tras la consulta.

Métodos: Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 2012 (enero-diciembre). El protocolo analizado incluye: variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y destino al alta. Análisis estadístico: SPSS. V.15.0.

Resultados: Pacientes vistos: 64; Edad: 84 (6,2); 68,8% mujeres. Procedencia: Urgencias Sala A (agudos): 31,3%. Sala B (subagudos): 14,1% Unidad de Primera Asistencia: 42,2% Unidad de Corta Estancia: 12,5%. Acuden el 81,3% de los pacientes citados. Son independientes: 39,1%. Precisan ayuda para la deambulación: 40,6%. Síndromes geriátricos: deterioro cognitivo: 51,6%; caídas: 35,9%; incontinencia urinaria: 34,4%, insomnio: 23,4%, inmovilidad: 9,4%. Consumo de > 3 fármacos: 31%. Comorbilidad: patologías cardíacas 78,2%; neurológicas: 45,5%; musculoesqueléticas: 48,1% diabetes: 16,7% neoplasias: 15,1%. Motivo de consulta en Geriátría: derivación para diagnóstico: 63%. Id para tratamiento: 37%. Pruebas solicitadas en urgencias: analítica: 43, urocultivo: 6, Rx tórax: 34, Rx abdomen: 8; ecografía abdominal: 1; TAC craneal: 9 TAC torácico: 1 endoscopia: 1. Pruebas solicitadas en C. Externas de Geriátría: a 31 pacientes (48,4%): Laboratorio Central: 22, ecocardiograma: 9 Holter: 6 RMN craneal: 9 TAC craneal: 4 endoscopia: 2. Destino del paciente tras la consulta: Revisiones periódicas en las CE: 83,7%. Solo 2 pacientes se derivaron de nuevo a urgencias e ingresaron.

Conclusiones: 1. La mayoría de los pacientes acuden a la cita tras el alta en urgencias. Proceden básicamente de la UPA (Unidad de Primera Asistencia). 2. Perfil del paciente derivado a esta consulta: mujer, de edad avanzada con asociación de síndromes geriátricos asociados y elevada comorbilidad que no requiere ingreso. 3. La valoración precoz por geriatría y la continuidad de cuidados en consultas externas permite completar el estudio, descargar urgencias y prevenir ingresos ulteriores.

PC-085. DESCRIPCIÓN DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS REALIZADAS POR UN EQUIPO INTERCONSULTOR DE GERIATRÍA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Ramos Bacco, M. Bermúdez Menéndez de la Granda, M. Fernández Fernández, A. González Sanz, O. Saavedra Obermann y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Describir la actividad realizada por el equipo interconsultor de Geriátría ubicado en el Servicio de Urgencias del HUCA durante 2 años (2011-2012).

Métodos: Se realizó un estudio en el que se incluyeron los pacientes con solicitud de ingreso por parte del Servicio de Urgencias y tras valoración por el equipo interconsultor de Geriátría fueron dados de alta. Se evaluó la actividad del equipo mediante un estudio descriptivo, retrospectivo durante 2 años junto con las características de los pacientes.

Resultados: Un total de 3.976 pacientes fueron valorados por el equipo interconsultores de geriatría en el periodo de tiempo de enero del 2011 a diciembre del 2012. Del cual 3.368 pacientes fueron ingresados en las distintas plantas del área de gestión clínica de Geriátría del HMN. 608 pacientes (15,29%) no presentaban criterios de ingreso en el AGCG, de los cuales 81 fueron valorados y se decidió referirlos a otro servicio (principalmente quirúrgicos). Por lo tanto 527 (13,28%) pacientes fueron dados de alta desde urgencias por los geriatras. Los pacientes presentaban una edad media de 85,72 años. En su mayoría eran mujeres 61,3%. Con un Índice de Barthel medio 44,22 (< 40 52%; 41-60 9,1%; > 61 38,9%). En su mayoría presentaban deterioro cognitivo (59,2%); Y fundamentalmente vivían con sus familiares 59,8% (solos 9,9%; Institucionalizados 30,4%); Con respecto a la gravedad la gran mayoría presentan un Manchester amarillo 77,2%, (verde 5,1%, naranja 17,3%, rojo 0,4%).

Conclusiones: Se destaca que el equipo interconsultor de geriatría en el servicio de urgencias, evita un número importante de ingresos no adecuados. Estos pacientes implicaban una gran carga asistencial, ya que según su gravedad fueron clasificados en su mayoría como urgentes, eran pacientes de edad avanzada, con un severo grado de dependencia, en su mayoría con deterioro cognitivo y con la dificultad añadida de que la mayoría no estaban institucionalizados.

PC-086. ATIPICIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M. Bermúdez Menéndez de la Granda, M. Ramos Bacco, M. Fernández Fernández, G. Guzmán Gutiérrez, D.L. Tito Fernández-Baca y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: 1) Determinar los diferentes signos y síntomas clínicos que presenta un paciente anciano en un Servicio de Urgencias, con neumonía o infección urinaria. 2) Evaluar atipicidad en la presentación de clínica infecciosa. 3) Determinar el grado de afectación funcional secundario

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo sobre las manifestaciones clínicas que presentaban los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias durante 4 meses (noviembre 2012-febrero 2013). Añadida a la clínica por la que acude al SUH se consideró Neumonía aquellos con condensación neumónica en Rx tórax no conocida, e ITU a la piuria en Sedimento urinario. Se incluyeron solo pacientes valorados por el equipo interconsultor de geriatría. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS para comparaciones mediante χ^2 , con intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Tamaño muestral 112 pacientes, de los que 37,5% presentaron Neumonías y 62,5% fueron ITU. Edad media fue 87,37 años, 58% mujeres, índice de Barthel medio 47,54 puntos, 48,25% etiquetados de deterioro cognitivo y 60,7% viven con familia. Según gravedad fueron triados como mínimo urgentes el 94,6%. El 95,53% de los pacientes presentaron al menos un síntoma atípico (neumonía 95,2%, ITU 95,71%), sin clínica típica el 26,68% (neumonía 7,14%, ITU 38,57%). Si presentaba un IB ≤ 40 , al menos un atípico el 100% y sin clínica típica 39,69% (neumonía 17,6%, ITU 47,8%). Con IB ≥ 80 , al menos un atípico 86,48% (neumonía 90,8% e ITU 82,35%) y sin clínica típica 8,1% (neumonía 0% e ITU 17,6%). La probabilidad de presentar atipicidad fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$) con IB ≤ 40 , igualmente por separado para neumonía e ITU ($p < 0,001$). La presencia de atipicidad en deterioro cognitivo fue del 100% y sin deterioro del 91,37% (neumonía 94,4%, ITU 90,32%). La presencia de deterioro funcional fue del 84,8% del total, siendo la deambulación el ítem más frecuentemente perdido.

Conclusiones: Los pacientes ancianos con un proceso infeccioso suelen presentar atipicidad, siendo más frecuente en pacientes con deterioro funcional previo y/o deterioro cognitivo. Esta atipicidad conlleva en su mayoría un deterioro funcional.

PC-087. COLITIS ULCEROSA EN RELACIÓN A INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Mohedano Molano, A.T. Herasme Grullón, M.A. Domínguez Domingo, T. Alonso Fernández, M.L. García Martín y J.L. González Guerrero
Complejo Hospitalario. Cáceres.

Objetivos: Exponer un caso clínico de colitis ulcerosa secundaria a infección por citomegalovirus (CMV) en paciente inmunocompetente y sin tratamiento inmunosupresor previo.

Caso clínico: Varón de 85 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica estable y artropatía degenerativa lumbosacra. Valoración geriátrica: I. Barthel 100. Lawton 5.

No problemas a nivel mental ni social. Ingresó en la Unidad de Agudos de Geriátría para estudio de síndrome constitucional de aproximadamente 4 meses de evolución. Clínicamente presenta anorexia, pérdida de peso (al menos 12 kg en los últimos dos meses), asociado a alteración del tránsito gastrointestinal (alternancia diarrea-estreñimiento). A la exploración física destaca: febrícula, caquexia y dolor abdominal difuso a la palpación. En analítica se evidencia anemia (Hb 10,9 g/dl), leucocitosis (28.330/mm³) con neutrofilia (89%) y aumento de reactantes de fase aguda (fibrinógeno y LDH). Ante dichas alteraciones y dada la presencia de cuadro pseudoclostridial, se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro, laxantes y enemas, sin clara mejoría del cuadro. En TC toracoabdominal se objetiva engrosamiento concéntrico de la pared de colon descendente, realizándose posteriormente colonoscopia, donde se aprecia una estenosis colónica a 80 cm de margen anal con úlceras colónicas en fase de cicatrización. El resultado anatomopatológico de las biopsias tomadas, es negativo para malignidad pero inmunohistoquímicamente positivo para citomegalovirus. Se inicia tratamiento con ganciclovir intravenoso durante 15 días, con mejoría progresiva de la sintomatología presentada.

Discusión: La asociación de colitis ulcerosa y citomegalovirus está ampliamente documentada, pero sobre todo en pacientes que presentan algún tipo de inmunosupresión (tratamiento con altas dosis de corticosteroides, trasplantados, infección por VIH, etc.). Sin embargo, los datos encontrados sobre personas inmunocompetentes son escasos. Algunos autores sostienen la teoría de cambios inflamatorios producidos por la colitis ulcerosa como facilitadores de la activación del CMV, sin necesidad de inmunosupresión. En pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa, inclusive inmunocompetentes, antes de iniciar tratamiento antiinflamatorio/inmunomodulador o indicar tratamiento quirúrgico, se debe descartar la posibilidad diagnóstica de infección intestinal por citomegalovirus e instaurar la terapia antiviral adecuada para disminuir no solo la progresión o la gravedad del proceso, sino también sus complicaciones.

PC-088. EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD URBANA EN LA HABANA, CUBA

J. Cabrera González¹, A.M. Díaz-Canel Navarro¹, P. Alonso Galbán², C. Prado Martínez³, A. Santisteban González⁴ y B. Manzano Ovies⁵

¹Universidad Médica de La Habana. Cuba. ²Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas-Infomed. Cuba. ³Universidad Autónoma de Madrid. ⁴Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Cuba. ⁵Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro. Cuba.

Objetivos: Caracterizar el estado nutricional en la población de adultos mayores de 70 a 99 años atendida en un consultorio médico de la familia perteneciente al municipio Playa, en La Habana, Cuba.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, transversal en el periodo comprendido entre diciembre de 2010 hasta diciembre de 2011. La investigación abarca a la población de adultos mayores de 70 a 99 años atendida en un consultorio médico de la familia perteneciente al municipio Playa, en La Habana, Cuba. El estado nutricional se caracteriza mediante la aplicación del test Mini-Nutricional (MNA), la medición de un grupo de parámetros antropométricos (talla, peso e índice de masa corporal) y un conjunto de variables hemoquímicas (albúmina sérica, colesterol y conteo total de linfocitos).

Resultados: Se estudian 97 adultos mayores, con predominio del sexo femenino y del grupo etario de 70-84 años. El MNA mostró que la mayor parte de la población estudiada se encuentra en riesgo de malnutrición (58,8%). Los valores de las variables hemoquímicas se encuentran entre los niveles fisiológicos en la mayoría de los adultos mayores estudiados. Según el IMC el mayor número de estos se clasifica en los grupos sobrepeso (38,1%) y obesidad grado I (29,9%).

Conclusiones: La malnutrición constituye un problema de salud en la comunidad de adultos mayores investigada; sin embargo no se

encuentra correspondencia entre los resultados del MNA, el comportamiento de las variables bioquímicas estudiadas, y los valores del IMC.

PC-089. PARKINSON Y PARKINSONISMOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

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

Objetivos: Comparar las características de pacientes con parkinson/parkinsonismo con un grupo control y determinar si existen diferencias. Investigar relación entre tratamiento con levodopa y déficit de ácido fólico y/o vitamina B12 como han evidenciado otros estudios.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes hospitalizados en un Servicio de Geriátría en 2011 y 2012 analizando datos de aquellos con diagnóstico de parkinson/parkinsonismo (126). Se escogieron aleatoriamente 133 controles para analizar datos sociodemográficos, antecedentes, parámetros analíticos, I Barthel y Charlson, tratamiento al ingreso y al alta. SPSS.

Resultados: 2.221 ingresos, 126 (5,6%): parkinson (65%)/parkinsonismo (35%). 52% mujeres. Edad media: 83. Estancia 17. Mediana Charlson 3. Antecedentes: Demencia 55% (GDS > 6 73%), anemia 25%, disfagia 23%, ACV 19%, osteoporosis 18%. Fracturas previas 18%. Malnutrición 37%. Déficit de A. fólico 6% y vitamina B12 5%. Exitus 16%. Barthel previo/alta < 20 69%. Deambulación previa/alta: autónoma 12%, andador 28/29%, bastón 10/9% cama-sillón 65%. Tratamiento levodopa ingreso/alta 60/64%; otros antiparkinsonianos 15/31%. 133 controles sin parkinson/parkinsonismo. 69% mujeres. Edad media: 87. Estancia 14. Mediana Charlson 4. Antecedentes: Demencia 43% (GDS ≥ 6 67%), anemia 26%, disfagia 11%, ACV 20%, osteoporosis 20%. Fracturas previas 21%. Malnutrición 38%. Déficit de A. fólico 3% y vitamina B12 4%. Exitus 30%. Barthel previo/alta < 20 50/47%. Deambulación previa/alta: autónoma 30/16%, andador 22/40%, bastón 22/21% cama-sillón 47/42%. Se ha encontrado relación entre padecer parkinson/parkinsonismo y ser varón (p = 0,006; OR: 2), vida cama-sillón/Barthel < 20 (p = 0,002; OR: 2,3), tener disfagia (p = 0,01; OR: 2,3), estreñimiento (p = 0,004; OR: 2,6) y menor edad (p < 0,001). Menos exitus (p = 0,01). No encontramos diferencias con respecto al grupo control en fracturas, osteoporosis, infecciones respiratorias o malnutrición. Hallamos relación entre tratamiento previo con levodopa y déficit de ácido fólico (p = 0,01 OR: 3,3) pero no con déficit de vitamina B12.

Conclusiones: El prototipo de paciente con parkinson/parkinsonismo que ingresa en nuestro centro es el de un anciano más joven, varón con gran dependencia funcional y dificultad para la deglución. Evidenciamos una mayor deficiencia de ácido fólico en los pacientes tratados con levodopa, al igual que en la literatura consultada por ello creemos que es importante incluir la determinación de estos niveles de forma rutinaria en dichos pacientes.

PC-090. UTILIDAD DE UNA ESCALA VISUAL LINEAL PARA EVALUAR EL MIEDO A CAER Y SU CORRELACIÓN CON LA FALLS EFFICACY SCALE

M.C.M.J. Pereira, C. Roqueta Guillén, S. Urbano Romero, M. Segura Rodríguez, H. Alfaro Riveros y R. Miralles Basseda
Centro Forum del Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: El miedo a caer es un problema común en el paciente geriátrico, por lo que se han desarrollado diferentes métodos de medición, entre los cuales destaca la Falls Efficacy Scale (FES) que mide el grado de confianza que tiene un sujeto al realizar diferentes actividades de la vida cotidiana.

Objetivos: Evaluar la correlación entre la percepción del miedo a caer mediante la Falls Efficacy Scale (FES) y la medición de la percepción del miedo a caer mediante una escala visual analógica.

Métodos: Se aplicó a pacientes ingresados en una unidad de convalecencia geriátrica una versión traducida al castellano de la FES (J Gerontol. 1990;45:239) y una escala visual de la percepción del miedo a caer cuando iniciaron la marcha. La FES consta de 10 ítems, cada uno de los cuales se puntúa entre 1 y 10 (1 = poca confianza, mucho miedo y 10 mucha confianza, poco miedo) (puntuación total: de 10 a 100). Se diseñó una escala visual analógica en la que se reflejaba en una línea unas puntuaciones del 0 al 10 (puntuación de 0 significa no tener miedo y de 10 el máximo miedo a caerse) (puntuación total: de 0 a 10). Los pacientes señalaban en dicha escala, la cantidad de percepción de miedo a caer que tenían en el momento de iniciar la recuperación de la marcha.

Resultados: Se aplicaron ambas escalas a 41 pacientes (65,85% mujeres), con una edad media de $81,63 \pm 7,91$ años. La media de la puntuación global de la FES fue $51,24 \pm 23,30$ puntos y la de la escala visual analógica para medir la percepción del miedo a caer fue $5,82 \pm 2,60$. La correlación entre ambos tests calculada mediante el coeficiente de correlación de Pearson fue r de $-0,466$ ($p = 0,0028$).

Conclusiones: 1) Existió una asociación estadísticamente significativa entre la percepción del miedo a caer evaluado mediante la FES y la escala visual lineal. 2) Hubo una correlación inversa de moderada intensidad entre ambos instrumentos.

PC-091. CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE AGUDOS

R. Bielza Galindo, A. Mora Casado, A. Moreno Fuentes, R. Gómez, R. Moreno y E. Arias Muñana

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: Evaluar la influencia de anemia al ingreso en los resultados al alta de los pacientes ingresados en una Unidad de Ortogeriatria de Agudos (UOG).

Métodos: Se incluyen los 154 pacientes ingresados consecutivamente en la UOG del Hospital Universitario Infanta Sofía durante 8 meses, de 2011. Estudio prospectivo de Cohortes. Los pacientes son divididos en: Pacientes con anemia en la analítica de urgencias, según la OMS. Hemoglobina (Hb) inferior a 12 g/dl en mujeres y 13 g/dl en varones. Pacientes sin anemia. Para cada paciente se registra: edad, sexo, ubicación previa y al alta, tipo de fractura, estancia media (EM) y prequirúrgica, Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso (IBI) y al alta (IBA), eficiencia funcional [IBA-IBI/EM], escala Cruz Roja Funcional (CRF) previo y al alta, escala Cruz Roja Mental (CRM), Índice de Charlson, complicaciones clínicas y delirium durante el ingreso, medido por el Confusion Assessment Method (CAM). Los datos se analizaron en el estadístico SPSS 18.0.

Resultados: Se incluyen 155 pacientes, con $86,1 \pm 6,48$ años, el 35,4% proceden de residencia y el 80,6% son mujeres. La EM fue de $11,33 \pm 4,3$ días. La Hb al ingreso era de $13,78 \pm 1,47$ g/dl, el 41,9%, presentaba anemia y se transfundieron un 60% de los ingresados. Los pacientes con anemia, se transfundieron con más frecuencia [84,5% vs 49%], tuvieron una estancia media superior [$12,03 \pm 3,78$ vs $10,84 \pm 4,98$ ($p < 0,001$)], una eficiencia funcional inferior [$1,82$ vs $2,50$ ($p < 0,005$)] y una mortalidad superior [$10,77$ vs $3,33\%$ ($p < 0,001$)]. No hubo diferencias en la situación funcional al alta por el IB [$32,75 \pm 20,33$ vs $34,48 \pm 21,17$ (NS)], la tasa de infecciones respiratorias o urinarias [$18,75$ vs $14,4\%$ (NS)], ni en la incidencia de delirium [$51,6\%$ vs 50% (NS)].

Conclusiones: Los pacientes con anemia al ingreso, presentan peores resultados globales: clínicos y funcionales, mayor mortalidad y una estancia media superior en nuestra unidad. La alta tasa de transfusión, ha hecho plantearse tratamientos alternativos para ahorrar el consumo de sangre en la UOG, aunque hacen falta más estudios.

PC-092. OMISIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INDICADAS AL ALTA GERIATRÍA FRENTE A MEDICINA INTERNA

M. Muñoz García¹, E. Delgado Silveira¹, S. Martín-Aragón Álvarez², T. Bermejo Vicedo¹ y A.J. Cruz Jentoft¹

¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Evaluar la omisión de prescripciones potencialmente indicadas al alta en dos unidades de hospitalización.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de cuatro meses de duración. Se seleccionaron 215 pacientes consecutivos ≥ 70 años ingresados en Geriatria (GERH) y Medicina Interna (MINH). Se registraron: edad, sexo, comorbilidad y número de fármacos al alta. Se analizaron las omisiones de prescripciones potencialmente indicadas aplicando los criterios START al alta, comparando las dos unidades de hospitalización.

Resultados: Se seleccionaron 50 pacientes de GERH (edad media $86,6 \pm 7,4$ años, 76% mujeres) y 165 de MINH (edad media $84,4 \pm 5,4$ años, 61,2% mujeres). La comorbilidad, medida con el índice de Charlson fue mayor en GERH que en MINH (3,3 vs 2,9). El número medio de fármacos al alta fue similar ($7,1 \pm 1,9$ y $7,5 \pm 2,6$ respectivamente). Fallecieron durante el ingreso 33 pacientes, 5 de GERH y 28 de MINH. La prevalencia total de pacientes con criterios START fue del 51,1% en GERH y 62% en MINH. Los pacientes de MINH, multiplicaron por 1,56 veces las probabilidades de tener algún criterio START respecto a GERH al alta, de forma significativa ($p = 0,049$). Se detectaron 159 criterios START en MINH y 34 en GERH, suponiendo una media de 0,96 y 0,68 de omisiones indicadas por paciente respectivamente. Los criterios más frecuentes detectados en GERH fueron la omisión de estatinas en diabetes mellitus en pacientes con riesgo cardiovascular "START F4" en 12 pacientes, la omisión de IECA en ICC "START A6" y la omisión de anticoagulación en fibrilación auricular "START A1", ambos en 4 pacientes. En MINH los criterios más frecuentes fueron "START A6" en 30 pacientes, "START F4" en 28 y "START A1" en 18.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes dados de alta tuvieron al menos una omisión de un fármaco potencialmente indicado. Esto sucedió con más frecuencia en Medicina Interna que en Geriatria, pese a que los pacientes ingresados en el segundo servicio eran mayores y de mayor complejidad. Los problemas detectados más frecuentemente fueron similares en ambos servicios, predominando los relacionados con el sistema cardiovascular.

PC-093. ¿SE PUEDE HACER UN SCREENING NUTRICIONAL MÁS SENCILLO EN ANCIANOS? VALOR DEL SNAQ FRENTE MNA

C. Yela Salguero, M.R. García Martín, C. Navarro Ceballos, D. del Olmo García, J. Rodríguez Salazar y M.J. Molina Hernández
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Introducción: MNA (Mini Nutritional Assessment) es un método de valoración nutricional validado en población anciana. Sin embargo, su implementación en los centros hospitalarios, cada vez más saturados y con menos personal, es difícil. SNAQ (Short Assessment Questionnaire) es un método sencillo de aplicar, en menos de 5 minutos, que puede ser autocumplimentado, y que ha sido validado en ancianos ambulatorios o ingresados en residencias geriátricas. En el caso de que el SNAQ resultara un método de cribado adecuado se reduciría el número de MNA a realizar en el momento del ingreso.

Objetivos: Establecer la validez del SNAQ como método de cribaje en los ancianos que ingresan en una unidad geriátrica de agudos.

Métodos: Se realiza SNAQ y MNA simultáneamente a los pacientes que ingresan en el Servicio de Geriatria de nuestro centro. Se establece la prevalencia de malnutrición por cada método y se compara su correlación mediante el Coeficiente Kappa. Se calcula la validez de la prueba y los valores predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) del SNAQ frente a MNA.

Resultados: 177 pacientes (95 mujeres) con edad media $86,7 (\pm 6,3)$ años). Resultados de MNA: 64 pacientes malnutridos (36%) – 82

pacientes en riesgo de malnutrición (46%) – 31 pacientes con buen estado nutricional (18%). Resultados SNAQ: 52 pacientes malnutridos (29%) – 49 pacientes con malnutrición moderada o en riesgo de malnutrición (28%) – 76 pacientes con buen estado nutricional (43%). La probabilidad de estar malnutrido cuando el SNAQ es normal es del 64,5%. El índice Kappa entre MNA y SNAQ fue de 0,34 ($p < 0,000$). La sensibilidad de un 66% y la especificidad de un 87%. El VPP y VPN fueron de 96% y 35% respectivamente. Añadiendo una modificación del SNAQ^{RC} propuesta en residentes geriátricos que tiene en cuenta el IMC, los resultados fueron: Índice de Kappa = 0,4 ($p < 0,000$); sensibilidad = 76%; especificidad = 80%; VPP 94,8%; VPN 41,6% y la probabilidad de estar malnutrido con SNAQ normal del 58%.

Conclusiones: En nuestra población el SNAQ no es un buen método de screening nutricional para la población anciana ingresada en una unidad de agudos, incluso utilizando la modificación del SNAQ^{RC} con el IMC.

PC-094. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS DIVERSAS TÉCNICAS DE CIRUGÍA PARA LA INCONTINENCIA MASCULINA POSPROSTATECTOMÍA

L. Resel Folkersma, C. Verdejo Bravo, H. Garde García, J. Salinas Casado, J. Moreno Sierra y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer la eficacia y complicaciones de las diferentes técnicas anti-incontinencia para el tratamiento de la incontinencia urinaria (IU) masculina de esfuerzo post-prostatectomía, realizadas en nuestro Centro.

Métodos: Tipo de estudio descriptivo longitudinal. Periodo de estudio: entre 2008-2013. Muestra: 83 varones. Edad media $67,2 \pm 6,7$ años. Procedimientos quirúrgicos realizados: 84. Seguimiento en meses: 55,1 meses. Causas de IU: prostatectomía radical abierta 29; prostatectomía radical robótica 29; prostatectomía laparoscópica 8; resección transuretral prostática 14; adenomectomía abierta 3. Grados de la IU previa a la cirugía: grave 36; moderada 32; leve 15. Criterio de éxito quirúrgico: estar completamente seco, sin precisar ningún material absorbente. Se realizó un análisis multivariante para la búsqueda de factores de riesgo para el fracaso de las técnicas.

Resultados: Se muestran en la tabla. La existencia de IU grave y el antecedente de cirugía previa aparecen como factores de riesgo asociados con el fracaso terapéutico y las complicaciones.

Conclusiones: La técnica más eficaz y con menor tasa de complicaciones fue el sistema Advance XP. Los sistemas Proact y Argus no han demostrado ser técnicas mínimamente invasivas presentando alguna complicación grave. Es crucial un criterio de selección riguroso para evitar complicaciones.

PC-095. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN GERIATRÍA APLICANDO LA METODOLOGÍA AMFE (ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS)

G. Martínón Torres, L. Calahorra Fernández, N. Parras García de León, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez y C. Llorente Parrado
Hospital General. Ciudad Real.

Objetivos: Mejorar la seguridad del proceso de atención al paciente hospitalizado en Geriátría, mediante la metodología AMFE.

Métodos: Para la aplicación de la metodología AMFE se ha creado un grupo de trabajo compuesto por médicos del Servicio de Geriátría y de la Unidad de Calidad. Se han identificado los modos de fallo, sus causas y potenciales consecuencias. Tras la priorización por frecuencia, gravedad y detectabilidad se han propuesto acciones de mejora con responsable, recursos, cronograma e indicadores.

Resultados: Se han identificado 36 modos de fallo. Los 13 problemas priorizados y las acciones de mejora propuestas son: Ingreso de paciente geriátrico en servicio inadecuado/Definición de criterios de ingreso en geriatría; Retraso en la valoración del paciente geriátrico/Definición del perfil de paciente que se beneficiaría de consulta precoz; Solicitud de pruebas diagnósticas inadecuadas/Elaboración de protocolos de indicación; Paciente geriátrico ingresado periférico/Agrupación de pacientes; Problemas relacionados con la medicación/Empleo de aplicación informática de primaria para conciliación; Deficiencias de comunicación entre profesionales/Preparación de pase de visita con enfermería; Cuidados de enfermería inadecuados/Formación y creación de planes de cuidados; Retraso en respuesta de interconsultas/Creación de sistema de gestión de interconsultas; Problemas de continuidad de cuidados al alta/Mejorar coordinación con primaria y creación de estructuras para la atención geriátrica espe-

Tabla. PC-094

Sistema	N =	Seguimiento (meses)	Resultados	Complicaciones
Proact	12	60	Mejoría inicial 30% Fracasos 100%	80% global: Migración 7 Explantación 6
Argus	10	60	Fallo balón 2 Éxito 20% Fracasos 80%	Extrusión perineal 1 70% global: Explantación 5 RAO 2 Migración/rotura 2 Intrusión intravesical 2
Remeex	3	60	Mejoría 33% Fracasos 66%	66% global: Dolor perineal 1 Urgencia de novo 1
Advance XP	47	36	Éxito 76.5% Mejoría 15% Fracaso 8.5%	31% global: RAO 27% Dolor perineal 7%
Esfinter Flow-Secure	9	45	Éxito 72% Mejoría 28%	28% global: RAO (1) Migración bomba (1) Revisión quirúrgica (1)
Esfinter AMS800	2	70	Éxito 100%	50% fuga contraste reservorio
ATOMS	1	24	Éxito 100%	No

cializada; Información al alta incompleta/Creación de trípticos informativos de procesos frecuentes.

Conclusiones: La aplicación de la metodología AMFE por geriatras expertos en el proceso, permite identificar los problemas específicos de la atención a los pacientes. El apoyo prestado por la Unidad de Calidad, facilita definir propuestas con bajo coste para la mejora continua de la seguridad del proceso.

PC-096. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDO

A. Rossi, C. Villamar Mejía, R. Casas Floriano, P. Alonso Roldán, A. de la Hera Canta y P. Vozmediano Fernández
Clínica Nuestra Señora de Guadalupe. Esplugues de Llobregat.

Objetivos: Examinar las características sociodemográficas, estado cognitivo y funcional, comorbilidad, diagnóstico principal de los pacientes ingresados en nuestra unidad de subagudo. Evaluar si se cumplen los estándares de calidad elaborados por el Plan Director Sociosanitario de Cataluña.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en nuestra unidad de subagudo durante el periodo comprendido entre septiembre 2012 y febrero 2013.

Resultados: Se registraron 113 pacientes. La media de edad fue 83 años, 54% fueron mujeres. Los diagnósticos principales fueron enfermedades respiratorias (53,1%), infecciones del tracto urinario (17,6%), enfermedades cardiocirculatorias (16%), enfermedades gastrointestinales (3,5%), traumatismos cráneo encefálicos (2,6%) y otros (8,2%). La comorbilidad media fue de 2,3 puntos de Charlson. El estado cognitivo fue valorado con el Pfeiffer cuya media fue 1,3 errores; el 18,8% presentó síndrome confusional agudo. El estado funcional, valorado con el Barthel, tuvo una media de 35 al ingreso y 53 al alta, el Lawton medio fue 1,7 y la ganancia funcional de 18. Los pacientes procedían de urgencias (51,3%) y de unidad de corta estancia (48,7%), hubo 3 reingresos. La estancia media en urgencias fue 1 día, en la unidad de corta estancia fue 3,7 días, mientras que en la unidad de subagudo fue de 10,25 días. La mortalidad fue 10,6%. Al alta el 79,2% retornó a su domicilio habitual, el 14,2% se trasladó a otras unidades sociosanitarias y el 3,5% fue derivado a urgencias.

Conclusiones: El perfil de nuestros pacientes fue de mujeres con edad media de 83 años y comorbilidad baja, diagnósticos principales más frecuentes fueron enfermedades respiratorias, infecciones urinarias y enfermedades cardiocirculatorias. La mayoría no presentó síndrome confusional ni deterioro cognitivo. Hubo una mejoría del Barthel promedio al alta, aunque sin una clara respuesta funcional favorable (ganancia funcional < 20). Se cumplieron todos los estándares de calidad premarcados y se redujo la estancia media en las unidades de origen.

PC-097. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, MORTALIDAD Y ESTANCIA MEDIA EN UNIDAD DE SUBAGUDO

A. Rossi, C. Villamar Mejía, R. Casas Floriano, P. Alonso Roldán, A. de la Hera Canta y P. Vozmediano Fernández
Clínica Nuestra Señora de Guadalupe. Esplugues de Llobregat.

Objetivos: Examinar las variables asociadas a síndrome confusional agudo, mortalidad y tiempo de estancia media en nuestra unidad de subagudo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron datos obtenidos desde revisión de las historias clínicas de 113 pacientes ingresados desde septiembre 2012 hasta febrero 2013. Se analizaron las variables asociadas a síndrome confusional, mortalidad y tiempo de estancia. Para el análisis utilizamos pruebas de asociación con tablas de contingencias mediante prueba de chi cuadrado para variables nominales y prueba t Student para variables cuantitativas.

Resultados: El síndrome confusional tuvo asociación estadísticamente significativa con infecciones urinarias (p: 0,002), Barthel al ingreso (p: 0,03) y con el cambio de domicilio habitual al alta (p: 0,012). Se observó mayor porcentaje de síndrome confusional en los grupos de mayor edad y con menor Lawton pero sin significación estadística. La mortalidad mostró asociación estadísticamente significativa con la edad (p: 0,048), con el Lawton (p: 0,01) y con el Barthel al ingreso (p: 0,00039). Existió mayor mortalidad en los pacientes con broncoaspiración (41,7%), síndrome confusional (p: 0,39) y con los que procedían desde urgencias (p: 0,419), pero sin asociación estadísticamente significativa. Con la estancia media se apreció asociación estadísticamente significativa con el sexo femenino (p: 0,022). Fue mayor la estancia en los grupos de mayor edad y con mayor deterioro cognitivo sin llegar a mostrar significación estadística.

Conclusiones: La presencia de síndrome confusional se asoció con infecciones urinarias, con mayor deterioro funcional al ingreso y con cambio de domicilio habitual al alta. Se detectó mayor mortalidad entre los grupos con mayor edad y dependencia total para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la mayor estancia media y el sexo femenino, a pesar que fue mayor la comorbilidad entre los varones y aunque no se cuantificó la severidad de la enfermedad en los dos sexos.

PC-098. INSTAURACIÓN Y PREVALENCIA DE GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

M.C. Mascarós Gutiérrez, C. Simarro Cervero, M.J. Casaña Domínguez, M. Alcocer Escribano y L. Romero Piqueras
Grupo Gerorresidencias. La Saleta Betera.

Objetivos: Determinar la prevalencia e instauración de grandes síndromes geriátricos (GSG) en personas mayores institucionalizadas.

Métodos: El trabajo se ha llevado a cabo con 70 usuarios (19 hombres y 51 mujeres) ingresados en la Residencia La Saleta Betera desde el 2003 al 2012. Se analizan distintas variables (edad, género, año de ingreso, estado civil, ocupación laboral y estudios) en incontinencia, inmovilidad, inestabilidad y caídas, úlceras por presión (upp) y deterioro cognitivo, mediante la revisión de historia clínica y valoraciones geriátricas individuales (VGI).

Resultados: Actualmente la prevalencia de GSG es: deterioro cognitivo 74%, incontinencia 62%, inestabilidad y caídas 45%, inmovilidad 35% y upp 14%. Al ingreso la prevalencia de la inmovilidad es de 31%, inestabilidad 32%, deterioro cognitivo 54%, upp 54% e incontinencia 60%. Se observa que pasado más de un año que es cuando tiene lugar la 3ª VGI, la prevalencia de inmovilidad es 22%, inestabilidad 32%, deterioro cognitivo 55%, upp 12% e incontinencia 55%. En cuanto a mujeres y hombres, la prevalencia es mayor en mujeres, excepto en upp. Con respecto a la instauración, los usuarios que ingresaron en 2003 y 2004 muestran una prevalencia del 32% igual a la de los usuarios que ingresaron en 2012. La edad actual difieren en la prevalencia de GSG, de 60- 79 años, existe más prevalencia en inmovilidad, inestabilidad y upp, mientras que usuarios de 80 años tienen más prevalencia en Deterioro cognitivo e incontinencia. No se encuentran diferencias significativas en cuanto a las otras variables.

Conclusiones: La prevalencia de GSG ha disminuido o se ha mantenido en el 1º año de ingreso en el centro, desde el día de su ingreso. Actualmente, incontinencia e inmovilidad se mantienen en porcentajes similares al ingreso, upp se ha visto reducido notablemente. Inestabilidad y caídas ha aumentado un 13% y deterioro cognitivo es el GSG con más prevalencia aumentada. En revisiones bibliográficas se han identificado estos mismos GSG como los de mayor prevalencia. Lo principal en el manejo de estos síndromes es su correcto diagnóstico y el tratamiento para disminuir la instauración o mantenerla ofreciendo calidad de vida y confort.

PC-099. DIAGNÓSTICO SUBÓPTIMO. CONSECUENCIAS FATALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Cámara Marín, F. Moreno Alonso, F. Quiñónez Bareiro, M.S. Chiriboga Lozada, C.O. Minea y A. Escolante Melich
Complejo Hospitalario. Toledo.

Caso clínico: Varón 75 años con antecedentes de HTA, exbebedor desde el año 2010. Cirrosis hepática etílica grado C10-11 DE CHILD, MELD 17, con HTP. Numerosos ingresos de DEA. Última ecografía en septiembre de 2012 donde se observa mínima ascitis sin LOES. Acude a urgencias refiriendo cuadro de intenso dolor abdominal de inicio súbito, mareo e inestabilidad, no refiere sangrado activo. Taquicárdico e hipotenso. Se realiza ecografía abdominal objetivándose líquido libre, sin objetivarse LOES; a la vez que se realiza paracentesis con control ecográfico, obteniendo contenido hemático en los dos puntos de punción. En el TAC se objetivo hígado de características de cirrosis hepática ya conocida. Abundante cantidad de líquido libre intraperitoneal sin observarse signos sugestivos de sangrado activo. Se realizó arteriografía donde se identificó nódulo hepático hipervascular de 2 cm, subcapsular localizado en segmento II; se cateterizó de forma selectiva la arteria hepática izquierda embolizando el nódulo hepático descrito. Las siguientes horas post-cateterización, persistió anemización y situación de shock. Se consulta el caso con cirugía y se decide intervención urgente. Laparotomía con hemoperitoneo masivo; hepatocarcinoma roto de 2 cm en segmento II hepático, realizándose resección en cuña. El paciente ingresa nuevamente en UCI en situación estable. Evolución posterior insuficiencia hepática con elevación de bilirrubina, plaquetopenia y coagulopatía severa. Ascitis con salida de más de tres litros de líquido ascítico serosanguinolento diario por la herida de la laparotomía. Insuficiencia renal anurica sin respuesta al tratamiento en el seno de un sdr. hepatorenal. El paciente muere a los 3 días de la resección del hepatocarcinoma.

Discusión: El carcinoma hepatocelular (CHC) constituye un problema de salud de creciente magnitud, y su prevalencia experimentará previsiblemente un incremento notable en individuos ancianos a lo largo de las próximas décadas. Aproximadamente el 10% de los carcinomas hepatocelulares tienen como complicación una rotura espontánea cuya evolución generalmente es fatal. El carcinoma hepatocelular permanece mal caracterizado en pacientes de edad avanzada con comorbilidad asociada, circunstancia que limita su manejo clínico. La menor supervivencia demostrada en pacientes ancianos con CHC, parece condicionada por la aplicación de abordajes terapéuticos subóptimos en esta población.

PC-100. UTILIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL AL INGRESO EN UN HOSPITAL DE MEDIA-LARGA ESTANCIA COMO PREDICTORA DE SUPERVIVENCIA AL AÑO

P.P. Tenllado Doblas, J.J. Botella Trelis, P. García Gascó, M. Castillo Blasco y M.R. Roca Castelló
Hospital Doctor Moliner. Valencia.

Introducción: El enfoque terapéutico del paciente geriátrico, durante su estancia en un Hospital de Agudos se orienta al proceso agudo, pasando la valoración del pronóstico vital a segundo plano. En nuestro Hospital de Media y Larga Estancia constatamos que el uso de herramientas pronósticas es muy útil para predecir las probabilidades de alta hospitalaria. Nos planteamos su utilidad para predecir la supervivencia al año, planificando así la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivos: Demostrar la utilidad de herramientas pronósticas, ya validadas, en un grupo de pacientes, como predictoras de supervivencia al año del ingreso hospitalario.

Métodos: Se realiza valoración geriátrica integral al ingreso, incluyendo el índice Charlson, los criterios de paciente pluripatológico -PPP- (Junta de Andalucía), y los índices de Walter y PROFUND, CONUT. Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes ingresados

en nuestra unidad, verificando la supervivencia al año mediante consulta del programa SIP o contacto telefónico. Análisis estadístico mediante programa SPSS.

Resultados: N: 141 pacientes; edad: 82 años (70-99); varones: 72 (50%); estancia media: 66 días (1-379); Barthel: 12; Pfeiffer: 6; Gijón: 7.7; CONUT: 4.7; I. Charlson 4.3, úlceras por presión: 37%; I. Walter 6.8; I. PROFUND 10; Paciente pluripatológico: 63%; Voluntades anticipadas: < 1%; mortalidad al año: 109 pacientes (77%). La estimación del riesgo de muerte al año del ingreso, según las herramientas pronósticas evaluadas (regresión logística), muestran los siguientes resultados: índice PROFUND > 6 OR 4,5 (IC95% 1,8-11,6), p = 0,001, índice de Walter > 6, OR 3,4 (IC95% 1,6-7,1) p = 0,001. Índice Charlson entre 3-5 OR 2,5 (IC95% 1-6,3), p = 0,04, Índice de Charlson > 6 OR 3,4 (IC95% 1,2-9,3), p = 0,01. CONUT > 4 OR 3,2 (IC95% 1,5-6,8), p = 0,002. El ser PPP no tiene implicaciones pronósticas en este grupo de pacientes.

Conclusiones: Confirmamos en nuestra serie la capacidad predictiva de las escalas utilizadas, en un grupo de pacientes de alta comorbilidad, dependencia y deterioro cognitivo, sean o no pacientes pluripatológicos. La fácil aplicación de estas herramientas pronósticas, debería conducir a una generalización de su uso para una mejor identificación de aquellos pacientes con alto riesgo de mortalidad tras el alta hospitalaria, facilitando así la planificación de los cuidados.

PC-101. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA DE PSICOGERIATRÍA

G. Fabregat Gómez, M.N. Güerre Oto, H.D. Núñez Cámara, K. Thomas y J. Galindo Ortiz de Landázuri
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Introducción: Existen escasas experiencias en nuestro país de consultas interdisciplinares de psicogeriatría no existiendo un perfil claro de paciente psicogeriátrico.

Objetivos: Definir el perfil del paciente que acude a la consulta de psicogeriatría. Valorar si existe relación entre el estado funcional con la polimedicación. Asociar la edad con patología y/o polimedicación.

Métodos: Pacientes que acuden a la consulta de psicogeriatría desde junio del 2011 a febrero del 2013. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo analizando: edad, sexo, motivo de derivación, procedencia, motivo de consulta, comorbilidad, fármacos, ECR Funcional, diagnósticos.

Resultados: Se estudian un total de 310 pacientes, edad media de 78,35 (± 7,69) años. En la muestra hay 67% de mujeres. El 16% viven solos, 39,35% con su cónyuge, 25% con sus familiares, 18% en residencia. Respecto a la procedencia el 55,16% son derivados desde Atención Primaria, 15% de Psiquiatría, 11% de Geriátría y 11% de otros servicios. El motivo de derivación es 28% alteración de la Memoria, 17,74% depresión, 27,74% trastornos de conducta, 2,9% presentar síntomas psicóticos, 20,64% otros motivos. Respecto al análisis por comorbilidades la más prevalente es la HTA con un 40,3%, seguido por la DM 16,8%. El diagnóstico más frecuente es depresión y demencia tipo Alzheimer. Los fármacos más prescritos a los pacientes son los ISRS con las benzodiazepinas. La mayoría de los pacientes no presentan deterioro funcional, ECR igual a 0 en 69,76% en menores de 75 años y un 54,46% de mayores de 75 años.

Conclusiones: La consulta de psicogeriatría es un recurso de apoyo a la atención especializada. La población atendida en una consulta de psicogeriatría es fiel reflejo de la población anciana que vive en la comunidad. Los trastornos afectivos mal controlados son los más beneficiados de una consulta psicogeriátrica. La edad implica diferentes diagnósticos siendo la demencia preponderante en mayores de 75 años. Excesivo uso de benzodiazepinas en los pacientes que son derivados a la consulta de psicogeriatría.

PC-102. ¿CONOCEN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SU ENFERMEDAD?

R. Rodríguez Herrero, A. Muñoz Pascual, L. de Miguel Alambra, M.T. Gerrero Díaz, M.C. Macías Montero y L. Hunickew Flavia
Hospital de Segovia.

Objetivos: Conocer procedencia y destino al alta. Cuantificar el número de ingresados en la unidad que conocen el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, con respecto a los cuidadores. Porcentaje de pacientes que cuentan con voluntades anticipadas. Evaluación de la escala de Cruz Roja Mental (CRM) previo, al ingreso y al alta, Papscore y estado anímico (ansiedad, insomnio y trastorno depresivo).

Métodos: Análisis de los 317 pacientes ingresados en nuestra unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria en los últimos tres años.

Resultados: La edad media fue de $73,17 \pm 13,2$ (61% varones). Procedentes de Urgencias 56,2%; Cuidados Paliativos Domiciliarios (UCPD) 16,7%; Oncología 15,8%; otros Servicios Médicos 6,9%; Servicios Quirúrgicos 3,8%. Al alta fueron exitos 75,1%; seguimiento por UCPD 17%; Atención Primaria 5,7% e institucionalización 2,2%. Diagnóstico conocido por el paciente 78,6% y pronóstico 37%; conocido por el cuidador 99,3% y 92,8% respectivamente. El 99,2% no tienen voluntades anticipadas. Presentaron CRM previo: leve (0-1) 73%; moderado (2-3) 18,1%; grave (4-5) 8,9%; CRM al ingreso: leve (0-1) 41,5%; moderado (2-3) 25,5%; grave (4-5) 32,7%. CRM al alta: leve (0-1) 74,2%; moderado (2-3) 22,7%; grave (3-4) 3%. Con respecto al Papscore encontramos > 70% un 49,3%; 30-70% un 39,3% y < 30% un 11,3%. Finalmente en el estado de ánimo se objetivó que el 40,5% de los ingresados presentan insomnio; 39,9% ansiedad y un 25,6% trastorno depresivo.

Conclusiones: En la muestra analizada encontramos que pese a no existir un importante deterioro de las capacidades cognitivas, son pocos los pacientes conocedores del diagnóstico y aún más del pronóstico de su enfermedad, independientemente del servicio que los deriva, aún cuando las expectativas de vida son muy limitadas. A Pesar de que la mayoría de nuestros pacientes desconocen el pronóstico de su enfermedad, asocian un alto porcentaje de sintomatología afectiva.

PC-103. LA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA (NPP). ¿UNA OPCIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO?

M.L. Velasco Prieto, I. Lago Alonso, D. Gutiérrez Tejedor, L.A. Negrón Blanco, R. Arauz Rivera y F. Veiga Fernández
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes muy ancianos que recibieron NPP en un Hospital General de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes de 85 o más años que han recibido NPP durante un periodo de 8 meses. Se revisa la historia clínica informatizada, se recogen datos sociodemográficos, características del ingreso, de la NPP (tipo, duración, complicaciones), diagnóstico principal, comorbilidades y parámetros bioquímicos al inicio y al final de la nutrición. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS.

Resultados: Se incluyen 40 pacientes (53% mujeres) ingresados en los servicios médicos y quirúrgicos (50% en cada servicio). La edad media es de 89 años (85-99). Los diagnósticos más frecuentes son la patología gastrointestinal (74,6%) y traumatológica (6%). El 60% no tenían deterioro cognitivo y 50% una situación funcional aceptable (Katz A-B). La indicación principal fue el ayuno secundario a contra-indicación de la vía oral o por ingesta insuficiente. La NPP-2 (con lípidos) se ha empleado en el 89% de los pacientes, con una duración media de 10 días. Antes del inicio de la NPP estaban desnutridos el 71% de los pacientes, desnutrición leve en la mitad de los casos. En la mayoría de los casos (58%) se finalizó la nutrición parenteral por

recobrar la tolerancia oral. El valor medio de albúmina antes de la NPP fue de 3,23 g/dL, siendo de 3,06 g/dL tras finalizar la intervención nutricional, no encontrándose diferencias significativas entre ambas (t de Student, $p = 0,510$). Definido el estado nutricional mediante la valoración clínica, tampoco observamos diferencias significativas antes y después de la NPP (χ^2 -cuadrado, $p > 0,05$). El 43% no sufrieron complicaciones, mientras que el 15% tuvieron dos o más, que solo en un caso supuso la finalización de la NPP. La complicación más frecuente ha sido la flebitis. Tres pacientes fallecieron como consecuencia de su enfermedad de base.

Conclusiones: Estos resultados reflejan que la nutrición parenteral periférica es un recurso válido y seguro para el soporte nutricional en pacientes muy ancianos, evitando un empeoramiento del estado nutricional en situaciones de intolerancia o nutrición oral insuficiente.

PC-104. PREVALENCIA Y CORRELATOS DEL DETERIORO COGNITIVO LIGERO EN ADULTOS CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. Juncos-Rabadán¹, D. Facal¹, J.A. Caamaño², J. Sueiro², J. Bóveda² y P. Eiroa²

¹Universidad de Santiago de Compostela. ²SERGAS.

Objetivos: Examinar la prevalencia y correlatos del Deterioro cognitivo ligero (DCL) en adultos mayores de 50 años que acuden a sus centros de atención primaria con quejas subjetivas de memoria.

Métodos: Participaron 449 personas con edades comprendidas entre los 50 y 87 años ($M = 66,81$, $D.T. = 9,03$) que acudían a sus centros de atención primaria con quejas subjetivas de memoria, sin diagnóstico previo de deterioro cognitivo y sin alteraciones neurológicas o psiquiátricas. Fueron clasificados como DCL o controles (variable dependiente) a través de varias pruebas neuropsicológicas. Como variables independientes o correlatos se consideraron, la edad, sexo, nivel educativo, profesión, hábitos de lectura, frecuencia de participación en actividades culturales, inteligencia cristalizada medida a través del nivel de vocabulario, comorbilidad y depresión. Se realizaron análisis de regresión logística bivariados y multivariados.

Resultados: La prevalencia de DCL fue de 31,40% y se encontraron asociaciones positivas bi-variantes de la edad, profesión, hábitos de lectura, nivel de vocabulario, y quejas subjetivas de los familiares. Ni el índice de comorbilidad ni la depresión resultaron asociados con el DCL. En el análisis multivariado el DCL estaba asociado a una edad mayor de 70 años, a un bajo nivel de vocabulario, y a un mayor grado en las quejas subjetivas de memoria de los familiares.

Conclusiones: Un porcentaje relativamente importante de adultos mayores de 50 años que acuden a su centro de salud con quejas subjetivas de memoria presenta DCL, especialmente los mayores de 70 años y con bajo nivel de vocabulario. Es importante atender a las quejas subjetivas de los familiares. Es esencial una evaluación cognitiva en los centros de atención primaria para poder establecer planes de prevención y estrategias de intervención precoz del deterioro cognitivo.

PC-105. POLISINOVITIS SEROSA DEL ANCIANO (SÍNDROME RS3PE) COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA INTESTINAL EN PACIENTE NONAGENARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Mohedano Molano, M.A. Domínguez Domingo, J.L. González Guerrero, A.T. Herasme Grullón, T. Alonso Fernández y L. García Martín
Complejo Hospitalario. Cáceres.

Objetivos: Exponer un caso clínico de síndrome RS3PE como manifestación paraneoplásica de un adenocarcinoma de unión recto-sigma.

Caso clínico: Varón de 91 años con antecedentes personales de HTA, FA permanente anticoagulada, ICC e hiperplasia benigna de próstata. Valoración geriátrica: I. Barthel 100. Lawton 4. No problemas a nivel mental ni social. Ingresa en la Unidad de Agudos de Geriátría por presentar cuadro progresivo, de mes y medio de evolución, caracterizado por edemas en manos, rigidez matutina de más de una hora, limitación funcional secundaria a dolor en cintura escapular y anorexia sin pérdida de peso. En la exploración física destaca: polisinovitis simétrica en muñecas, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales junto a edema con fovea en el dorso de ambas manos y hepatomegalia. En la analítica no presenta aumento de reactantes de fase aguda (VSG 19, PCR 3.7); factor reumatoide, ANA, ANCA y proteinograma sin alteraciones. No hallazgos patológicos en radiografía de tórax. Tras sospecha diagnóstica de síndrome RS3PE, se inicia tratamiento con prednisona 15 mg/día, con excelente resolución del cuadro reumatológico. Se realiza TAC objetivándose engrosamiento de la pared del colon a nivel de la unión recto-sigmoidea confirmándose anatomopatológicamente, tras colonoscopia, la existencia de un adenocarcinoma.

Discusión: El síndrome RS3PE afecta mayoritariamente a varones ancianos aunque existen pocos casos documentados en nonagenarios. Se define como una polisinovitis simétrica seronegativa, de aparición brusca, con frecuente tenosinovitis de metacarpo e interfalanges y marcado edema con fovea en zonas acras sin provocar erosiones óseas. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras enfermedades reumatológicas (polimialgia reumática, artritis reumatoide, etc.) y, pese a no ser frecuente, valorar la posibilidad de formar parte de un síndrome paraneoplásico. Se han publicado casos asociados, sobre todo, con adenocarcinomas sólidos (prostático, renal, ovárico, gástrico, etc.) y hematológicos. Se caracteriza por su excelente respuesta a tratamiento corticoideo a bajas dosis. Existe evidencia de una peor respuesta a dicho tratamiento en pacientes cuyo debut, forma parte de un síndrome paraneoplásico. Ante el diagnóstico de un síndrome RS3PE, se debe valorar la posibilidad de que constituya una manifestación paraneoplásica y realizar el despistaje de patología tumoral subyacente.

PC-106. LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA Y DETERIORO FUNCIONAL

K. López¹, J. Pérez-Jara², S. Jiménez Mola¹, F.J. Idoate Gil¹ y J. Andrés Vicente¹

¹Complejo Asistencial de León. ²Hospital El Bierzo. Ponferrada.

Introducción: Según la clasificación del sistema franco-americano-británico, la leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) es un síndrome mielodisplásico (SMD). La LMMC es un trastorno clonal de una célula madre de la médula ósea. La monocitosis es una característica decisiva principal. Este tipo de leucemia tiene características clínicas, hematológicas y morfológicas heterogéneas, las cuales pueden ser desde predominantemente mielodisplásicas hasta predominantemente mieloproliferativas.

Objetivos: Identificar la LMMC como causa de deterioro funcional en el paciente geriátrico, así como la heterogeneidad de su presentación clínica.

Caso clínico: Hombre de 76 años acude a urgencias por trastorno de la marcha de 15 días de evolución, acompañado de tos ocasional escasamente productiva y disnea de medianos esfuerzos sin otra sintomatología, valorado por nuestra unidad, se decide ingreso a planta de geriatría. Paciente refiere cuadro de 8 meses de evolución de astenia progresiva. Antecedentes: epilepsia de larga evolución. En tratamiento con fenobarbital. Exminero de interior, no neumoconiosis. NAMC. Situación funcional: índice de Barthel 100 Lawton 8. Situación social: casado, vive con su esposa en medio rural. Situación cognitiva: no deterioro cognitivo. Se inicia protocolo de estudio, al ingreso se realizó hemograma se objetiva monocitosis en sangre periférica de

30%, por lo que se decide realizar frotis y biopsia de medula ósea en sospecha de patología hematológica. Frotis de sangre periférica: Serie blanca: mielocitos 7, metamielocitos 8, cayados 7, linfocitos 29, segmentados 20, monocitos 28, blastos 1, monocitos abigarrados, metamielocitos gigantes. Serie roja: anisocitosis, acantocitosis, algún dacriocito, 4% de eritoblastos. Aspirado de medula ósea: Hipoplasia grave de megacariocitos, diseritropoyesis disgranulopoyesis graves, 18% de blastos+ promonocitos, monocitos mayor de 1.000 X u/l en SP.

Discusión: Si bien se desconoce la etiología específica de la leucemia mielomonocítica crónica, en algunos casos se relacionaron con la exposición a carcinógenos ambientales, radiación ionizante y fármacos citotóxicos. La mediana de edad al momento del diagnóstico de la LMMC está entre los 65 a 75 años, con una predominancia masculina de 1,5-3,1/1. La mediana de supervivencia es de 12 a 24 meses.

PC-107. CONOCIMIENTO SOBRE POLIFARMACIA Y USO DE HERRAMIENTAS DE REVISIÓN DE PRESCRIPCIONES EN RESIDENCIAS

J. Mateos-Nozal¹, N. Pérez Abascal¹, S. González-Blázquez², L. García Blázquez¹, B. Montero Errasquín¹ y A.J. Cruz-Jentoft¹
¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Grupo de Residencias Adavir. Madrid.

Objetivos: La polifarmacia y la prescripción inapropiada siguen siendo un problema en muchas residencias. Pretendemos por ello evaluar el grado de conocimiento por los médicos de residencia de las herramientas de revisión de prescripción, la frecuencia de uso y las razones que explican su falta de aplicación.

Métodos: Estudio observacional con un cuestionario online enviado a 41 médicos de trece residencias de la Comunidad de Madrid, con una experiencia media de cinco años en dichos centros.

Resultados: Tasa de respuesta: 66%. La mayoría de los que responden (70%) consideran la pluripatología como la principal causa de polifarmacia en el anciano. Un 48% afirma revisar sistemáticamente la medicación al ingreso o tras la cita con especialistas, el resto sólo lo hace en algunos pacientes. El 30% de ellos conocen alguna herramienta de revisión de prescripción, siendo los más citados los criterios STOPP/START, pero el 67% de los encuestados respondieron no usarlas sistemáticamente o hacerlo de forma muy ocasional. Entre las razones por las que no las usan destacan el hecho de no estar familiarizados con ellas (59%), la falta de tiempo (7%) y el desconocimiento de las herramientas más adecuadas para las residencias (7%) y sus beneficios (7%). De los médicos que conocen alguna herramienta, la mitad de ellos la utiliza aunque no en todos los pacientes. Interrogados sobre la frecuencia de uso en la última semana, el 25% respondió no haberla utilizado en ninguna ocasión, el 38% una o dos veces, el 12% tres o cuatro y el 25% entre cinco o seis.

Conclusiones: El conocimiento y uso de las herramientas de revisión sistemática de la prescripción es bajo entre los médicos de residencias. Todavía muchos no realizan revisiones periódicas de los fármacos. Este bajo conocimiento de las características y beneficios de las herramientas, junto con la falta de tiempo, son las principales barreras para su generalización.

PC-108. INCIDENCIA DE UPP TRAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

D. de la Oliva Gómez, M. González Alonso, C. Díez Martínez, M.A. Mouriño Trapero y M. Castro Hernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Valorar la eficacia de los métodos preventivos utilizados para evitar las UPP.

Métodos: Estudio retrospectivo longitudinal, descriptivo y observacional. Población estudiada: pacientes con edad media de 83 años y

con una estancia media de 9.30 días hospitalizados en el Hospital Clínico San Carlos durante el periodo comprendido de enero de 2012 a diciembre de 2012, sin distinción de sexo. Muestra no probabilística y sin criterios de inclusión. Método observacional basándonos en la variable de estudio, la totalidad de la muestra se ha subdividido en grupos de riesgo siguiendo la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos y validada por el mismo hospital. Grupos de la muestra; R0; Pacientes sin riesgo de aparición de UPP, R1; Pacientes con riesgo moderado de aparición de UPP, R2; Pacientes con riesgo elevado de aparición de UPP, Variable de estudio; Presencia o ausencia de UPP. Se ha utilizado la Estadística descriptiva para el análisis de los datos y se han presentado de forma gráfica los mismos.

Resultados: Total de pacientes ingresados en el año 2012; 1.015 pacientes. De los cuales; R0; 36 pacientes, R1; 236 pacientes y R2; 743 pacientes. Pacientes ulcerados según unidad de procedencia; En la unidad de geriatría; 3 pacientes. De otra unidad hospitalaria; 60 pacientes. Extrahospitalarios; 92 pacientes. Media de riesgo de ulceración en pacientes ingresados; 96.38% (% pacientes de riesgo $(rupp1+rupp2)/pacientes$ ingresados).

Conclusiones: Se observa la baja incidencia de aparición de UPP en la unidad tras la aplicación de medidas preventivas. La incidencia de UPP es un indicador muy relevante en la calidad de cuidados de enfermería. Una elevada incidencia de UPP aumenta la estancia hospitalaria y el consiguiente aumento gasto hospitalario y aumento de la morbilidad.

PC-109. FACTORES ASOCIADOS CON EL LUGAR DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES ANCIANOS TERMINALES ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

I. Alés Siles, G. Ramírez Rodríguez, G. Gambini Muro, O.A. Rangel Selvera, F. Sánchez del Corral Usaola e I. Ruipérez Cantera

Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Introducción: El paciente anciano terminal atendido por un equipo de atención geriátrica domiciliaria (AGD), o sus familiares, presentan preferencias acerca del lugar de fallecimiento. Este estudio pretende identificar variables asociadas al lugar de fallecimiento (domicilio vs hospital).

Métodos: Estudio retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de todos los pacientes terminales atendidos por el equipo de AGD del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid durante 2010 y 2011 que fueron seguidos hasta su fallecimiento. Se recogieron variables clínicas, funcionales, mentales, sociales, síndromes geriátricos y preferencias asistenciales.

Resultados: De una muestra de 55 pacientes, fallecieron en domicilio 39 (70,9%), siendo mujeres 31 (79,5%) y hombres 8 (20,5%), $p = 0,009$; no desnutrición 20 (51,3%, $p = 0,026$); precisaron morfícos 21 (53,8%, $p = 0,051$); sin instrucciones previas 39 (100%, $p = 0,005$); existió diálogo sobre esfuerzo terapéutico 24 (72,7%, $p = 0,017$); media de 5 visitas por enfermería. Fallecieron en domicilio el 77,1% de los que lo desearon. Fallecieron en hospital 16 (29,1%), siendo hombres 9 (56,3%) y mujeres 7 (43,8%), $p = 0,009$; no desnutrición 13 (81,3%, $p = 0,026$); no precisaron morfícos 12 (75%, $p = 0,051$); sin instrucciones previas 13 (78,6%, $p = 0,005$); sin diálogo sobre esfuerzo terapéutico 11 (64,3%, $p = 0,017$); media de 2 visitas por enfermería. No encontrándose asociación, posiblemente por falta de potencia estadística, en las siguientes variables: número visitas médicas (4,82 vs 2,69 $p = 0,526$), situación funcional previa (índice de Barthel) (41,44 vs 25,90 $p = 0,107$), disfagia (87,5% vs 12,5% $p = 0,158$), caídas (75% vs 25% $p = 0,146$), polifarmacia (75% vs 25% $p = 0,434$), sedación terminal (62,5% vs 25% $p = 0,372$), sobrecarga cuidador (62,5% vs 37,5% $p = 0,817$).

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes geriátricos terminales desean fallecer en domicilio, lo que se puede facilitar desde

AGD. El fallecimiento hospitalario se asoció con menor intensidad asistencial y falta de diálogo sobre preferencias asistenciales. Existen diversos factores asociados con el lugar de fallecimiento, siendo su reconocimiento de suma importancia para una atención de calidad, siempre siguiendo los deseos explícitos del paciente y sus familiares. Importante señalar que en nuestro estudio la mayoría de los pacientes que deseaban fallecer en domicilio, lo pudieron hacer.

PC-110. IMPACTO DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES ANCIANOS EN SITUACIÓN DE TERMINALIDAD ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

G.A. Gambini Muro, G. Ramírez Rodríguez, I. Alés Siles, O.A. Rangel Selvera, F. Sánchez del Corral Usaola e I. Ruipérez Cantera

Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Introducción: El cuidador principal del paciente anciano en situación de terminalidad puede sufrir, en mayor o menor medida, síntomas de sobrecarga. El presente trabajo pretende identificar los síntomas y síndromes geriátricos más asociados a dicha sobrecarga del cuidador.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes en situación de terminalidad atendidos por el equipo de AGD del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid durante los años 2010 y 2011, asignándose un mismo número de controles de forma aleatoria. Se recogieron las siguientes variables: síntomas, síndromes geriátricos y sobrecarga del cuidador.

Resultados: De una muestra de 126 pacientes terminales, las siguientes se asociaron a sobrecarga del cuidador con diferencias estadísticamente significativas: sexo masculino del paciente 71,7% vs 52,7% ($p = 0,038$), disnea 68,7% vs 35,3% ($p = 0,047$), depresión 67,5% vs 43,5% ($p = 0,04$), caídas 73,8% vs 52,6% ($p = 0,023$) y fragilidad social 84,6% vs 40,9% ($p = 0,00$). No encontrándose diferencias estadísticamente significativas en: incontinencia fecal 80,2% vs 59,1% ($p = 0,83$), incontinencia urinaria 58,6% vs 66,7% ($p = 0,492$), insomnio 66,2% vs 48,9% ($p = 0,62$), dolor 56,3% vs 65,3% ($p = 0,32$), úlceras por presión 53,3% vs 64% ($p = 0,24$), disfagia 63,4% vs 56,3% ($p = 0,43$), estreñimiento 64,3% vs 53,1% ($p = 0,21$) e inmovilismo 57,8% vs 72,2% ($p = 0,25$).

Conclusiones: Cuando el paciente geriátrico atendido en domicilio se encuentra en situación de terminalidad, la mayoría de síntomas y síndromes geriátricos no se asocian de forma significativa a sobrecarga de cuidador, en comparación al paciente no terminal, excepto la disnea, depresión y caídas.

PC-111. PRINCIPALES MOTIVOS DE DERIVACIÓN Y EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES REMITIDOS AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

N. Pérez Abascal, L. García Cabrera, J. Mateos-Nozal, M.E. Baeza Monedero, B. Montero Errasquín y A. Cruz-Jentoft

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar las principales patologías que motivan la derivación desde Consultas Externas (CCEE) de Geriatria al Servicio de Rehabilitación, la situación basal, tipo de tratamiento prescrito, duración y los cambios en la situación funcional tras la terapia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisan las historias clínicas de los pacientes derivados a Rehabilitación desde Geriatria, desde enero a junio de 2012 recogiendo variables sociodemográficas, situación basal funcional, número de caídas, deterioro cognitivo y número de fármacos. Se describen los motivos de derivación, el tratamiento indicado, duración, lugar donde se realiza y los resultados en relación con la marcha.

Resultados: 114 pacientes, edad media $83,9 \pm 5,4$ años, 67% mujeres. El 90% vive en su domicilio. El 57% presenta deterioro cognitivo. Basalmente, el 20% tiene Katz A, 7% Katz G y el 67% es independiente para la marcha (53% usando bastón). El número medio de fármacos es de $7,5 \pm 3$ y de caídas previas $1,63 \pm 1,5$. Los principales motivos de derivación: alteración de la marcha multifactorial (25%), enfermedad de Parkinson o parkinsonismos (23%), caídas de repetición (20%) y artrosis (19%). Un cuarto de los pacientes no realiza rehabilitación reglada; del resto, 52% lo hace en centros concertados, 38% en domicilio y 10% en hospital con un número medio de sesiones de 26 ± 9 . Las terapias aplicadas en los centros concertados: cinesiterapia (100%), TENS (12%), magnetoterapia 8%, ultrasonidos (6%) y 24% otros tratamientos (57% terapia ocupacional). El 67% mejora, más los que son previamente independientes para la marcha que los dependientes (88% y 43% respectivamente). Tras la terapia, un 8% deja de precisar ayuda personal para deambular. El 60% de pacientes con deterioro cognitivo obtienen mejoría.

Conclusiones: Los principales problemas susceptibles de rehabilitación detectados en la consulta de Geriátría son los que conllevan deterioro de la deambulación y caídas, más que las patologías osteomusculares localizadas. En este estudio la mayoría de pacientes, incluidos aquellos con deterioro cognitivo, obtienen mejoría funcional tras el tratamiento rehabilitador, por lo que resulta una medida eficaz que debe formar parte del tratamiento integral de los mayores.

PC-112. (ESTUDIO PILOTO) FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

G. Canal Rodríguez, M. Zelada Rodríguez, D. Rodríguez González y F.X. Martí Company
Hospital Sant Llàtzer. Terrassa.

Objetivos: Identificar los factores asociados a deterioro funcional durante el ingreso en una Unidad de Larga Estancia.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes dados de alta en la Unidad de Larga Estancia del Hospital de Sant Llàtzer (CS Terrassa) entre enero y mayo de 2011. Se recogieron: variables basales de tipo demográfico (edad, sexo, estado civil), clínico (índice de Charlson, albúmina, hemoglobina), funcional (índice de Barthel previo, al ingreso y al alta), mental (MEC, GDS), ubicación al alta. Las variables cuantitativas, con distribución normal, se expresaron como medias con un (IC) 95%. Para comparar las diferencias se utilizó la prueba de t-Student, las variables cualitativas se expresaron mediante proporciones y para compararlas se utilizó la prueba chi cuadrado con la prueba exacta de Fisher. Realizándose análisis de regresión logística para identificar las variables asociadas de modo independiente a la presencia de deterioro funcional. Para el manejo de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.

Resultados: Durante el periodo estudiado, se evaluaron 125 pacientes. El 67% eran mujeres. La media de edad fue $82,72 \pm 7$ años. A nivel funcional permanecieron igual/mejor 106 (84,8%) y empeoraron 21 (16,8%), con una ganancia funcional significativa > 20 puntos en el 16,8% (Barthel alta-ingreso). MMSE promedio de 14, promedio de Charlson de 3,44, y de albúmina de 37. Se realizó una análisis de regresión Logística, donde se introdujeron como variables independientes: edad, sexo, pérdida funcional al ingreso, MMSE, I. Charlson, albúmina y edad mayor de 80 años, de los cuales resultó asociado a deterioro funcional la pérdida funcional al ingreso (Exp-beta 1.006) y el MMSE (Exp-beta 0.902).

Conclusiones: Destacan como factores asociados al deterioro funcional en pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia, la pérdida de grado funcional al ingreso y el MMSE como factor protector.

PC-113. MÁS ALLÁ DEL HOSPITAL: ASISTENCIA AL ANCIANO CON ENFERMEDAD TERMINAL

M. Herrera Abián, F.J. Soria Perdomo, B. Alvira Rasal, G. Megías Baeza, E. García Gómez y A. Jiménez Rodríguez
Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Objetivos: Describir cómo la Unidad de Paliativos en colaboración con el Servicio de Geriátría atiende a los ancianos que se encuentra en la fase terminal, en tres niveles asistenciales de forma continua; hospitalización, asistencia en residencia (domicilio del paciente), y hospital de día.

Métodos: El médico paliativista sigue al paciente durante la hospitalización, al alta a su residencia concierta con el paciente, la familia y el médico de la residencia una visita periódica, y en caso de ser necesario programa consultas en hospital de día para la realización de técnicas específicas: paracentesis, toracocentesis, y transfusiones. También se ofrece asistencia telefónica diaria. Se revisaron los pacientes institucionalizados valorados en 2012. Se recogieron las patologías, asistencias en hospital de día: paracentesis, toracocentesis, transfusiones.

Resultados: 87 pacientes, todos institucionalizados en residencias del área, que habían precisado ingreso hospitalaria. Patologías; oncológicas 37%, no oncológicas 63%, de estos 78% demencia terminal, 12% EPOC, 8% ICC, 2% I. renal. Todos esperanza de vida < 6 meses. Atención en Hospital de Día 21% de los pacientes, de estos el 81% paracentesis, 2% toracocentesis, 17% transfusiones. Todas ma programados, junto con el médico de la residencia. Seguimiento mensual a todos, el 43% precisó, además de esta visita mensual, consultas telefónicas. El 37% fallecieron en el hospital. El ESAPD no intervino en ninguno de estos pacientes.

Conclusiones: Nuestro hospital por el hecho de ser un hospital "pequeño", es más versátil, propone un nuevo modelo único de continuidad asistencial al anciano paliativo que pretende unificar todas las necesidades en un solo especialista. Al acudir el paliativista del hospital a la residencia, se ahorra pasar por MAP, y por ESAPD, descargando de trabajo a este nivel, y asegurando una continuidad inequívoca. Así será siempre el mismo médico que conoce de forma holística al paciente, el que lo atiende en hospitalización, domicilio (residencia) y hospital de día, evitando repetición de pruebas. Si se requiere medicación especial estupefacientes, palomillas, infusores... es el mismo médico el que lo proporciona, para que el paciente no trasladarse. No intuimos otro método más eficiente, y que conlleve (por lo que percibimos de familiares y médicos), mayor grado satisfacción asistencial.

PC-114. CONTROL DE LA DISLIPEMIA DE PERSONAS MAYORES EN REHABILITACIÓN CARDÍACA

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

Objetivos: En la edad adulta, las dislipemias y algunas de sus consecuencias, como la enfermedad cardiovascular (ECV), dan lugar a alteraciones que influyen en la condición física y en la calidad de vida. Estos dos últimos conceptos justifican un programa de fisioterapia y los beneficios del mismo pueden objetivarse en las modificaciones del perfil lipídico. El objetivo de este trabajo es establecer la efectividad de un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) sobre el perfil lipídico de personas mayores dislipémicas con ECV.

Métodos: Se incluyeron 175 pacientes dislipémicos con ECV (137 hombres y 38 mujeres; $64,02 \pm 4,70$ años) en un PRC de 6 meses de duración. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: grupo 1 ($n = 95$): ECV y dislipemia; y grupo 2 ($n = 80$): ECV y no dislipemia. El tratamiento fue estructurado en 8 sesiones semanales de ejercicio físico supervisado, 8 charlas educativas y un programa domiciliario de entrenamiento diario. Se realizaron analíticas sanguíneas para determinar el perfil lipídico al principio y al final del programa. Se

analizaron las diferencias inter e intragrupo pre y post-programa a nivel de: colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL y triglicéridos (mg/dl).

Resultados: Al finalizar el tratamiento fisioterápico, ambos grupos mostraron una disminución estadísticamente significativa del colesterol-LDL ($91,75 \pm 30,83$ vs $81,49 \pm 25,76$, $p = 0,037$ en el grupo 1; $104,68 \pm 35,70$ vs $93,45 \pm 31,31$, $p = 0,036$ en el grupo 2) y triglicéridos ($170,29 \pm 141,11$ vs $138,42 \pm 106,43$, $p = 0,038$ en el grupo 1; $136,27 \pm 62,15$ vs $102,31 \pm 58,45$, $p = 0,000$ en el grupo 2), mientras que el colesterol-HDL aumentó ($39,05 \pm 8,63$ vs $47,87 \pm 11,86$, $p = 0,000$ en el grupo 1; $39,34 \pm 12,35$ vs $48,37 \pm 12,41$, $p = 0,000$ en el grupo 2). Únicamente se observó una disminución estadísticamente significativa del colesterol total en el grupo 1 ($166,45 \pm 38,41$ vs $155,34 \pm 34,28$, $p = 0,037$). Al comparar los grupos, el 1 mostró una disminución mayor de los niveles de colesterol-LDL respecto al 2 ($p = 0,041$), así como de los niveles de triglicéridos ($p = 0,017$).

Conclusiones: Los Programas de Rehabilitación Cardíaca permiten mejorar el control del perfil lipídico de pacientes dislipémicos con enfermedad cardiovascular.

PC-115. INSOMNIO EN ANCIANOS

N. Güerre Oto, K. Thomas y J. Galindo Ortiz de Landázuri
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: Analizar la prevalencia de insomnio y la toma de hipnóticos en una población de ancianos que acuden a una consulta de geriatría. Además determinar su relación con enfermedades psíquicas y físicas y el consumo de hipnóticos de forma adecuada.

Métodos: Pacientes mayores de 70 años, sin demencia diagnosticada que acuden a las consultas de geriatría. Se analizan las siguientes variables: Sexo, edad, ECRM, I Barthel, comorbilidad orgánica (EPOC, ICC, distiroidismo, Parkinson, ACV, enf renal cr, artrosis), comorbilidad psíquica (depresión, ansiedad), consumo de hipnóticos (BZP, noBZP, ADP, NLP), efectos secundarios de los mismos (caídas, fallo mnésico, somnolencia diurna). Se utiliza la escala ISI (Insomnia Severity Index) para valorar la gravedad del insomnio.

Resultados: Se estudian 80 pacientes con una edad media de 82,6 años, siendo mujeres el 68,3% funcionalmente tenían un I. Barthel medio de 91,08 y no presentaban clínica de deterioro cognoscitivo el 76,6% de la muestra. La comorbilidad mas prevalente de las estudiadas fue la artrosis, seguida de t depresivo y ansiedad. El 26% no presentaba ninguna alteración en el sueño. Consumía algún tipo de hipnótico el 53%, no presentando insomnio el 71,6% de todos los pacientes.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes no presenta insomnio según la escala ISI, a pesar de lo cual siguen algún tipo de tratamiento. Los antidepresivos son los fármacos más utilizados seguidos de las benzodiacepinas para el tratamiento del insomnio. Existen escasos efectos adversos a los tratamientos prescritos. El componente subjetivo del insomnio en el anciano es determinante en su valoración.

PC-116. CAUSAS DE MUERTE EN ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

M.J. Molina Hernández, A. Simón, B. Ruiz, R. García Martín,
J. Rodríguez Salazar y C. Navarro Ceballos
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Introducción: La fractura de cadera conlleva una alta mortalidad.

Objetivos: Describir características demográficas, funcionales, mentales, sociales, comorbilidad de pacientes con fractura de cadera fallecidos. Analizar complicaciones, causa de muerte y diferencias con no fallecidos. Recogida prospectiva desde enero 2011 a diciembre 2012 de datos de pacientes ingresados en ortogeriatría. Revisión de historias de fallecidos.

Resultados: 251 fracturas de cadera. Fallecieron 21 (8,36%). 13 mujeres (62%) frente 79,13% en no fallecidos ($p = 0,069$). Mortalidad varones 14,28%. Edad media $85,57 \pm 9,24$ frente $83,22 \pm 7,63$ (NS). Institucionalizados 7 (33,33%) frente 61 (26,52%) (NS). Situación basal fallecidos: índice Barthel > 60 16 (76,20%) y < 40 5 (23,80%). No diferencias. Escala FAC: FAC ≥ 3 19 (90,48%); FAC 1 o 2 2 (9,52%). No diferencias. Demencia 13 (62%) frente al 34,34% ($p < 0,05$). La fractura extracapsular en 13 pacientes (62%) fallecidos, no diferencia. La media de enfermedades en fallecidos $3,47 \pm 1,29$ frente a $2,87 \pm 1,58$ ($p < 0,05$). Complicaciones médicas 19 (90,47%) frente a 163 (70,87%) ($p < 0,05$). Se analizaron complicaciones relacionadas con mayor mortalidad: Cuadro confusional 12 (57,14%) de fallecidos frente a 81 (35,21%) ($p < 0,05$). ICC 10 (47,62%) frente a 34 (14,78%) ($p < 0,001$). Mortalidad en ICC 22,71%. Neumonía 5 (23,81%) frente a 9 (3,91%) ($p < 0,001$). Insuficiencia respiratoria 13 (61,90%) y 22 (9,56%) de ($p < 0,001$). IRA 14 (66,66%) y 25 (10,87%) de no fallecidos ($p < 0,001$). Tuvieron IRA e ICC 8 (38,1%) de fallecidos frente al 6 (2,6%) ($p < 0,001$). Mortalidad en estos fue del 57,14%. Se transfundieron 13 (62%) fallecidos frente 92 (40%) ($p < 0,05$). No se operaron 10 fallecidos por inestabilidad. Causas de muerte: 8 ICC con fracaso renal, 3 neumonía, 2 muertes súbitas, 1 parada en quirófano con la cementación, 3 insuficiencias respiratorias una en UCI y otra por crisis asmática, 1 fallo multiorgánico tras complicaciones múltiples, 2 sepsis y 1 shock cardiogénico.

Conclusiones: 1. La fractura de cadera conlleva alta mortalidad en el hospital. 2 Mortalidad mayor en varones (14,28%). 3. No diferencias en edad, situación basal, sí en demencia y número de enfermedades. 4. Las complicaciones perioperatorias son más frecuentes en los fallecidos. 5. La ICC con fracaso renal es la complicación con mayor mortalidad (57,14%). 6. Las principales causas fueron cardíacas e infecciosas. 7. En muchos estaban presentes desde el ingreso.

PC-117. EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE INGRESO DE PACIENTES CON ICTUS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA

J.M. Arche Coto, E. San Cristóbal Velasco, O. Saavedra Obermann,
B. García García, P. Jeria Madrid y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar el circuito empleado por el paciente mayor de 85 años que acude al Servicio de Urgencias y es ingresado en la Unidad de Ictus (UI) del Área de Gestión Clínica de Geriatría.

Métodos: Hasta el año 2011 en la Unidad de Ictus ingresan pacientes mayores de 65 años que proceden del Sº de Neurología para el manejo subagudo y rehabilitación del paciente con ictus. Se trasladan generalmente en primera semana de evolución y previa valoración por un geriatra. Durante el 2011 se realiza un documento consensuado de las Áreas de Gestión Clínica de Neurociencias, Urgencias y de Geriatría, para la selección de pacientes para ingreso directo en la UI de Geriatría. Los criterios de ingreso fueron: mayores de 84 años, de lunes a viernes excluyendo festivos y de 9 a 21 horas, valoración e ingreso por el especialista en Geriatría tras la realización de pruebas diagnósticas, incluyendo técnicas de imagen. En junio del 2012 se amplían los criterios de ingreso a todos los días de la semana y durante 24 horas. En noviembre del 2012 se amplía nuevamente disminuyendo el criterio de edad a 82 años. Analizamos la evolución semestral del número de pacientes ingresados en el periodo comprendido entre 1 de enero 2012 y 29 de febrero del 2013.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresan 168 pacientes ($89,1 \pm 3,4$ años, 71,8% mujeres) con el diagnóstico de ictus (infarto isquémico 93%), que representan el 46% de todos los paciente ingresados en la UI. En el primer semestre del 2012 ingresaron 51 pacientes, en el segundo semestre 82 y en los dos primeros meses del 2013 35 pacientes, que representan el 33%, 54,3% y 64,8% del total de ingresos respectivamente.

Conclusiones: Con la elaboración de un proceso consensuado entre varios servicios, los pacientes muy mayores que acuden a urgencias con ictus pueden ser valorados por el geriatra e ingresados directamente a nuestra UI. El porcentaje de ingresos aumenta durante el periodo de estudio, secundariamente a la generalización de una cultura de beneficio de su ingreso en Geriátría por parte de los servicios implicados.

PC-118. VALORACIÓN DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE URGENCIAS A UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS Y SU EVOLUCIÓN DURANTE LOS MESES POSTERIORES

N. Gual Tarrada¹, D. Colprim², J. Barbé¹, C. Pérez Bocanegra¹, M. Inzitari² y A. San José¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

Objetivos: El ingreso en unidades específicas de atención intermedia como alternativa a la hospitalización convencional puede ser una alternativa para aquellos pacientes mayores con patología crónica descompensada (subagudos), que no requieran más estudios complementarios. Desde urgencias se selecciona a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de ingresar en estas unidades. El objetivo del estudio es definir el perfil de estos pacientes en urgencias, y su evolución durante 3 meses.

Métodos: El Hospital Universitario Vall d'Hebron envía pacientes subagudos, seleccionados previamente en urgencias por la Unidad Funcional Interdisciplina Sociosanitaria (UFISS), a la Unidad de Subagudos del Parc Sanitari Pere Virgili. Hemos analizado los datos de estos pacientes desde febrero hasta julio 2012, y posteriormente se ha recogido el destino al alta, la evolución al mes y a los 3 meses. También se documentaron los reingresos durante el mes posterior al alta.

Resultados: Durante 6 meses se enviaron 120 pacientes desde urgencias a la unidad de subagudos (edad media $85,22 \pm 7,6$ años, 63,2% mujeres). La media de días de ingreso fueron 14,3 días. Al alta el 72,5% de los pacientes volvieron a su residencia o domicilio habitual; un 10% requirió ingreso en convalecencia y un 10% ingreso en el hospital de agudos. El 7,5% fallecieron. La comorbilidad, medida con el índice de Charlson, era de 2,39. Durante el mes posterior al alta, se observa que un 79,1% permanecen en domicilio/residencia, un 10,5% se encuentran en convalecencia, un 1,9% en el hospital y 8,6% han sido exitus. 11 pacientes (9,2%) necesitaron reingresar, de los cuales 7 (5,8%) reingresaron por la misma patología. A los 3 meses, en domicilio/residencia permanecen 67,5% de los pacientes, 7,5% permanecen ingresados en convalecencia, 1,7% se encuentran hospitalizados y los exitus acumulados a los 3 meses son 21 pacientes (17,5%).

Conclusiones: Según nuestros resultados, los pacientes con enfermedades crónicas reagudizadas se pueden beneficiar de un ingreso en las unidades de subagudos. Si se consigue un traslado a domicilio o residencia habitual al alta, esta tendencia se mantiene a lo largo de los 3 meses siguientes en la mayoría de los casos. El número de reingresos por la misma causa fueron escasos.

PC-119. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES VISTOS COMO PRIMERA CONSULTA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

K. López López¹, S. Jiménez Mola¹, F.J. Doate Gil¹, J. Andrés Vicente¹, M.D.P. López Viñas¹ y M. Benito Serrano de la Cruz²

¹Complejo Asistencial de León. ²Complejo Asistencial de Zamora.

Objetivos: Identificar las características clínicas de los pacientes derivados a la consulta de geriatría.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal. Se incluyeron todos los pacientes vistos como primeras consultas en la Unidad de Geriátría entre enero-diciembre del 2011 en nuestro hospital. Se recabaron las variables: edad, género, antecedentes patológicos,

motivo de consulta, Índice de Barthel, número de fármacos y situación sociodemográfica. Análisis estadístico mediante IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyeron 650 pacientes vistos en la consulta externa de geriatría, 65,8% mujeres, 34,2% hombres, edad media de 80,5 ($\pm 8,3$ años), Barthel de media 80 (± 10), Fármacos 0-5 el 47,4%, 6-10 40,9%, > 10 11,7% de los pacientes. El 69% viviendo con familia, 18,9% Residencia, 11,2% viven solos. Antecedentes: HTA 60%, enfermedades neurológicas 29,2%, dislipemia 23,5%, diabetes mellitus 20,6%, cardiopatías 18,4%, neumopatías 12,2%. La pérdida de memoria como motivo de consulta 33,5%, seguido por cuadro confusional 10,9%.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes derivados son mujeres. En el área sanitaria de León la mayor demanda en consulta externa de geriatría es el estudio del deterioro cognitivo. Los pacientes que consultados por este motivo son independientes ABVD. Con buen soporte familiar. Toman menos de 5 fármacos. Los pacientes funcionalmente más dependientes, consultaron por disfagia, cuadros confesionales y pérdida de peso. El estudio específico de estos pacientes contribuye a preservar su capacidad funcional.

PC-120. VALORACIÓN DE HERRAMIENTAS CLÍNICAS PARA UNA MEJOR SELECCIÓN EN URGENCIAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS REAGUDIZADOS DERIVADOS A UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

N. Gual Tarrada¹, T. Roig², C. Pérez Bocanegra¹, J. Barbé¹, A. San José¹ y M. Inzitari²

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

Objetivos: Las Unidades de Subagudos de hospitales de atención intermedia acogen pacientes crónicos reagudizados derivados desde urgencias. Para su correcto funcionamiento y mejora de resultados se necesita una adecuada selección de estos pacientes en urgencias. Nuestro estudio analiza la asociación de varios parámetros de la valoración geriátrica con los resultados posteriores. Existen escalas pronósticas en pacientes geriátricos agudos, de las cuales utilizamos la escala ISAR (Identifications of Seniors At Risk), diseñada y validada para identificar pacientes ancianos en riesgo en urgencias. El objetivo es conocer su asociación con los resultados al alta y durante 3 meses.

Métodos: Desde urgencias del Hospital Vall d'Hebron se envían pacientes crónicos reagudizados a la Unidad de Subagudos del Parc Sanitari Pere Virgili, previamente valorados por la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS). Recogemos datos epidemiológicos, clínicos (enfermedad aguda, oxigenoterapia, tratamiento, delirium, úlceras), escalas funcionales (Barthel), de comorbilidad (Charlson) y pronósticas (ISAR). Analizamos la asociación de estas variables con los reingresos, resultados al alta, al mes, y a los 3 meses. Se considera resultado favorable si hay retorno al domicilio/residencia habitual; desfavorable si requiere convalecencia, ingreso hospitalario o exitus.

Resultados: En el análisis univariado de 120 pacientes derivados a la unidad de subagudos (edad media \pm DE = $85 \pm 7,6$ años; 63,2% mujeres), las variables epidemiológicas, los datos clínicos, y la comorbilidad (media índice Charlson = 2,39) no muestran una asociación estadísticamente significativa con los resultados al alta, al mes y 3 meses. Una puntuación > 4 en la escala ISAR se asocia con resultados desfavorables, siendo estadísticamente significativo al alta ($p < 0,001$), al mes ($p < 0,001$) y 3 meses ($p < 0,001$). Pacientes con índice de Barthel previo < 50 también presentan una correlación estadísticamente significativa con peores resultados al alta ($p = 0,05$), al mes ($p = 0,03$) y 3 meses ($p < 0,001$). Sólo 7 pacientes reingresan por misma enfermedad.

Conclusiones: En nuestra muestra, la puntuación de ISAR recogida en urgencias y el índice de Barthel previo han mostrado ser buenas herramientas para mejorar la selección de pacientes tributarios de

ingreso en unidades de subagudos. Creemos que el cribaje en urgencias mediante la utilización de estas escalas podría conseguir una mejor selección de pacientes, optimizando recursos sociosanitarios disponibles y mejorando resultados.

PC-121. VALORACIÓN COGNITIVA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA PRIMERA VISITA DE UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

S. Solsona Fernández, N. Quílez Salas, R. Vial Escolano, M. Forcano García y P. González García
Hospital San José. Teruel.

Objetivos: Conocer el perfil cognitivo y los síntomas psicoconductuales más frecuentes de los pacientes que acuden a la primera visita en nuestra consulta externa.

Métodos: Se registraron los datos de la historia clínica de todos los pacientes atendidos en primera visita en Consultas de Geriátría del Hospital San José de Teruel durante el año 2012. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, domicilio, situación funcional (Índice de Barthel (IB) e Índice de Lawton (IL)), situación cognitiva (MEC, Set-test y test del reloj de Schulman), procedencia de la derivación y síntomas conductuales. Realizamos un estudio descriptivo, transversal. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: La muestra obtenida fue de 332 pacientes, un 63,6% de mujeres con una edad media 82,37 años. Socialmente, residían en domicilio (83,7%) a cargo del cónyuge (38,3%) o un hijo (28,6%). Funcionalmente, la mediana IB previo fue de 90 y en consulta 85 y el IL basal de 1. En cuanto a la procedencia de la derivación, el 78,35 era de equipos de Atención Primaria. Los test neuropsicológicos presentaron una mediana del MEC de 23/35 (demencia: 66,1%), del Reloj Schulman 5/9 (demencia: 71,5%) y del Set-test 28/40 (demencia: 11,1%). Cumplían criterios clínicos de deterioro cognitivo leve el 40,1% y de demencia el 50% (mediana GDS: 3). En la primera visita la sospecha diagnóstica fue enfermedad de Alzheimer en 15,1%, demencia vascular en 18,7%, mixta 18,5%, quedando pendientes de filiar el 46,1%. Presentaban síntomas psicoconductuales el 63%, siendo los más frecuentes la irritabilidad o ansiedad (28,6%), la depresión (34,6%), el insomnio (18,7%) y la agitación psicomotriz (16,3%).

Conclusiones: Un alto porcentaje de los pacientes estudiados, cumple criterios clínicos y presenta test de screening positivos para demencia en la primera visita a nuestras consultas, precisando la realización de pruebas complementarias para intentar filiar su etiología posteriormente. Los pacientes que acuden a nuestra consulta presentan trastornos de conducta asociados a la demencia en número elevado, condicionando sobrecarga en el entorno familiar y sanitario que demanda nuestra intervención.

PC-122. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CAÍDAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA EN 2 UNIDADES: MEDIA ESTANCIA Y RESIDENCIA

J. Catena, M.L. Gallego, M. Monferrer, P. García, I. Sánchez y S. Martín
Hospital Sant Andreu. Manresa.

Objetivos: Analizar la incidencia de caídas en el paciente con demencia. Valorar las circunstancias de las caídas, así como sus consecuencias.

Métodos: Análisis de caídas registradas al 2012 en 2 unidades con pacientes con demencia: media estancia y residencia. Se ha recogido: nº caídas, nº pacientes, circunstancias, lugares y consecuencias, riesgo de caída Escala Dowton (caídas previas; medicamentos; déficit sensorial; estado mental; caminar). Perfil del usuario: Unidad Media Estancia Demencias (UMED): pacientes post-agudos que ingresan para realizar convalecencia, situación funcional y cognitiva: leve-moderada, moderada y moderada-grave. Unidad de Demencia-Resi-

dencia (UD-R): pacientes fase crónica, situación funcional y cognitiva: moderada, moderada-grave y grave.

Resultados: Nº pacientes total: UMED: 231 pacientes; UD-R: 91 pacientes. Escala Dowton: valor ≥ 3 alto riesgo de caídas; UMED: 224 pacientes; UD-R: 79 pacientes. Nº pacientes que han sufrido caídas: UMED 63 pacientes, > 1 caída 32 pacientes; UD-R 32 pacientes, > 1 caída 15 pacientes. Pacientes con caídas: UMED: Dowton ≥ 3 : 62 pacientes; UD-R: Dowton ≥ 3 : 30 pacientes. Nº de caídas: UMED: 123 caídas; UD-R: 86 caídas. Lugar: UMED: 29 caídas en habitación, 6 en WC habitación, 73 en espacios comunes, 15 en WC comunitario; UD-R: 36 caídas en habitación, 13 en WC habitación, 34 en espacios comunes, 3 en WC comunitario. Circunstancia: UMED: 74 caídas caminando, 29 desde silla, 11 desde cama, 9 transferencias; UD-R: 52 caídas caminando, 12 desde silla, 4 desde cama, 18 transferencias. Consecuencias post-caídas: UMED: Sin consecuencia: 91 caídas. Con consecuencia: 32 caídas. Herida: 15 caídas. Contusión-hematoma: 16 caídas. Fractura: 1 caída; UD-R: Sin consecuencia: 73 caídas. Con consecuencia: 13 caídas. Herida: 3 caídas. Contusión-hematoma: 10 caídas. Fractura: 0 caídas.

Conclusiones: Prácticamente todos los pacientes que ingresan en las dos unidades de demencias tienen riesgo de caídas. La incidencia de caídas es elevada, también la reincidencia. Las caídas se acompañan con frecuencia de una mayor comorbilidad. El más importante predictor de caídas es el análisis global de la situación física y funcional del paciente en el momento de la valoración, así como el historial de caídas. Actuaciones: análisis más profundo de los factores precipitantes de las caídas y establecer un plan de actuación individualizado preventivo.

PC-123. ¿ES NECESARIO UN CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO QUE INGRESA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE AGUDOS?

B. González Glaría

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Justificar la necesidad de cambio del modelo asistencial de atención a pacientes que ingresan en cirugía vascular y por extensión en servicios quirúrgicos.

Métodos: Datos (demográficos, antipersonales, s. geriátricos, s. funcional y exitus) de pacientes valorados en interconsulta (ic) por geriatría. Estudio descriptivo y analítico general y se comparan los datos de cirugía vascular - ortopedia -traumatología (estos últimos no valorados por modelo interconsultor sino dentro de una unidad funcional ortogeriátrica).

Resultados: 280 interconsultas desde septiembre 2009 a marzo 2012. Tiempos (días): estancia 18,84; realización ic 5,53; respuesta ic 2,04; seguimiento 12,23. Servicios solicitantes: quirúrgicos 203; no quirúrgicos 63. Qx vascular 100; ortopedia 69; digestivo 26; psiquiatría 21; qx general 14; neurología 12; neumología 9; cirugía torácica 9; cirugía cardíaca 5; cardiología 2; oncoterapia 2; hematología 1; anestesia 1). Edad 83,71; 54,5 mujeres. De domicilio 65,1. Alta: domicilio 40,2, UME 9,7, perdidos 28,2, exitus 12,5. Diagnóstico ic: múltiple: IC 21,5%, s. confusional 19,8. Comorbilidad (%): HTA 67,5; DM 23,4; FA 29,2, DL 27,9; artrosis 24,3, ins renal 23,5; CP 19,6; IC 17,9; osteoporosis 15,4; EPOC 11,4. S. geriátricos: alt. sueño 26,1; depresión-ansiedad 26; demencia 24,6; estreñimiento 15,7; alt. conductual 12,9; dolor 11,4; adelgazamiento 10,7; def. visual 7,5; caídas 6, disfagia 5,7; def. auditivo 5,4. Funcional: Lawton 2,6 (0: 52,8; 1: 6,5; 2: 5,1; 3: 7,1; 4: 3,4; 5: 2,5; 6: 1,4; 7-8: 13,2). Barthel 68,5 (0-30: 23,4; 30-50: 10,3; 50-70: 6,1; 70-95: 27,3; 100: 32,6). Análisis comparativo ortopedia/traumatología/cirugía vascular: Edad: fx de cadera $>$ qx vascular $>$ ortopedia (85,72; 84,4; 81,22). Predominio mujeres pacientes de traumatología/ortopedia. Estancia media: 16,93 ortopedia; 19,74 vascular; 10,5 traumatología. No diferencias en tiempo de seguimiento. Antecedentes personales: qx vascular más CPI, IC, DM, i. renal; traumatología y ortopedia más artrosis, osteoporosis. Más frecuencia de demencia, alteración conductual, pérdida de peso y

más déficit visual en los de traumatología y vascular y más dolor crónico en ortopedia. Peores parámetros funcionales vascular > traumatología > ortopedia.

Conclusiones: 1. Los pacientes valorados de cirugía vascular son mayores, con mayor comorbilidad y síndromes geriátricos así como con peor situación funcional lo que marca una situación de mayor fragilidad que se ve reflejado en una mayor mortalidad intrahospitalaria. 2. Modelos como las unidades funcionales de ortogeriatría con intervención desde el momento del ingreso han demostrado beneficios en términos de morbilidad, funcionales y económicos. 3. Creemos justificado la creación de unidades funcionales en otros servicios quirúrgicos para el seguimiento desde el mismo momento del ingreso según el modelo apoyado desde la geriatría (identificación proactiva de las personas más frágiles para intervenir antes de que aparezcan los eventos adversos).

PC-124. ¿BASTA EL MNA PARA DETECTAR MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS?

M. González Calzado, B. Samper Lamenca y P. Pelaez González
Residencia Ballesol. Zaragoza.

Objetivos: Relacionar los resultados obtenidos en el MNA que indican riesgo de malnutrición o malnutrición con parámetros antropométricos y analíticos, que en ocasiones no se corresponden con dicha malnutrición.

Métodos: Estudio descriptivo durante los 6 últimos meses en 71 ancianos internos de una residencia de los cuáles 34 presentan riesgo o malnutrición en el MNA. El resto de factores que se toman en cuenta son: tipo de dieta, parámetros antropométricos y analíticos asociando el pliegue tricipital y los niveles de colesterol a desnutrición energética, y las circunferencias braquiales y de la pantorrilla con los niveles de albúmina en sangre con desnutrición proteica y existencia de sarcopenia. En el cribaje del MNA se valora la movilidad y problemas neuropsicológicos, factores de riesgo en sí mismos que contribuyen a que la puntuación sea baja. De hecho de los 34 residentes, 27 precisan silla de ruedas, además 29 tienen deterioro cognitivo, por esto vamos a basarnos en datos analíticos y antropométricos.

Resultados: De los parámetros valorados en los 34 residentes en riesgo, señalar que el 91,17% de los residentes tiene un IMC mayor a 20, este mismo porcentaje hemos obtenido respecto al número de leucocitos en sangre. Referente a la nutrición proteica, la albúmina, en el 52,94% de los residentes está dentro del rango, la circunferencia braquial en el 85,29% es superior a 22 cm y la circunferencia de la pantorrilla en el 64,70% es superior a 31 cm. Y con respecto a la nutrición calórica el colesterol está dentro de los límites normales en el 79,41% de los residentes y el pliegue tricipital en el 88,23%.

Conclusiones: La evaluación MNA es concluyente, puesto que la pérdida de autonomía y de capacidad cognitiva son factores de riesgo en sí mismas, pero, debemos tener en cuenta también otra serie de parámetros antes de modificar o suplementar la dieta de un residente en el que aparece riesgo o malnutrición, ya que partimos de la base de que la dieta en ancianos institucionalizados está controlada y es equilibrada y están recibiendo los cuidados precisos.

PC-125. PRONÓSTICO FUNCIONAL EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE FÉMUR PROXIMAL

G. Fabregat Gómez, H.D. Núñez Cámara y L. Morlans Gracia
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: 1. Describir las características del paciente que ingresa en un programa completo de Ortogeriatría. 2. Conocer las complicaciones clínicas que se presentan. 3. Identificar los factores de mal pronóstico funcional.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo con los pacientes diagnosticados de fractura de cadera osteoporótica y cumplen el pro-

grama de Ortogeriatría (S^o Traumatología - Hospital San Jorge y S^o Geriatría - Hospital Sagrado Corazón de Jesús) durante el año 2011, en Huesca. Analizando: edad, sexo, convivencia, estado civil, índice de Barthel, estado cognitivo previo, presencia de FRCV y fracturas vertebrales. Tipo de fractura, ASA, tiempo de espera prequirúrgica, tipo anestesia, tiempo a sedestación e inicio rehabilitación, estancia hospitalaria, ganancia funcional, alteraciones analíticas, complicaciones clínicas y necesidad de psicotropos.

Resultados: Se estudian 74 pacientes (mujeres 86,5%). Edad media $86,51 \pm 4,653$ años. El 50% proceden de su domicilio. El 67,6% eran viudos. El 60,8% presentan previamente dependencia funcional ligera. Presentaban deterioro cognitivo previo el 36,5%. La fractura más frecuente fue la pertrocanterea: 54,1%. Tenían FRCV el 79,7% y fractura vertebral el 5,4%. El 71,7% presentaban un ASA de 3 o 4. El 48,6% fueron intervenidos bajo anestesia general. Estancia media prequirúrgica $4,44 \pm 3,112$ días, se inició la sedestación a los $2,51 \pm 1,422$ días y rehabilitación a los $5,6 \pm 3,187$. La estancia media en Traumatología fue de $11,77 \pm 3,981$ días y en la unidad de RHB 18,56 días. Sufrieron complicaciones clínicas el 60,8%, significativamente más en convalecencia. Precisaron psicotropos el 47,3%. El 73% mejoraron funcionalmente, de estos el 78% en RHB. En analítica previa, la media de parámetros: Hb 11,8 g/dL, urea 58,55 mg/dL, creatinina 1,18 mg/dL, albúmina 3,3 g/dL. Existe una relación significativa entre ausencia de ganancia funcional con obesidad y fractura vertebral previa.

Conclusiones: El perfil sociodemográfico más frecuente en Ortogeriatría es octogenaria viuda residente en su domicilio con independencia para deambular, sin deterioro cognitivo previo y con factores de riesgo cardiovascular. Presentar obesidad y fractura vertebral pueden ser un factor de mal pronóstico funcional en pacientes con fractura osteoporótica de fémur. Las Unidades de Ortogeriatría son útiles para clasificar a los pacientes geriátricos que pueden beneficiarse de un programa de rehabilitación.

PC-126. INFLUENCIA DE LAS COMORBILIDADES Y LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EQ-5D: ESTUDIO EN PERSONAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

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

Objetivos: El objetivo es analizar la influencia de las comorbilidades y síndromes geriátricos en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medida en las cinco dimensiones del EQ-5D (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar, y ansiedad y depresión) en personas atendidas en un hospital de día de pacientes crónicos complejos (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 en el estudio, 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), disfgia orofaríngea (Test de volumen viscosidad), y la calidad de vida percibida mediante el EuroQol-5D que consta de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión; y también una escala visual analógica (EVA), con rango de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud). Para analizar la influencia de los problemas crónicos más prevalentes en la CVRS se ajustaron modelos de regresión logística tomando como variable dependiente cada dimensión del EQ-5D y controlando por variables sociodemográficas.

Resultados: Se estudiaron 101 pacientes (62,4% mujeres), edad media de 86,0 (6,0) años. Los problemas crónicos de salud que influyeron negativamente en la CVRS estudiados, fueron trastornos del sueño o insomnio (OR: 3,9-6,4) e incontinencia urinaria (OR: 4,2-5,2) en tres dimensiones; caídas previas (OR: 2,8-5,2) y sexo masculino (OR: 3,7-4,7) en dos dimensiones; incontinencia fecal (OR: 3,3), disfagia orofaríngea (OR: 10,9), e insuficiencia cardíaca (OR: 5,7) en una dimensión. Estos problemas afectaron de forma distinta a las dimensiones del EQ-5D.

Conclusiones: El sexo masculino, la insuficiencia cardíaca y especialmente la presencia de síndromes geriátricos en PCC influyen de forma muy negativa en la calidad de vida. Estos resultados confirman que la atención geriátrica debe focalizarse en la atención de la mejora de la salud y calidad de vida de los ancianos.

PC-127. DIFERENCIAS EN LA TIPOLOGÍA DE PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE RESIDENCIA

G. Guzmán Gutiérrez, B. García García, M.M. Menéndez Campos, L. López Villarme, M. García Ríos y J.J. Solano Jaurieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar las posibles diferencias clínicas, funcionales, mentales y nutricionales de pacientes mayores ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatria en función de su lugar de residencia (domicilio particular o residencia de ancianos).

Métodos: Estudio epidemiológico transversal que incluye los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Área de Gestión Clínica de Geriatria del Hospital Monte Naranco en los meses de julio y agosto de 2012. Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, estancia media, sexo y procedencia), clínicas (diagnósticos al ingreso, enfermedades más prevalentes y número de diagnósticos) funcionales (índice de Barthel al ingreso), mentales (test de Pfeiffer) y de valoración del riesgo de úlceras por presión (escala Braden) y de malnutrición (Mini Nutritional Assessment o MNA).

Resultados: 92 sujetos fueron incluidos en el estudio: edad media 85,3 \pm 5,23 años, 65,2% mujeres, Barthel medio 46,1 \pm 32,88, Pfeiffer 3,65 \pm 2, Braden 16,3 \pm 3,1, y MNA 19,6 \pm 4,5. El 34,8% estaba institucionalizado en una residencia y el 65,2% residía en domicilio particular. Las mayores causas de ingreso fueron por insuficiencia respiratoria aguda 28,6% (50% residencia vs 38,3% domicilio), infección urinaria 14,3% (18,8% vs 11,7%), insuficiencia cardíaca 20,9% (6,25% vs 28,3%). Presentaron una estancia media de 8,99 \pm 5,4 (9,97 \pm 5,5 residencia vs domicilio 8,47 \pm 5,40; $p > 0,05$), con una media de diagnósticos de 5,71 \pm 2,3 (6,16 \pm 2,93 vs 5,5 \pm 1,8; $p > 0,05$); demencia el 27,2% (46,9% vs 16,7%; $p < 0,05$) y cardiopatía el 67,4% (50% vs 76,7%; $p < 0,05$). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en el Barthel (25,63 \pm 28,33 residencia vs 57,0 \pm 29,94 domicilio; $p < 0,001$), Pfeiffer (5,31 \pm 2,44 vs 3,15 \pm 2,56; $p < 0,004$), Escala de Braden (14,56 \pm 2,92 vs 17,15 \pm 2,88; $p < 0,001$) y MNA (16,64 \pm 4,34 vs 20,45 \pm 4,23; $p < 0,004$).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, los pacientes procedentes de residencias presentan mayor deterioro funcional y cognitivo, así como mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión y situaciones de malnutrición.

PC-128. ANGIOPLASTIA EN EL PACIENTE MUY ANCIANO: DESCRIPCIÓN DE RIESGOS Y SEGUIMIENTO

J. Piqueras Flores, V. Hernández Jiménez, A.L. Moreno Reig, M.T. López Lluva, A. Moreno y V. Mazoterías Muñoz
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de ingreso hospitalario cuya incidencia aumenta con la edad. Debido al envejecimiento progresivo de la población, el porcentaje de

pacientes ancianos hospitalizados por esta patología es cada vez mayor. En la práctica clínica se suele ser menos agresivo por el riesgo de complicaciones tras la angioplastia percutánea (ACTP).

Objetivos: Evaluar el perfil del paciente octogenario sometido a revascularización coronaria, las posibles complicaciones, la morbi-mortalidad intrahospitalaria y a los 6 meses.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ≥ 85 años ingresados por síndrome coronario agudo sometidos a ACTP desde marzo 2010 a marzo 2011. Se revisaron las historias clínicas del ingreso y se hizo un seguimiento telefónico a los 6 meses.

Resultados: 29 pacientes ≥ 85 años fueron sometidos a ACTP, con edad media de 87,1 siendo el 66,7% varones. Presentaban Barthel medio 90. Como antecedentes destacaban HTA (84%), diabetes mellitus (56%), dislipemia (57,7%) y cardiopatía isquémica (30,8%). De las 29 ACTP realizadas, 37% fueron angioplastias primarias, con revascularización de vaso diana en el 85,2%. El hallazgo angiográfico más frecuente fue enfermedad coronaria de 2 vasos (29%) y en el 63% de los casos la revascularización fue completa. Como complicaciones periprocedimiento hubo un caso de pseudoaneurisma femoral, sin IAM periprocedimiento ni sangrados. Las principales complicaciones durante ingreso fueron la caída en fibrilación auricular (36%) e insuficiencia cardíaca (24%). El porcentaje de infección y agitación durante el ingreso fue 8%. Un paciente falleció por shock cardiogénico. El 100% de los pacientes se fue de alta con doble antiagregación y 76% con betabloqueantes. Preservaban la funcionalidad al alta (Barthel del alta 80). En el seguimiento a 6 meses, ninguno falleció ni reingresó por evento cardiovascular, sin ningún episodio de hemorragia mayor manteniéndose en la misma situación basal.

Conclusiones: La incidencia de complicaciones en pacientes muy ancianos sometidos a ACTP es baja pese haber alta prevalencia de enfermedad coronaria severa y de una revascularización completa, sin problemas hemorrágicos en pacientes con doble antiagregación. El pronóstico cardiovascular a corto-medio plazo es bueno preservando un estado funcional adecuado.

PC-129. ENCEFALITIS HERPÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

D.B. Castillo Neira y M. Rodríguez Couso
Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción y objetivos: La encefalitis herpética (EH) es la causa más frecuente de encefalitis aguda necrohemorrágica en países occidentales, causada en más del 90% por el VHS-1. Es una patología infrecuente (incidencia: 1-4/1.000.000 casos por año) y grave con una elevada tasa de morbi-mortalidad. El diagnóstico se basa principalmente en la clínica sugestiva, neuroimagen anatómica (RMN/TAC cerebral) y PCR para ADN del VHS en líquido cefalorraquídeo (LCR).

Métodos: Descriptivo, retrospectivo del caso de una mujer de 81 años con buena situación basal, antecedentes de cefalea crónica y poliartritis, que acude a urgencias por cuadro de 2 días de evolución consistente en cefalea, mano torpe y parestesias en hemicara izquierda y fiebre. Exploración: destaca fuerza: 3/5 mano izquierda, hipoestesia de hemicara y mano izquierda y probable hemianopsia homónima izquierda. En urgencias se objetiva sedimento de orina patológico y la TAC cerebral no muestra hallazgos agudos, ingresando en planta con sospecha diagnóstica de ictus isquémico e ITU concomitante.

Resultados: Inicia antibioterapia empírica que no precisa rotación según antibiograma de urocultivo con *Proteus mirabilis* recibido a las 72 horas, quedándose afebril, pero persistiendo focalidad neurológica. La RMN cerebral al 5º día de ingreso no muestra hallazgos agudos. Al 7º día de ingreso presenta episodio de desconexión súbita del medio con crisis focales en hemicara izquierda compatible con crisis parciales complejas. Una nueva TAC cerebral urgente continúa siendo normal y EEG urgente objetiva foco epileptógeno temporal derecho. Ante la sospecha de encefalitis, como primera posibilidad etiológica

la herpética, se realiza punción lumbar y se inicia tratamiento con aciclovir iv y perfusión iv de ácido valproico. La PCR del LCR a las 12 horas es positiva para VHS-1. A partir de entonces desaparecen focalidad neurológica y cefalea. Al 18º día de ingreso presenta nuevo episodio de crisis comicial, añadiéndose levetiracetam y presentando desde ese día delirium y apraxia ideomotora y de la marcha, con mejoría parcial al alta con terapia ocupacional diaria.

Conclusiones: 1) La encefalitis en ancianos puede confundirse con un ictus. 2) La EH tiene una alta morbi-mortalidad resultando fundamental un diagnóstico precoz e inicio de tratamiento de forma empírica con aciclovir iv.

PC-130. DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA: ACTITUD TERAPÉUTICA EN PRIMERA VISITA

N. Quílez Salas, S. Solsona Fernández, P. González García, R. Vial Escolano y M. Forcano García
Hospital San José. Teruel.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes con criterios clínicos de demencia y la actitud terapéutica previa y posterior a la primera visita.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo, transversal. Registramos datos de la historia clínica de todos los pacientes que cumplían criterios clínicos de demencia atendidos en primera visita en Consultas de Geriátría del Hospital San José de Teruel durante el año 2012. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, situación funcional: Índice de Barthel (IB) e Índice de Lawton (IL), situación cognitiva (MEC, Set-test y test del reloj de Schulman), tipo de síntomas conductuales y tratamiento para demencia y/o conducta previo y tras la visita. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: Cumplían criterios clínicos de demencia 166 pacientes, con edad media 82,8 años, 63,9% mujeres. El IB previo era de 85, al ingreso 75; el IL: 1. La mediana de los test neuropsicológicos: MEC: 17 (GDS 4-5), reloj: 3 y Set-test: 23. La sospecha etiológica fue en 25,3% de los casos demencia vascular y en 24,1% enfermedad de Alzheimer. Presentaron trastornos de conducta el 75,3%, siendo los más frecuentes: Irritabilidad/ansiedad (38,6%), depresión (28,9%) y agitación (27,7%). Al ingreso el 21,7% seguían tratamiento con IACES (18,7%) o memantina (3%). Tras la visita iniciamos tratamiento en el 22,3%: IACES (14,5%) y memantina (7,2%). Los psicofármacos más utilizados previamente eran antidepresivos (25,9%) y ansiolíticos (23,4%), y un 12,2% de pacientes tomaba psicofármacos sin presentar trastorno conductual. En consulta iniciamos: neurolépticos (16,9%) y antidepresivos (6%).

Conclusiones: En nuestro medio el paciente con sospecha clínica o demencia diagnosticada que acude por primera vez a Geriátría presenta una situación funcional aceptable, con empeoramiento leve previo a la consulta, y un grado de deterioro cognitivo moderado. El tratamiento de novo es similar al de los pacientes ya tratados, con aumento de la utilización de memantina. Los neurolépticos son los fármacos más utilizados para control conductual. Destaca el% de pacientes sin trastornos que lleva tratamiento con psicofármacos desde Atención Primaria, probablemente por no reevaluar la indicación tras ceder los episodios de alteración conductual.

PC-131. PERFIL DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA EN LA PRIMERA VISITA A UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

N. Quílez Salas, S. Solsona Fernández, M. Forcano García, P. González García y R. Vial Escolano
Hospital San José. Teruel.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes que cumplen criterios clínicos de deterioro cognitivo leve y demencia y valorar las diferencias entre ambos grupos.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo, transversal. Se registraron los datos de la historia clínica de todos los pacientes que cumplían criterios clínicos de deterioro cognitivo leve (G1) y demencia (G2) atendidos en primera visita en Consultas de Geriátría del Hospital San José de Teruel durante el año 2012. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, domicilio, situación funcional (mediante Índice de Barthel (IB) e Índice de Lawton (IL), situación cognitiva (mediante MEC, Set-test y test del reloj de Schulman) y síntomas psicoconductuales. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: G1 (133 pacientes): la edad media fue de 82,3 años, 58,6% mujeres. Vive en residencia el 13,5% y en domicilio el cuidador principal es el cónyuge (42,1%) aunque el 11,3% vive solo. Tienen prestación social el 24,8%. El IB previo y al ingreso fue 90. La mediana de los test neuropsicológicos: MEC: 25 (GDS 2), reloj: 5 y Set-test: 31. El 70,7% presentaba algún trastorno de conducta, siendo la depresión (42,9%) el más frecuente. G2 (166 pacientes): la edad media fue de 82,8 años, 63,9% mujeres. Vive en residencia el 20% y en domicilio el cuidador principal es el cónyuge (33,9%) o los hijos (30,9%). Tienen prestación social el 38,6%. El IB previo 85 y al ingreso 75. La mediana de los test neuropsicológicos: MEC: 17 (GDS 3), reloj: 3 y Set-test: 23. El 75,3% presentaba algún trastorno de conducta, siendo la irritabilidad y ansiedad (38,3%) los más frecuentes. Al comparar el perfil de los pacientes de G1 y G2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) en situación funcional según IB, prestación social y trastornos psicoconductuales (depresión).

Conclusiones: Los pacientes con deterioro cognitivo leve presentan menor deterioro funcional que los que tienen demencia establecida, residiendo en domicilio con mayor independencia. La depresión aparece con mayor frecuencia en pacientes con deterioro cognitivo leve, mientras que en demencia es la irritabilidad/ansiedad el trastorno psicoconductual mas prevalente.

PC-132. SITUACIÓN FUNCIONAL Y FRAGILIDAD EN SUJETOS EXTREMADAMENTE LONGEVOS (CENTENARIOS) EN EL DEPARTAMENTO 11 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

J.A. Avellana Zaragoza¹, A. Belenguer Varea¹, F.J. Tarazona Santabalbina¹, M.J. Martínez Domenech¹, R. Carrasco Llorens¹ y J. Gambini Buchón²

¹Hospital de la Ribera. Alzira. ²Universidad de Valencia.

Objetivos: Conocer la situación funcional y la prevalencia de fragilidad de los sujetos de 98 o más años de edad nacidos y residentes en el Departamento de Salud 11 de La Comunidad Valenciana, que nos permita obtener marcos referenciales adecuados a dicha población.

Métodos: Se seleccionan todos los sujetos identificados en la base de datos poblacional SIP con edad mayor de 97 años nacidos y residentes en el Departamento de Salud 11 de La Comunidad Valenciana. De todos se obtuvieron muestras para determinaciones genéticas y analíticas, se les realizó la historia clínica, valoración geriátrica exhaustiva así como diversas pruebas funcionales. Se analiza la Fragilidad por criterios de Fried modificados (punto de corte: quintil inferior de la población estudiada) y se compara con la prevalencia de fragilidad (8,4 a 16,9%) y prefragilidad (41,8 a 48,5%) de mayores de 64 o 69 años de otros estudios españoles. Los datos se introdujeron en una base de datos de Access v.2007 y fueron analizados con SPSS v19.

Resultados: La muestra se compone de 28 pacientes, la edad media es de 100,7 años (DE 2,4), máximo de 107 y mínimo de 98. El 78,6% son mujeres y el 21,4% hombres. Solo el 7,4% realiza ejercicio y el 56% tenía un NYHA de 2 o más. El 88,5% no realizaba actividades avanzadas de la vida diaria, el Lawton medio era de 1 (DE 2,0), el Barthel 50,0 (DE 32,8), FAC 2,6 (DE 1,8), Rankin 3.5 (DE 1,2) y el Minimental de 13,2 (DE 10,3), el 21,4% había sufrido al menos una caída en los últimos 3 meses. Empleando los criterios de Fried, el 7,4% de los pacientes eran robustos, el 74,1% prefrágiles y el 18,5% frágiles.

Conclusiones: Más del 90% de los sujetos extremadamente longevos (centenarios) presentan 1 o más criterios de fragilidad, con una elevada prevalencia de prefrágiles, mayor que la de sujetos mayores (64 o más) obtenida en otros estudios españoles.

PC-133. ENDOCARDITIS SOBRE MARCAPASOS

C.A. Colato López, M. Rodríguez Couso y M. Hornillos Calvo
Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: La infección del sistema de marcapasos es una complicación grave e incluso letal. Puede limitarse a una infección local o llegar a producir una endocarditis relacionada con MP o DAL. Los principales agentes infecciosos son *S. aureus*, *S. epidermidis*.

Caso clínico: Mujer de 84 años, portadora de prótesis biológica aórtica, mitral mecánica, y marcapasos monocameral por fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta. Acudió a consulta de Geriátría para control clínico. Refería disnea de pequeños esfuerzos de 2 semanas de evolución; coincidiendo con alta de observación de urgencias, donde permaneció 24 horas por proceso pseudogripal, recibiendo azitromicina vía oral, pendiente resultado de hemocultivos extraídos. Refería astenia, hiporexia, y febrícula intermitente. En consulta se vieron hemocultivos positivos para *Staphylococcus epidermidis*. Se extrajeron hemocultivos ese mismo día, y 48 horas estando afebril; observándose empeoramiento clínico y analítico con anemia significativa. Ingresa con diagnóstico de sospecha de endocarditis sobre válvula protésica vs bacteriemia persistente por *S. epidermidis* en paciente portadora de MP. Se inició antibioterapia según antibiograma con cloxacilina, gentamicina y rifampicina. Situación funcional buena, caminaba con ayuda de 1 persona limitada por disnea de moderados esfuerzos y no presentaba deterioro cognitivo. En la exploración destacaba hipotensión arterial, taquicardia, febrícula de 37,5 °C y taquipnea. Presentaba hemorragias en astillas sub-ungueales y subconjuntivales en ojo izquierdo. Analíticamente mostraba leucocitosis con neutrofilia, creatinina de 2,29, LDH 572 y PCR 112. El ecocardiograma transtorácico y transesofágico no mostró imágenes sugestivas de endocarditis. Una TAC toraco-abdomino-pélvica no identificó patología significativa. Ante la persistencia de fiebre, con hemocultivos estériles y sospechando el origen de la bacteriemia podría ser el cable del marcapasos, se realizó interconsulta a Cardiología; apoyando la sospecha diagnóstica, solicitando traslado al servicio de cirugía cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid para retirada del marcapasos. A su regreso; siendo portadora de MCP bicameral, presentó progresiva mejoría clínica, analítica y funcional, siendo dada de alta hospitalaria. Continuó seguimiento en consulta de Unidad de Día de Geriátría con alta de la misma recientemente.

PC-134. RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

E.H. Azaña Fernández y Y.R. Davila Barboza
Hospital San Juan de Dios. León.

Introducción: Las unidades de Ortogeriátría permiten un manejo coordinado entre Traumatología y Geriátría de los pacientes ingresados con fractura de cadera con una mejoría en la atención médica, optimización de la programación pre-quirúrgica, reducción de efectos adversos e inicio precoz de la rehabilitación.

Objetivos: Evaluar los resultados de una Unidad de Ortogeriátría en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio prospectivo de seguimientos de los pacientes ingresados con fractura de cadera en una Unidad de Ortogeriátría de enero a junio de 2012. Se recolectaron datos obtenidos a través de la Valoración Geriátrica Integral; se aplicaron los criterios STOPP/START para valorar la prescripción inadecuada de fármacos.

Resultados: Se evaluaron 74 pacientes con una edad media de 87,26 ± 7,07 años, siendo el 86,6% mujeres. El 40% vivían en residencias Geriátricas. El 28,88% presentaba demencia. El 50% presentaba polifarmacia (> 5 fármacos), se detectó excesiva polifarmacia (≥ 10 fármacos) en un 19%. La aplicación de los criterios STOPP (H: Fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse) mostró que el 41,6% de pacientes usaba al menos 1 fármaco que incrementaba el riesgo de caídas; en prevalencia descendente: benzodiazepinas (41,6%); opiáceos a largo plazo (13,8%); neurolépticos (11,1%); antihipertensivos (2,7%). Tipo de fractura: subtrocanterea (6,66%); pertrocanterea (51,1%) y subcapitales (42,2%). En el estudio pre-operatorio el 36,95% de los pacientes presentaban anemia. De los cuales: anemia leve (68,42%); moderada (21,05%) y grave (10,52%). 4 pacientes precisaron transfusión de hematíes previo a la intervención. El tiempo de espera pre-operatorio fue de 1,73 ± 1,03 días; la estancia hospitalaria fue de 11,82 ± 2,12 días. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 2,7%.

Conclusiones: La polifarmacia y el consumo de fármacos que incrementan el riesgo de caídas es muy alto, es recomendable el uso de herramientas como los criterios STOPP/START para su identificación. Existe una alta prevalencia de anemia pre-operatoria, es necesario realizar un estudio analítico al ingreso para identificar su etiología. Su estudio nos permitirá realizar un mejor manejo de la anemia post-operatoria, la cual es altamente prevalente.

PC-135. SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y EJERCICIO FÍSICO. ¿QUÉ EFECTOS TIENE SU USO COMBINADO EN LOS MAYORES SANOS DE 65 AÑOS Y MÁS?

A. Vázquez Morales¹, J. Sanz Valero^{1,2} y C. Wanden Berghe³

¹Universidad de Alicante. ²Universidad Miguel Hernández. Alicante.

³Hospital Universitario de Alicante/Universidad CEU Cardenal Herrera. Alicante.

Objetivos: La múltiple oferta de recursos en torno a la nutrición y prevención de sarcopenia, motiva este estudio, a revisar sistemáticamente la evidencia existente en la literatura científica para conocer los efectos sobre el sistema musculoesquelético de los suplementos combinados con el ejercicio físico en ancianos sanos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Descriptores utilizados "MeSH": Fuerza muscular "Muscle Strength" y Suplementos dietéticos "Dietary Supplements". Límite: "Humanos" y "personas mayores de 65 años". Bases de datos: MEDLINE, EMBASE, ISI, CINAHL, COCHRANE y LILACS. Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados publicados en revistas indizadas en base de datos internacionales sujeta a revisión por pares y cuyo texto completo pudo ser recuperado. Criterios de exclusión: documentos relevantes pero con patología asociada o discapacidades. Igualmente aquellos que no basan su estudio en la población diana de interés (ancianos sanos) y que no implementan un programa de entrenamiento dentro de la intervención. Las ecuaciones de búsqueda se desarrollaron en la base de datos MEDLINE, vía PubMed, mediante la utilización de conectores booleanos, adaptándose posteriormente a las bases de datos mencionadas.

Resultados: De los 8 artículos seleccionados para la revisión, algunos estudios combinan suplemento con diversas formas de entrenamiento y otros diferentes suplementos con el entrenamiento con resistencia. Los suplementos administrados fueron: suplemento proteico (bebible), creatinina, vitamina D y calcio. El entrenamiento asignado fue de resistencia con: pesas, goma y máquinas; ejercicios de equilibrio, orientación y ejercicio aeróbico.

Conclusiones: Combinar el suplemento con ejercicio físico, refuerza los efectos que independientemente cada uno puede tener sobre la mejora de fuerza, balance y velocidad. La mejora del sistema musculoesquelético favorece la movilidad, contribuye a la prevención de la sarcopenia y prolonga la independencia y autonomía de las personas

mayores. El uso de suplementos debe estar sujeto a un análisis de la ingesta nutricional diaria, las demandas energéticas individuales y la elección de un ejercicio de resistencia física practicado y prolongado en el tiempo, para conservar los beneficios obtenidos.

PC-136. PÉRDIDA DE SANGRE Y TRANSFUSIÓN DE HEMATÍES EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

E.H. Azaña Fernández y Y.R. Davila Barboza
Hospital San Juan de Dios. León.

Introducción: Durante el post-operatorio de una fractura de cadera, una complicación frecuente es la anemia, no existen cifras estandarizadas de hemoglobina que establezcan la indicación de transfusión en todos los casos.

Objetivos: Estudiar la incidencia de pérdida de sangre según el tipo de fractura de cadera y la necesidad de transfusión de hematíes.

Métodos: Estudio prospectivo de seguimientos de los paciente ingresados con fractura de cadera en una Unidad de Orto geriatria de enero a junio de 2012. Se recolecto datos de características clínicas de los pacientes, valores de hemoglobina pre y post operatoria y necesidad de transfusión de hematíes.

Resultados: Se evaluaron 74 pacientes con una edad media de $87,26 \pm 7,07$ años, siendo el 86,6% mujeres. Tipo de fractura: subtrocanterea (6,66%); pertrocanterea (51,1%) y subcapitales (42,2%). La hemoglobina (Hb) media al ingreso fue de $12,34 \pm 1,44$ mg/dl. En el post-operatorio (Hb. control a las 24h) la Hb media fue de $9,65 \pm 1,35$ g/dl. Variaciones de hemoglobina según tipo de fractura: pertrocanterea ($2,3 \pm 1,14$); subcapitales ($2,6 \pm 0,94$) y subtrocanterea ($3,36 \pm 1,53$). No se encontró una diferencia significativa de variación de hemoglobina entre fractura pertrocanterea y subcapital; sí se encontró una diferencia significativa al comparar las subtrocanterea con las otras fracturas de cadera. El 66,6% de los pacientes preciso de transfusión de hematíes, se transfundió un total de 82 concentrados de hematíes. 34 concentrados se administraron a paciente con Hb < 8 mg/dl; 48 concentrados se administraron a pacientes con Hb entre 8-10 mg/dl. Porcentaje de pacientes que preciso transfusión según tipo de fractura: pertrocanterea (74%); subcapitales (52,63%) y subtrocanterea (100%). Concentrados de Hematíes transfundido por paciente según tipo de fractura: pertrocanterea (1,7); subcapitales (1,5) y subtrocanterea (2,2).

Conclusiones: Hasta un 66,6% de pacientes preciso transfusión de hematíes, siendo los pacientes con fractura subtrocanterea los que presentaron una mayor pérdida de sangre y los que requirieron un mayor consumo de concentrado de hematíes. Es necesario establecer protocolos que determinen la indicación de transfusión en aquellos paciente con valores de hemoglobina entre 8-10 g/dl.

PC-137. HEMATOMA POSQUIRÚRGICO EXTENSO TRAS FRACTURA BASICERVICAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

C. Pablos Hernández, A. González Ramírez, N. de Fuentes Juárez, C.I. Persson Martín, J. Sánchez Marugán y A. Viñas López
Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La anemización posquirúrgica es una entidad habitual entre los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Presentamos el caso de un octogenario con sangrado postquirúrgico de causa infrecuente en el que la intervención multidisciplinar es la clave tanto para un diagnóstico precoz como para la resolución del cuadro subyacente.

Caso clínico: Paciente de 81 años de edad que ingresa en Traumatología tras fractura de cadera izquierda para tratamiento quirúrgico. Antecedentes personales: alérgico a metamizol y AAS. HTA en tratamiento farmacológico. Síndrome ansioso-depresivo y reacción de duelo patológica no tratada. Tratamientos previos: ramipril, hidros-

mina, omeprazol. Situación basal: Katz C. Previo al cuadro clínico actual, CRF 1/5. Lawton 2-3/4. Viudo, con dos hijas que realizan supervisión frecuente. Trastorno del ánimo fluctuante, con predominio de la apatía y anhedonia, influyendo de manera significativa en el nivel atencional y en la memoria de fuente y contexto. Exploración física: cambios postquirúrgicos en MII, con hematoma extenso desde región dorsolumbar ipsilateral hasta tercio inferior de miembro intervenido, con extensión al área genital. Importante tumefacción y edema asociado. Analítica en planta: Hb 6,4. Ecografía de MII: gran hematoma en cara interna del muslo izquierdo. Arteriografía MII: pseudoaneurisma bilobulado de rama segmentaria de la arteria femoral profunda. AngioTAC: pseudoaneurisma con importante flujo en rama de femoral profunda izquierda en localización proximal. Se cateteriza supraselectivamente la rama arterial nutricia del pseudoaneurisma, procediendo a su embolización.

Discusión: Las lesiones de la arteria femoral común o de alguna de sus ramas son una complicación infrecuente tras una fractura de fémur proximal (0.21%). Los signos clínicos de dichas lesiones varían en el tiempo, pudiendo cursar como hemorragia aguda o desarrollo posterior de un pseudoaneurisma. El pseudoaneurisma de localización en la arteria femoral profunda puede no manifestarse con los signos clásicos de isquemia, cuadro compartimental o presencia de masa pulsátil, sino como una anemización grave y hematoma extenso relativamente asintomáticos. La realización de angiografía temprana ofrecen la opción tanto de un diagnóstico como de un tratamiento precoz, con vistas a minimizar la alta morbilidad asociada a estos cuadros.

PC-138. SIGNIFICADO DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL MANTENIMIENTO DE LA DESCOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

F. Alzaga, L. Sandoval, N. Morón, J. Martos, C. Vázquez y A. Llopis
Hospital de Mataró.

Objetivos: Valorar la indicación de mantener la descoagulación profiláctica en pacientes con síndromes geriátricos, que se incluirían dentro del perfil de paciente geriátrico

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes descoagulados con acenocumarol con el diagnóstico de fibrilación auricular, que presentaban al menos uno de los tres siguientes síndromes geriátricos: demencia, deterioro funcional referido a transferencias y marcha inestable; y caídas. Se incluyen 50 pacientes consecutivos que seguían controles en consultas externas de Hematología para control de tratamiento con dicumarínicos. Se miden situación cognitiva mediante GDS de Reisberg; situación funcional mediante I. Barthel; trastorno de la marcha y equilibrio mediante test Up&Go y Tinetti; registro de caídas; índice de Charlson de comorbilidad y número de ingresos en un año. Se contabiliza el número de episodios de sangrado con o sin antecedente de traumatismo.

Resultados: 50 pacientes. Edad media 82 años; I. Barthel medio 60; 74% sin deterioro cognitivo; 32% alteración test up&go y Tinetti; Índice de Charlson medio 4; número de ingresos/año 2.3; 22% presentaron al menos un episodio de caída en el último año; 16% presentaron sangrado. De los pacientes que presentaron sangrado, 4 lo fueron de forma espontánea sin antecedente de traumatismo y de diferente localización (digestiva y craneal); mientras que los 13 restantes habían presentado caídas y el sangrado fue siempre intracraneal. Todos los que presentaron caídas tenían I. Barthel < 60; GDS 6-7 y Up&Go y Tinetti alterados, y a su vez Índice de Charlson > 6 y más de dos ingresos anuales.

Conclusiones: Los pacientes de claro perfil geriátrico deben ser monitorizados en el seguimiento de tratamiento anticoagulante, por el alto riesgo de sangrado derivado del impacto que condicionan los síndromes geriátricos, en especial los mencionados anteriormente.

PC-139. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE CAUSA INFRECIENTE: LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ADECUADO DE LAS PATOLOGÍAS COMUNES

A. González Ramírez, C. Pablos Hernández, M.C. Piñeiro Pérez y E. Rodríguez Sánchez
Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El estreñimiento y la impactación fecal son una patología común en ancianos, especialmente en aquellos con un síndrome de inmovilidad asociado. A menudo infratratados, un pobre manejo de los mismos puede conducir a complicaciones que potencialmente amenacen la vida del enfermo, como la úlcera estercorácea. Presentamos el caso de un sangrado digestivo bajo secundario a esta patología inusual, con el descubrimiento posterior de una complicación aún más infrecuente.

Caso clínico: Mujer de 86 años de edad que ingresa por hemorragia digestiva baja de moderada cuantía, con inestabilidad hemodinámica y descenso de hemoglobina de seis puntos. Antecedentes personales: Alérgica a contrastes iodados. HTA y DL en tratamiento farmacológico. Estreñimiento pertinaz de años de evolución. Tratamientos previos: amlodipino, indapamida, omeprazol, simvastatina, alprazolam. Situación basal: Katz D. Lawton 0/8. CRF 2/5. Episodios de desorientación temporal y olvidos de hechos recientes sin trastorno conductual asociado. TAC de abdomen: ampolla rectal distendida con presencia de contenido en su interior, que impide valoración adecuada de pared rectal. Diverticulosis sigmoidea y de colon descendente. Endoscopia digestiva baja: úlcera superficial de bordes planos que ocupa media circunferencia de recto distal, compatible con úlcera estercorácea. RMN de pelvis: comunicación entre recto distal y vagina, de un grosor aproximado de 5 mm y presencia de gas en vagina. Compatible con fístula recto-vaginal. Múltiples divertículos en sigma.

Discusión: Con referencias contadas en la literatura científica, la patogénesis de la perforación estercorácea no está del todo aclarada, si bien parece que el estreñimiento crónico y la formación del fecaloma podrían provocar fenómenos de isquemia local, necrosis de la mucosa, úlcera y finalmente perforación. Las perforaciones suelen afectar al colon rectosigmoideo por sus características anatómicas y fisiológicas (menor cantidad de agua de las heces, poca irrigación vascular y aumento de presión a causa de un diámetro intraluminal más estrecho). En la mayoría de ocasiones la perforación debuta como un abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica de urgencia (peritonitis fecaloidea). Aún más infrecuente que la perforación sigmoidea es el hallazgo de fístulas a órganos vecinos, como en el caso que nos ocupa.

PC-140. ATENCIÓN GERIÁTRICA A LOS PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR. EVOLUCIÓN DE 5 AÑOS. HOSPITAL DE MATARÓ. CSDM

A. Llopis Calvo, I. Crespo Núñez y R. Cristófol Allué
Hospital de Mataró.

Introducción: La intervención geriátrica ha demostrado sus beneficios en los pacientes ancianos que ingresan por fractura de fémur y las principales guías de práctica clínica la recomiendan. Desde el año 2010 en el Hospital de Mataró se ha desarrollado, de forma progresiva, un programa de intervención geriátrica dirigido a los pacientes que ingresan por fractura de fémur (F/F), y desde junio de 2011 se valoran por Geriátrica/Medicina Interna todos estos pacientes, de forma proactiva y durante todo el ingreso.

Objetivos: Evaluar el efecto de la intervención ortogeriátrica en la evolución de los pacientes que ingresan por fractura de fémur. Disminuir la mortalidad. Disminuir las complicaciones. Disminuir estancia media.

Métodos: Pacientes ingresados por fractura de fémur mayores de 65 años. Los ≥ 80 años son valorados por Geriátrica y los < 80 años por Medicina Interna. Metodología: valoración geriátrica integral, revisión de

la historia clínica y de la medicación, desde el ingreso y seguimiento diario conjunto con Traumatología. Prevención y tratamiento de principales síndromes geriátricos (delirium, estreñimiento, desnutrición). Trabajo en equipo interdisciplinar, reuniones semanales. Planificación precoz del alta. Seguimiento posterior y prevención secundaria: caídas y osteoporosis.

Resultados: Presentamos los datos de los años 2008-2012. El número de pacientes > 65 años que ha ingresado por F/F se mantiene estable los últimos 5 años y oscila entre 247-282. La mayoría son > 80 años. Estancia media en días: 2008: 11,58, 2009: 11,30, 2010: 10,5, 2011: 9,9, 2012: 9,74. Mortalidad: 2008: 6,8%, 2009: 5%, 2010: 3,5%, 2011: 4,46%, 2012: 4%.

Conclusiones: La implantación de programas de atención geriátrica en los ancianos que ingresan por F/F ha mejorado la calidad asistencial, ha disminuido las complicaciones, la estancia media y la mortalidad.

PC-141. NONAGENARIOS DERIVADOS A LA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA. PARTICULARIDADES CLÍNICAS DE ESTOS PACIENTES

S. Jiménez Mola, K. López López, F.J. Idoate Gil, M.D.P. López Viñas y J. Andrés Vicente
Complejo Asistencial de León.

Objetivos: Analizar el perfil demográfico de los pacientes nonagenarios derivados a nuestra consulta.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal. Se incluyeron todos los pacientes nonagenarios vistos como primeras consultas en la Unidad de Geriátrica entre enero-diciembre del 2011. Se recabaron las variables: Género, antecedentes, motivo de consulta, Índice de Barthel, número de fármacos y situación sociodemográfica. Análisis estadístico mediante IBM SPSS statistics.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes vistos en la consulta externa de geriatría, 48,8% mujeres, 51,2% hombres, Barthel de media 60 (+10), Fármacos 0-5 el 27,4%, 6-10 60,9%, > 10 11,7% de los pacientes. El 59% en residencia, 37% con familia, 4% viven solos. Antecedentes de HTA en 80% de los casos. El deterioro funcional como primera causa de derivación en el 53% de los pacientes, seguido del cuadro confusional en 21% de los pacientes, 16% trastornos de la marcha.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes nonagenarios vistos en nuestra consulta son varones. Índice de Barthel promedio 60. 60% de los pacientes polimedicados. La mayoría de ellos viven en residencia. El deterioro de la capacidad funcional la principal causa de envío a la consulta.

PC-142. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO COMPLICADO CON ICTUS HEMORRÁGICO

Y.R. Davila Barboza, E.H. Azaña Fernández y A. Rodríguez Rosa
Hospital San Juan de Dios. León.

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HP) es una causa en aumento de hipertensión arterial secundaria y está asociado con complicaciones vasculares. Reporte de caso de una paciente con adenoma productor de aldosterona.

Caso clínico: Una mujer de 83 años acude a urgencias por debilidad muscular y calambres. Antecedentes clínicos: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial mal controlada a pesar de medicación. Tratamiento habitual: sitagliptina/metformina; eprosartán; furosemida y aspirina. Situación basal: Katz A, Barthel 100/100. No deterioro cognitivo. Examen físico: presión arterial: 185/60, edema pretibial bilateral hasta rodillas. Resto del examen normal. Test de laboratorio muestran severa hipokalemia (K^+ 1,9 mmol/L), alcalosis metabólica ($pH = 7.6$; $PaCO_2 = 38,4$ mmHg; $HCO_3^- = 39,5$ mmol/L) y función renal normal. Se suspendió furosemida y eprosartán. La hipokale-

mia persistió a pesar de la suplementación oral e intravenosa de potasio. Debido a la hipokalemia grave asociada a hipertensión arterial, se estudiaron causas secundarias de hipertensión. La concentración de aldosterona plasmática por la mañana en supino: 40 ng/dl; Actividad de renina plasmática: 0,5 ng/ml-h; relación aldosterona-renina: 80 (valores > 30 son sugestivos de HP; valores > 50 son diagnósticos de HP). El test de infusión intravenosa de suero salino no suprimió los niveles de aldosterona plasmática. TC abdomen mostró una masa adrenal derecha de 4,1 cm. de baja densidad. Con el diagnóstico de HP, se inició tratamiento con espironolactona. La paciente fue remitida a cirugía para realizar una adrenalectomía. Previo a la cirugía la paciente presentó un ictus hemorrágico, falleció debido a complicaciones neurológicas. La biopsia confirmó el diagnóstico de adenoma productor de aldosterona.

Discusión: El hiperaldosteronismo primario es una causa rara de hipertensión arterial en adultos mayores; pero debe ser considerada en los siguientes casos: pacientes con hipertensión e hipokalemia, hipertensión resistente, e hipertensión asociada a masas adrenales.

PC-143. TROMBOSIS DEL SENO VENOSO: CAUSA INFRECIENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL ADULTO MAYOR

M.S. Chiriboga Lozada, M. Checa López, F. Quiñónez Bareiro, C.O. Minea, F. Moreno Alonso y B. Cámara Martín
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: La trombosis del seno venoso es una causa poco frecuente de accidente cerebrovascular; predomina en niños y adultos de mediana edad; especialmente en mujeres en condiciones de embarazo, puerperio o con uso de anticonceptivos. Solo el 8% corresponde a adulto mayor, asociado a alteraciones hematológicas, trombofilia y malignidad. La implantación de técnicas de neuroimagen, en especial resonancia magnética nuclear, (RMN) y la angiografía por TAC ha permitido comprobar que es más frecuente de lo que se pensaba.

Caso clínico: Varón 73 años, hipertenso, DMNID, dislipidémico, insuficiente renal, en seguimiento por hematología por trombocitopenia, eritrocitosis verdadera con mutación V 617F en gen JAK2 negativa, hiperferritinemia y gammapatía monoclonal. Funcionalmente es independiente, sin deterioro cognitivo, vive con su familia. Presenta hace 4 días cambio del comportamiento con agresividad verbal y física, afasia nominal y en las últimas 24 horas cefalea, episodios de crisis tónico-clónicas generalizadas. A la exploración física inicial en el servicio de Urgencias destaca: Consciente y orientado, afasia nominal. No apraxias. Comprende, nombra y repite. No déficit de atención y de memoria. Motor, ROT ++/++++. RCPFB, sensitivo, cerebelo, y marcha normales. Romberg negativo. No meningismo. Posteriormente transcurridos 20 minutos presenta estatus epiléptico parcial complejo, refractario a medidas iniciales precisando ingreso en UCI durante 17 días y posteriormente tras estabilidad en neurología. Se realiza TAC con infarto venoso hemorrágico frontal izquierdo secundario a defecto de replección parcial en tercio medio y anterior del seno longitudinal superior en relación con trombosis venosa, sin malformaciones vasculares. Se realizó investigación de condiciones protrombóticas a las previas conocidas, encontrando elevación de factor VIII, elevación de anticoagulante lúpico y cardiolipina IgM positivos; junto con hiperhomocitinemia. Tras instauración de soporte ventilatorio, anticoagulación precoz e impregnación con dos anticomiciales, presentó notable mejoría el trastorno del lenguaje, pero sin mejoría a nivel motor, con hemiparesia de EDD severa. Ingresó en UME, con escasa mejoría funcional.

Discusión: A pesar que la trombosis venosa cerebral tiene mayor prevalencia en adultos de edad media; predominantemente en mujeres, existen casos descritos en adultos mayores relacionados con múltiples factores, como estados de hipercoagulabilidad. Tiene mal

pronóstico, recuperando completamente solo el 49% de los pacientes.

PC-144. (ESTUDIO PILOTO) FACTORES ASOCIADOS A INSTITUCIONALIZACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

J.D. Duran Sanclemente, G. Canal Rodríguez, M.A. Zelada Rodríguez, X. Martí Company, L.D.C. Navarro Ormeño y D. Rodríguez González
Consorci Sanitari de Terrassa.

Objetivos: Identificar los factores asociados a institucionalización durante el ingreso en una Unidad de Larga Estancia.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia del Hospital de Sant Llàtzer (CS Terrassa) entre enero y diciembre de 2011. Se recogieron: variables basales de tipo Demográfico (edad, sexo, estado civil), clínico (índice de Charlson, albúmina, hemoglobina), funcional (Índice de Barthel previo, al ingreso y al alta), mental (MEC, GDS) y ubicación al alta. Las variables cuantitativas, con distribución normal, se expresaron como medias con un (IC) 95%. Para comparar las diferencias se utilizó la prueba de t Student, las variables cualitativas se expresaron mediante proporciones y para compararlas se utilizó la prueba chi cuadrado con la prueba exacta de Fisher, realizándose análisis de Regresión Logística para identificar las variables asociadas de modo independiente a la presencia de institucionalización. Para el manejo de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.

Resultados: Durante el periodo estudiado, ingresaron 125 pacientes. El 67% eran mujeres. La media de edad fue $82,72 \pm 7$ años, al alta 59 (47,6%) fueron a domicilio, 22 (17,7%) ingresaron al hospital y 26 (21%) institucionalizados en recurso residencial. A nivel funcional permanecieron igual/mejor 106 (84,8%) y empeoraron 18 (14,4%), con una ganancia funcional significativa > 20 puntos en el 16,8% (Barthel alta-ingreso). Se realizó un análisis de regresión Logística, donde se introdujeron como variables independientes: edad, sexo, motivo de ingreso, pérdida funcional al ingreso, MMSE, I. Charlson, albúmina, hemoglobina y edad mayor de 80 años, de los cuales resultó asociado a institucionalización la pérdida funcional al ingreso.

Conclusiones: Entre los factores asociados a mayor institucionalización entre los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia destacan aquellos pacientes que durante su estancia perdieron un mayor grado de funcionalidad respecto a su estado basal.

PC-145. ABORDAJE INTEGRAL DE LAS DEMENCIAS CON TRASTORNO DE CONDUCTA Y MEJORA FUNCIONAL EN LA CLÍNICA JOSEFINA ARREGUI EN EL AÑO 2012

P. Roa-Granthon Rodríguez¹, J.J. Roldán Larreta¹, B. Grandal Leiros¹, M.E. Castro Vilela², W. Fuentes Ramos³ y M. López Lareki⁴

¹Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui. Navarra. ²Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. ³Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Valorar si el abordaje integral influye en la recuperación funcional al alta en pacientes hospitalizados con alteración de conducta y diagnóstico de demencia.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, en pacientes agudos hospitalizados por trastorno de conducta y diagnóstico o sospecha diagnóstica de Demencia entre enero y diciembre del año 2012. Se revisaron las historias clínicas en dicho periodo, obteniendo los siguientes resultados: Datos sociodemográficos. Datos clínicos: motivo de ingreso, destino al alta, comorbilidad, estancia media, diagnóstico, tipo de demencia y MEC/MMSE. Variables a medir: Índice Barthel al ingreso y al alta.

Resultados: Obtuvimos 209 pacientes en total, con una media de edad de $80,26 \pm 8,37$. Mujeres 57,9% y varones 42,1%. El 67,9% procedían de domicilio y un 70% vuelven a domicilio. Los motivos de

ingreso más frecuentes fueron: 77,9% trastorno de conducta, 47,36% déficit de memoria y 32,05% trastorno del sueño. Dentro de las comorbilidades más frecuentes se encontró un 64,6% de HTA, 44,9% de patología osteoarticular y 39,7% de depresión. El 61,7% fueron diagnosticados de demencia tipo alzheimer, 12,9% de demencia mixta, 5,7% demencia vascular, 4,3% demencia con cuerpos de Lewy, 2,3% demencia parkinson y 1,9% demencia frontotemporal. Presentaban una media de MEC/MMSE de $17,39 \pm 8,2/14,54 \pm 6,9$ y una estancia media de hospitalización de $36,78 \pm 25,4$ días. La media del Índice de Barthel al ingreso es de $51,79 \pm 31,4$ y al alta de $61,59 \pm 28,9$, habiendo una ganancia de casi 10 puntos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Esta ganancia funcional se vio más reflejada en los ítems de comida, transferencias y deambulación, logrando esta función de manera autónoma un 75,5%, 45,5% y 59,3% respectivamente.

Conclusiones: El abordaje integral que requieren los pacientes con trastorno de conducta y diagnóstico de demencia es fundamental tanto en la mejoría de los síntomas clínicos y conductuales así como en la recuperación a nivel funcional, minimizando las complicaciones orgánicas secundarias a las demencias y la sobrecarga del cuidador, mejorando en definitiva la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno.

PC-146. SEDACIÓN PALIATIVA (SP) EN ENFERMOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP) DEL HOSPITAL DE GRANOLLERS (HGG)

M.G. Pezo Morales, M.E. Rocha Cáceres, G.K. Vasquez Palma, G. Morlans Molina y S. Ariño Blasco
Fundació Hospital Asil de Granollers.

Objetivos: Describir el perfil de los enfermos a quienes se les administró SP y que fueron exitos en UCP del HGG en el periodo de un año (09/2011 a 09/2012). Identificar diferencias entre los enfermos a quienes se administro sedación sintomática versus sedación en la agonía.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, que incluye a los enfermos ingresados en la UCP que fueron exitos en el periodo estudiado, en quienes se inició SP.

Resultados: Se administró SP a 73 enfermos (27,54% del total de defunciones). De estos 55% eran varones y 60,3% mayores de 65 años. La estancia media en UCP fue de $10,82 \pm 21,48$ días. Los enfermos procedían de: unidades de hospitalización (55%), urgencias (26%) y domicilio (12,3%). Siendo el motivo de ingreso más frecuente neoplasia avanzada (80%). Previo al inicio de la sedación 50 enfermos (68,5%) tenían información de diagnóstico. Consta en la historia clínica el consentimiento del paciente en el 20,5% de los casos y de la familia en el 100% de los casos. Se indicó sedación sintomática en 42 enfermos (57,5%). Y de estos más del 60% de los pacientes tuvieron 2 o más síntomas refractarios. Los síntomas refractarios más frecuentes fueron: disnea (35,6%), ansiedad/angustia vital (26%), dolor (20,5%), delirium (6,8%), epilepsia/mioclónias (5,5%), hemoptisis (2,7%) y hemorragia digestiva (1,4%). En el primer día de ingreso iniciaron sedación el 39,4%, mientras que el 66,7% en la primera semana. La vía subcutánea (93,2%) fue la más utilizada y el fármaco más usado el midazolam (98,6%), siendo la dosis más frecuentes entre 30-89 mg/d. En la muestra estudiada no se encontraron diferencias significativas al comparar la media del tiempo ingreso-sedación, ni sedación-exitus entre aquellos que fueron sedados por síntomas versus los sedados por situación de agonía.

Conclusiones: La muestra es representativa de los enfermos atendidos en una UCP y tanto el perfil de enfermos, motivos de sedación y los fármacos utilizados son semejantes a series previas. El porcentaje de enfermos sedados es similar al descrito en la literatura. En la muestra estudiada no hay diferencias en la sobrevida tras iniciar sedación sintomática versus sedación en la agonía.

PC-147. ANÁLISIS DE LOS TRASLADOS DESDE RESIDENCIA A UN SERVICIO DE URGENCIAS EN LA COMARCA DE OSONA

M.M. Soldevila Llagostera, D. Nubiola Malla, J. Fabregó Trabal, E. Padrisa Muntal, R.M. Torres Allepuz y J. Espauella Panicot
Hospital de la Santa Creu. Vic.

Objetivos: Analizar las circunstancias que condicionan el traslado i describir sus características clínicas.

Métodos: Se incluyen residencias que tienen como referencia el Hospital General de Vic. Se diseña una encuesta que analiza la tipología y las circunstancias del traslado. Hacemos una revisión de los informes de alta del hospital.

Resultados: De las 20 residencias que tienen como referencia el Hospital General de Vic, 18 participan en el estudio, conformando un total de 1.060 residentes. Se analizan 115 traslados realizados entre noviembre de 2012 y enero de 2013. Edad media 84,26, 77 mujeres, 38 hombres. El 46% tenían un Índice de Barthel inferior a 50. El 36,5% estaban diagnosticados de demencia. Ninguno de los enfermos trasladados tenía documento de voluntades anticipadas. En el 56% de los pacientes trasladados había un plan de intervención en caso de crisis. El 48,7% fueron traslados realizados de lunes a jueves (55,3% por la mañana, 37,5% por la tarde, 7,1% por la noche) y el 51,3% se trasladaron de viernes a domingo y festivos (55,9% por la mañana, 23,7% por tarde y 16,9% por la noche). El 60% de los traslados fueron ordenados por su equipo médico habitual. El motivo más frecuente de traslado fue disnea 42%, fiebre 17% y caídas 17%. De los 115 pacientes 34 (29,5%) volvieron a residencia, 81 (70,5%) ingresaron en Hospital de agudos. La estancia media de hospitalización fue de 5,9 días, estuvieron menos de 48 horas 20 pacientes (17,3%), de ellos el 25% fue derivado a Hospitalización a domicilio. Al alta 2 fueron exitos durante el ingreso, 18 fueron trasladados a un centro de media estancia, 19 fueron alta a Hospitalización a Domicilio, 42 altas a residencia. El 14% de los informes revisados incluyen recomendaciones para el plan terapéutico futuro.

Conclusiones: El 70% de los pacientes que acuden a urgencias precisan de ingreso hospitalario posterior. El 37% de los pacientes utilizan un recurso intermedio al alta hospitalaria. Las alternativas a la hospitalización podrían reducir los ingresos.

PC-148. BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES

S. Sánchez Tirado, C. Sancho Castillo, I. Cordón Navalón, S. Millán Domínguez y T. Marmolejo Hevilla
SARQuavita. Guaro. Málaga.

Introducción: La atención integral se define como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para identificar y cuantificar los déficits físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar la persona mayor, con el objeto de desarrollar un plan de intervención, basado en la prevención, tratamiento y seguimiento en dichas áreas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos. Esta atención va encaminada en la consecución de la mejora de la calidad de vida del mayor, siendo esto el objetivo prioritario del modelo asistencial del Centro Residencial SARQuavita Sierra de las Nieves, en el que se realiza el estudio.

Objetivos: Valorar si una atención integral mejora la capacidad funcional y cognitiva en la persona mayor institucionalizada.

Métodos: En este estudio se ha seleccionado un grupo de 10 residentes que son valorados desde el momento de su ingreso en el centro residencial. Esta valoración se realiza en el ámbito funcional y cognitivo, a través de las escalas Barthel, Tinetti y MMSE. Los participantes de este estudio son evaluados con dichas escalas cada 4 meses a lo largo de un año. En este periodo de evaluación, a la vez se realiza un abordaje integral al residente desde todos los ámbitos (social, clínico, psicológico y funcional).

Resultados: De los 10 residentes valorados, en la escala Tinetti 3 residentes mejoran sus puntuaciones, 5 se mantienen y 2 empeoran; en Índice de Barthel 5 mejoran, 3 se mantienen y 2 empeoran; y en MMSE 5 mejoran, 4 se mantienen y 1 empeora. Del total de participantes, 7 se mantienen o mejoran en las 3 escalas con las que han sido valorados. Las razones por las que los residentes empeoran en las diferentes escalas son por un avance en sus patologías o por fractura de cadera.

Conclusiones: Los datos obtenidos en este estudio demuestran que una atención integral a la persona mayor institucionalizada, mantiene y/o mejora su capacidad funcional y cognitiva, a la vez que favorece una mayor integración social en el centro y en la comunidad, repercutiendo todo ello en una mejora de la calidad de vida del residente.

PC-149. IMPACTO DE LAS ALARMAS INFORMATIZADAS PARA RECOMENDAR EL PASO DE TERAPIA INTRAVENOSA A ORAL

M. Vélez-Díaz-Pallarés, I. Lozano-Montoya, C. Sánchez-Castellano, B. Montero-Errasquín, T. Bermejo-Vicedo y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar el grado de aceptación y el impacto económico de la implantación de un programa de terapia secuencial farmacológica en pacientes mayores hospitalizados.

Métodos: Estudio retrospectivo de un año de duración (2012) realizado en pacientes ingresados mayores de 65 años en un hospital universitario de 1.020 camas. El hospital dispone de un programa de prescripción electrónica asistida en todas sus camas que incluye ayudas a tiempo real para la ejecución de la terapia secuencial. Pasados tres días de tratamiento intravenoso se genera una alerta automática en el programa para los principios activos paracetamol, dextetoprofeno, levofloxacino, ciprofloxacino, metronidazol y linezolid que informa al médico prescriptor de la posibilidad de secuenciar la terapia intravenosa a oral. En caso de no aceptación se muestra un desplegable para indicar el motivo. De las alertas aceptadas se calculó el ahorro que supuso la aceptación por el médico del cambio a oral considerando un tratamiento total de 7 días. Para aquellas alertas rechazadas se describieron las causas.

Resultados: Durante el año 2012 el programa generó un total de 3.814 alertas de terapia secuencial. Un 53,0% (2.022) de las alertas generadas fueron aceptadas. De éstas la mayor parte fueron con paracetamol (83,1%) seguidas de dextetoprofeno (9,9%). El ahorro total estimado fue de 17.112 euros, siendo mayor para los principios activos de paracetamol (14.583 euros) y dextetoprofeno (1.752 euros). Un 47,0% (1.792) de las alertas fueron rechazadas. Los principales motivos de rechazo fueron la falta de tolerancia oral 32,0% (574) y la inestabilidad clínica del paciente 22,4% (401).

Conclusiones: Más de la mitad de las alertas de terapia secuencial fueron aceptadas. Las terapias aceptadas supusieron un ahorro estimado de 17.112 euros. La principal causa de rechazo fue la falta de tolerancia oral.

PC-150. EL PACIENTE CON CAÍDAS EN CONSULTAS EXTERNAS NO MONOGRÁFICAS DE GERIATRÍA

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

Objetivos: Conocer el perfil del paciente remitido por caídas de repetición a unas consultas externas de Geriátría (CCEE) sin Unidad de Caídas de un hospital terciario.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes nuevos vistos en CCEE en un año, remitidos específicamente para estudio de caídas. Se compararon con una muestra aleatoria de 99 enfermos de las mismas CCEE como grupo control. Se recogieron variables sociodemográficas, nº de

caídas, situación funcional y mental, fármacos (y específicamente diuréticos, betabloqueantes, otros antihipertensivos, benzodiazepinas, otros psicótropos e hipoglucemiantes), IMC, trastorno del equilibrio o marcha, agudeza visual, fuerza muscular, frecuencia y ritmo cardíacos, hipotensión ortostática, alteraciones del pie y calzado, problemas ambientales, ayudas para la marcha, pruebas complementarias solicitadas, diagnóstico e intervención realizada.

Resultados: Sólo 42 pacientes (6,5%) nuevos fueron derivados por caídas (75% mujeres, edad media $82,4 \pm 4,8$). IMC, $27,8 \pm 4$. Número medio de caídas: 4,4 en 6 meses. La mayoría eran independientes para AVD básicas (Katz A-B, 46,5% y dependientes en las instrumentales Lawton 0-2, 52,3%). Sufren deterioro cognitivo (MMSE < 25) un 78% y sospecha de depresión (Yesavage > 5) un 60,6%. Número medio de fármacos: 8,5 [0-17]. En ninguna de estas características se encontraron diferencias entre caedores y controles, como tampoco en el perfil de uso de fármacos específicos. Los caedores precisaban con más frecuencia andador o ayuda personal para caminar (27,3% vs 10,1% e controles, $p = 0,034$) y tenían con más frecuencia pérdida de fuerza muscular (22,2% vs 10,9%, $p = 0,000$). Los diagnósticos más frecuentes fueron pluripatología (31,1%), ECV (28,9%) y demencia mixta (11,1%), seguidos de otros muy variados (crisis comiciales, depresión, Alzheimer, Parkinson, DFT o radiculopatía lumbar). Estos fueron diferentes a los del grupo control, en el que predominaban las distintas demencias sobre otros diagnósticos. La intervención fue multifactorial en un 72,7%, siendo lo más frecuente realizar un ajuste farmacológico (46,5%) y prescribir rehabilitación (34,9%).

Conclusiones: El enfermo valorado por caídas de repetición en una consulta no monográfica es de perfil similar a los derivados por otros motivos, excepto en una mayor dependencia para la marcha y una mayor variabilidad en los diagnósticos, con predominio de la enfermedad cerebrovascular.

PC-151. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS

M. Vélez-Díaz-Pallarés, I. Lozano-Montoya, B. Montero-Errasquín, C. Sánchez-Castellano, E. Delgado-Silveira y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Cuantificar y clasificar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas en pacientes mayores en un hospital general.

Métodos: Estudio retrospectivo de un año de duración (2012) en pacientes hospitalizados de un hospital universitario de 1.020 camas. A través del programa de prescripción electrónica asistida del hospital se calculó el número de IF realizadas a pacientes entre 80 y 90 años y mayores de 90. Las IF se dividieron según su naturaleza y servicio clínico responsable del paciente. Se compararon las IF entre los dos grupos de edad.

Resultados: Durante el año 2012 se hicieron un total de 54.639 IF a 13.371 pacientes. De éstas 15.154 (27,8%) se hicieron en pacientes de entre 80 y 90 años y 3.330 (6,0%) en mayores de 90. En el grupo de entre 80 y 90 años se hicieron 3.882 (25,6%) IF en Medicina Interna, 1.614 (10,7%) en Cirugía General y Digestivo, 1.602 (10,6%) en Traumatología y 1.389 (9,2%) en Neumología, mientras que para el grupo de mayores de 90 años se hicieron 1.427 (42,9%) IF en Medicina Interna, 444 (13,3%) en Traumatología, 344 (10,3%) en Geriátría y 200 (6,0%) en Gastroenterología. Las IF mayoritarias fueron la información al prescriptor (23,7% del total en pacientes entre 80 y 90 años vs 30,2% en pacientes mayores de 90; $p < 0,001$), solicitud de una monitorización renal o de niveles de fármaco (13,7% vs 14,8%; $p = 0,096$), aplicación de criterios STOPP/START (10,9% vs 11,7%; $p = 0,173$), propuesta de cambio de tratamiento (8,0% vs 4,8%; $p < 0,001$), y adaptar la especialidad a la vía de administración y/o pauta (7,6% vs 7,0%; $p = 0,229$).

Conclusiones: La mayoría de las IF se realizaron a pacientes ingresados en Medicina Interna en ambos grupos de edad y estuvo relacio-

nada con información al prescriptor. En segundo y tercer lugar las IF estuvieron relacionadas con la de solicitud de una monitorización renal o de niveles de fármaco así como la aplicación de criterios STOPP/START. La proporción de IF fue mayor para información al prescriptor en el grupo de pacientes entre 80 y 90 años mientras que la propuesta de cambio de tratamiento fue mayor para el grupo de mayores de 90.

PC-152. ALERTAS ASOCIADAS A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN PACIENTES INGRESADOS SIGUIENDO LOS CRITERIOS STOPP

I. Lozano-Montoya, M. Vélez-Díaz-Pallarés, E. Delgado-Silveira, B. Montero-Erasquín, C. Sánchez-Castellano y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Cuantificar los fármacos más relacionados con las alertas automáticas STOPP generadas a partir de un programa de prescripción electrónica asistida.

Métodos: Estudio retrospectivo de un año de duración (2012) en pacientes ingresados en un hospital universitario de 1.020 camas. El hospital dispone de un programa de prescripción electrónica asistida que genera alertas automáticas en pacientes mayores atendiendo a los criterios STOPP cuando se pauta: digoxina, betabloqueantes en combinación con verapamilo, ácido acetilsalicílico, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas de vida media larga o metabolitos de larga duración, antihistamínicos de primera generación y glibenclamida. La alerta consiste en un mensaje de texto que se genera en el mismo momento de la prescripción de uno de estos fármacos advirtiéndolo al médico de las recomendaciones STOPP-START.

Resultados: Durante el año 2012 se generaron un total de 3.127 alertas de tipo STOPP. Se iniciaron 1.398 tratamientos con digoxina (44,7% del total), seguido de diazepam con 596 (19,1%), dexclorfeniramina con 441 (14,1%), clorazepato dipotásico con 299 (9,6%), hidroxicina con 158 (5,1%), amitriptilina con 133 (4,3%), glibenclamida con 53 (1,7%), ácido acetilsalicílico con 29 (0,9%) y otros con 16 (0,5%).

Conclusiones: Las alertas automáticas han demostrado ser un instrumento que detecta un importante número de fármacos potencialmente inapropiados para el paciente anciano. El medicamento más implicado en las alertas STOPP fue la digoxina.

PC-153. UTILIDAD DEL "CÓMIC" COMO INSTRUMENTO DOCENTE: UNA EXPERIENCIA EN EL APRENDIZAJE DE FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS Y SU PREVENCIÓN

M. Soro Artola¹, L. García Prieto², J. García-Sempere², C. Roqueta¹, M.P. García Caselles¹ y M.J. Robles¹

¹Centro Fórum. Barcelona. ²Geriatricomic. Alicante.

Objetivos: 1. Elaborar un cómic divulgativo sobre un síndrome geriátrico. 2. Evaluar su utilidad como instrumento docente para adquirir conocimientos sobre factores de riesgo de caídas y su prevención.

Métodos: A partir de un caso clínico sobre caídas en ancianos, se crearon personajes y un guión para narrar la historia en un cómic. Participaron voluntariamente en el estudio 62 estudiantes de 5º de medicina (16 licenciatura UAB curso 2011-12 y 46 grado compartido UAB-UPF curso 2012-13). Ninguno de los participantes recibió formación previa sobre el tema y tuvieron acceso a una web [http://www.geriatricomic.com] donde se alojó el cómic, un cuestionario, bibliografía, enlaces y material docente para consultas. Los alumnos respondieron anónimamente, antes y después de acceder al cómic a un cuestionario con 3 preguntas abiertas sobre factores de riesgo y prevención (evaluación objetiva) y 2 con escala lineal (evaluación subjetiva) sobre contenidos aprendidos. Los cuestionarios pre y post visualización del cómic se marcaron con colores diferentes, y fueron evaluados de forma ciega por tres médicos especialistas en geriatría.

Resultados: Completaron el estudio 48 alumnos (14 fueron excluidos porque no respondieron el cuestionario posvisualización). La media de

la puntuación global del cuestionario evaluativo antes y después de ver el cómic fue de $19,87 \pm 3,28$ y $25,81 \pm 4,25$, respectivamente ($p < 0,001$) límite de puntuación máxima 42. La media de las preguntas objetivas sobre conocimientos, intervenciones preventivas, factores de riesgo y multifactorialidad de las caídas, pre i post visualización fue de $8,07 \pm 2,39$ y $10,97 \pm 3,52$ ($p < 0,001$), respectivamente. Las preguntas subjetivas de autoevaluación sobre capacidad de detectar factores de riesgo, mostraba una media de $11,80 \pm 2,08$ (pre-visualización) y $14,83 \pm 1,71$ (post-visualización) ($p < 0,001$). La mayor parte de los alumnos no consultaron el material docente y sus respuestas se basaron únicamente en lo aprendido tras la simple visualización del cómic.

Conclusiones: 1. El cómic ha sido un instrumento docente eficaz para mejorar, de forma estadísticamente significativa, los conocimientos sobre el síndrome de las "caídas" en estudiantes de medicina. 2. Para mejorar la utilización del material docente y optimizar la experiencia del usuario es necesario incrementar la interactividad de la web.

PC-154. ¿QUÉ PACIENTES DERIVAN DESDE URGENCIAS A LAS CONSULTAS DE GERIATRÍA?

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

Objetivos: Conocer el perfil del paciente remitido desde el Servicio de Urgencias (SU) de un hospital terciario a Consultas Externas (CCEE) de Geriatría.

Métodos: Se compararon todos los pacientes nuevos remitidos desde el SU a CCEE en un periodo de 18 meses con un grupo control (muestra aleatoria de 99 enfermos de CCEE). Se recogieron variables socio-demográficas, funcionales, cognitivas, IMC, motivo de derivación, diagnóstico e intervención.

Resultados: De entre los 1.018 pacientes nuevos valorados en CCEE a lo largo de 1,5 años procedían del SU 93 (prevalencia = 9,1%), 71% mujeres, edad: $84,0 \pm 5,5$ [71-98]. IMC: $27,3 \pm 4,4$. Katz A-B: 49,5%. Lawton 6-8: 32,6%. Deterioro cognitivo (MMSE < 25): 78%, sospecha de depresión (Yesavage > 5): 51,8%. Motivos de derivación más frecuentes: deterioro cognitivo sin filiar o delirium (33,4% de los casos), caídas de repetición o inestabilidad de la marcha (22,6%) y necesidad de VGI (6,5%), seguidos de síncope y motivos variados (mareo, malestar general, síndrome constitucional, anemia, edemas, dolor abdominal o tos). Diagnósticos finales más frecuentes: patología neurológica (ECV, Alzheimer y otras demencias) 44,1%, pluripatología un 21,5%, depresión un 9,7%, siendo el resto diagnósticos muy variables. La intervención terapéutica es multifactorial en un 68,8%, siendo lo más frecuente la reducción o suspensión de fármacos (46,2%), el tratamiento de la nueva patología detectada (59,1%) y la rehabilitación (8,6%). Se solicitan nuevas pruebas complementarias al 43%, y se realizan recomendaciones de hábitos de vida y ejercicio al 100%. Frente al grupo control, las únicas diferencias encontradas son un IMC superior y una mayor variabilidad en los diagnósticos, con menos prevalencia de enfermedades demenciales.

Conclusiones: Los pacientes remitidos a CCEE de Geriatría se benefician en su mayoría de dicha consulta, siendo similares a los procedentes de otros niveles asistenciales, salvo por un mejor estado de nutrición y una mayor variabilidad en los diagnósticos.

PC-155. HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA Y SÍNDROME DEL CASCANUECES EN UNA MUJER DE 85 AÑOS

E.J. Antón Aranda¹ y L.C. Halil Romo²

¹Hospital de Zumárraga. ²Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: El síndrome del cascanueces describe la compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta, provocando un aumento de presión en dicha vena que se mani-

fiesta habitualmente con hematuria y dolor abdominal. Presentamos el caso de una mujer de 85 años con hipertensión arterial refractaria en quien se identificó un síndrome del cascanueces, una asociación raramente descrita.

Caso clínico: Mujer de 85 años que consulta por HTA de larga evolución (> 20 años) y criterios de refractariedad. Recibe tratamiento antihipertensivo con 4 fármacos a dosis plenas (verapamilo, torasemida, doxazosina, losartán), a pesar de lo cual desde hace un mes su TA sistólica es > 200 mmHg. Refiere dolor lumbar crónico. Antecedentes personales: hepatopatía crónica por VHC; insuficiencia renal crónica (nefroangiosclerosis) desde hace 18 años. EF: TA en reposo > 180/100. Analítica: ligera hematuria + microalbuminuria, FG 25 ml/min, hipertransaminasemia. Perfil hormonal (HTA secundaria) normal. Ecocardiograma: cardiopatía hipertensiva con FEVI conservada. Ecografía renal-doppler de arterias renales: atrofia renal bilateral sugestiva de nefroangiosclerosis. AngioRMI de arterias renales: arterias y venas renales permeables; se identifica un fenómeno del cascanueces con dilatación retrógrada de la v.r. izquierda y de la v. gonadal izquierda. MAPA-24h, media s/d: 174/85, media diurna 169/84, media nocturna 186/88. Se modifica tratamiento y se deriva a nefrología para seguimiento conjunto.

Discusión: El síndrome del cascanueces puede aparecer desde la infancia hasta la 7ª década aunque la mayoría de pacientes sintomáticos está en la 2ª-3ª décadas. Las características clínicas incluyen desde micro hematuria asintomática hasta congestión pélvica acusada. Existe un importante nivel de infradiagnóstico. El tratamiento habitual consiste en observación pero puede requerirse nefrectomía si existe gravedad clínica. La paciente presentada muestra que este cuadro puede aparecer en pacientes ancianos y requiere un alto índice de sospecha. Se ha descrito un caso de s. cascanueces asociado a HTA con aumento de actividad de renina plasmática que mejoró con bloqueador del receptor de angiotensina II y normalizó tras colocar stent endovascular. La naturaleza de esta asociación resulta actualmente incierta.

PC-156. ACTUALIZACIÓN EN LA CODIFICACIÓN VISUAL Y SEMÁNTICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

J.A. Sánchez Martín¹, R. Iodice¹, J.J. Meilán¹, E. Pérez², N. Carcavilla¹ y J. Carro¹

¹Universidad de Salamanca. ²Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Salamanca.

Introducción: A pesar de que el efecto de superioridad de las imágenes sea un fenómeno bien conocido y estudiado en jóvenes y ancianos normales, son pocas las investigaciones que han dirigido su atención a casos patológicos relacionados a la enfermedad de Alzheimer. En estos pacientes la memoria sufre una degeneración progresiva, comprometiendo la capacidad parcial o total de recordar algo precedentemente aprendido. Desde la literatura científica se ha podido comprobar que estas limitaciones, en algunos casos, pueden ser reducidas si a la hora de adquirir o recuperar nuevas informaciones, se proporcionan a los pacientes apoyos contextuales bajo forma de pistas fonéticas, semánticas o imaginativas. Facilitar este tipo de "ayudas" genera un ahorro de los recursos mentales, por parte de la memoria a corto plazo, posibilitando los pacientes enfocarse plenamente en la actividad que desarrollan y llevarla a cabo con éxito.

Objetivos: Para demostrar la eficacia de las imágenes, como pistas de recuerdos en los procesos de memorización, se ha diseñado un experimento cuya finalidad ha sido mejorar los procesos de adquisición y recuperación de las informaciones, en ancianos normales, con demencia leve y demencia grave. Concretamente se ha trabajado con grupos de 22 pacientes con demencia grave, 21 pacientes con demencia leve y un grupo control de 21 pacientes ancianos sin demencia, sometidos a cuatro condiciones de estímulos: palabra-palabra; palabra-imagen; imagen-palabra; imagen-imagen.

Resultados: Para los tres grupos, el uso de los estímulos visuales (palabra-imagen; imagen-palabra; imagen-imagen), ha producido una mejora respecto a los estímulos verbales (palabra-palabra). Más concretamente, el estímulo palabra-imagen, se ha mostrado particularmente eficaz a la hora de adquirir y recuperar las nuevas informaciones.

Conclusiones: Según este estudio, la condición palabra-imagen, ha resultado ser eficaz a la hora de adquirir y recuperar nuevas informaciones, por la capacidad de activar una red semántica estable y con pocas interferencias. Los ítems contenidos en ella interactúan de forma positiva con las imágenes correspondientes, en cuanto estas últimas, se integran conceptualmente a las informaciones, haciendo el proceso de búsqueda y recuperación más rápido, en cuanto la discriminación perceptiva de las imágenes favorece una mayor integración conceptual en la red.

PC-157. IDENTIFICACIÓN DEL DELIRIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: UN ÁREA DE MEJORA

D. Cuesta Peredo, E. Burdeos Palau, F.J. Tarazona Santabalbina, V. Vicent Avivar, A. Suárez Sanchis y T. Quirós Morató
Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducción: La incidencia estimada del delirio en ancianos hospitalizados oscila entre el 25 y el 60% y se asocia a una mortalidad del 30% a los 12 meses, a una considerable prolongación en el tiempo de hospitalización y a la posibilidad de aparición de demencia. A pesar de estos datos el registro en la historia clínica sigue siendo bajo.

Objetivos: Evaluar el registro del delirio a través del análisis del CMBD en pacientes geriátricos durante la estancia hospitalaria.

Métodos: Se han analizado las altas de pacientes mayores de 70 años de 1999 a 2012 en las que entre sus diagnósticos secundarios aparecía el código CIE-9 293.0 "Delirium debido a enfermedades clasificadas en otro lugar" a través CMBD-GRDs. Durante el 2012 se introdujo la Guía Clínica del Delirio y se insistió en la importancia de reflejar en la historia clínica electrónica cualquier signo de delirio por parte del personal asistencial y en especial por el personal de Enfermería para que posteriormente los técnicos documentalistas lo codificasen en la historia.

Resultados: Desde 1999 hasta el 2011 ha habido un total de 83.354 altas de pacientes mayores de 70 años, entre ellos 1.078 tenían entre sus diagnósticos el CIE 293.0, lo que da una tasa de delirio del 1,29%. Tras las medidas adoptadas, en el 2012 esta tasa fue del 4,12%, es decir, hubo un incremento del 218% en el registro con respecto a los años anteriores.

Conclusiones: El CMBD nos permite analizar el delirio de forma periódica y automática, aunque existe un infraregistro en la historia por parte del personal sanitario. Por otra parte, el hecho de insistir a los profesionales asistenciales y a los técnicos documentalistas para que hagan una búsqueda activa del mismo en todos los documentos de la historia, ha conseguido incrementar el registro del delirio en un 218%. La realidad es que según la incidencia estimada del delirio se siguen sin registrar al menos el 30% de los casos, no obstante el análisis de las altas con delirio detectado, nos debería permitir en una segunda fase identificar los factores de riesgo y establecer sistemas de prevención del mismo.

PC-158. COMPARACIÓN POR EDAD EN PACIENTES CON CRISIS EPILÉPTICAS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C.A. Castillo-Herrera¹, C. Fernández-Alonso¹, A.I. Hormigo-Sánchez², F.J. Martín-Sánchez¹, C. Verdejo-Bravo¹ y P. Gil-Gregorio¹
¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: Los ancianos con crisis epilépticas en urgencias son diferentes a los más jóvenes.

Objetivos: Determinar las diferencias por edad > 75 años en pacientes con crisis epilépticas atendidas en un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

Métodos: Estudio de una Cohorte retrospectiva de pacientes con crisis epiléptica como diagnóstico al alta de Urgencias del hospital Clínico San Carlos entre el 1 de julio y 31 de diciembre de 2011. Se analizó la historia clínica electrónica de cada paciente. En la hoja de recogida de datos se incluyeron variables demográficas, clínicas y asistenciales. Se compararon según edad > 75 años. Análisis estadístico spss 13.0.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes, 28 (24,6%) ≥ 75 años vs 86 (75,4%) < 75 años. Se asociaron de manera significativa con una edad más avanzada: primer episodio de crisis epiléptica 19 (67,9%) vs 28 (32,6%) $p = 0,0001$; crisis de inicio parcial 13 (46,4%) vs 16 (18,6%) $p = 0,018$; desencadenante desconocido 23 (82,2%) vs 42 (48,9%) $p = 0,008$, nº fármacos habituales 5,50 (4,25-8,75) vs 2 (1-5) $p < 0,0001$; dependencia basal (Barthel < 100) 12 (42,9%) vs 6 (7,0%) $p < 0,0001$; realización de TAC craneal urgente 20 (74,1%) vs 29 (34,5%) $p < 0,0001$; TAC con lesión estructural 16 (80,0%) vs 14 (48,3%) $p = 0,022$; profilaxis secundaria con antiepilépticos en urgencias 13 (46,4%) vs 17 (19,8%) $p = 0,007$; estancia > 12h en urgencias 21 (75,0%) vs 44 (51,2%) $p = 0,012$; alta vs observación vs ingreso 8 (28,6%) vs 50 (58,1%), 13 (46,4%) vs 23 (26,7%), 7 (25,0%) vs 13 (15,1%) $p = 0,023$; exitus al mes 2 (7,1%) vs 0 (0%) $p = 0,012$.

Conclusiones: La edad avanzada se asocia a mayor probabilidad de presentar primera crisis epiléptica, lesión estructural epileptógena, polifarmacia, dependencia, mayor consumo de recursos y peor pronóstico vital a corto plazo.

PC-159. NOCARDIOSIS PULMONAR EN PACIENTE EPOC

N. Parras García de León, G. Martinón Torres, J. Martín Márquez, J. Gil Moreno, J.L. Esquinas Requena y V. Mazoterías Muñoz
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La nocardiosis pulmonar es la forma de presentación más frecuente de infección por *Nocardia* en humanos. Es una infección grave, esporádica, que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos con elevada mortalidad. En los últimos años se observa un aumento de casos en pacientes EPOC.

Caso clínico: Varón de 83 años con: HTA, FA crónica, HBP, BNCO con Oxigenoterapia e infecciones respiratorias de repetición que ingresa en planta, por una sepsis de origen respiratorio. Tratamiento habitual: Seguril, enalapril, sintrom, digoxina, omeprazol, oxigenoterapia e inhaladores. SB: Independiente ABVDs, Barthel: 90, NYHA II. Exploración física: TA 80/60, FR 26 r.p.m., FRC 100 l.p.m., S0% 91. ACP: arritmico 100 l.p.m. Disminución de MVC con roncus y crepitantes gruesos. Pruebas complementarias. Leucos: 25.000, (N 82%), Fbn 667, HB 12,4 procalcitonina 10, BQ: U 80, CT 1,1, PT 5,6, hierro 10, ferritina 685. Cultivo de esputo: *Aspergillus fumigatus*, y *Nocardia cyriacigeorgica*. Hemocultivos: negativos. TAC torácico: consolidación alveolar en LID e infiltrados parcheados en bases pulmonares. Patrón micronodular probablemente en relación a diseminación broncogénica ¿TBC, *Nocardia*...?. Se realiza TAC craneal para descartar diseminación. Evolución: el paciente es tratado con, oxigenoterapia, corticoides sistémicos, aerosolterapia y triple antibioterapia con imipenem, trimetoprim-sulfametoxazol (que debemos suspender por hipoaldosteronismo) y voriconazol, con evolución tórpida, asociando linezolid iv, con mejoría clínica y radiológica, por lo que se remite a domicilio con tratamiento y control por Servicio de Infecciosas.

Discusión: Los estudios corroboran que las infecciones por *Nocardia* se producen generalmente en inmunodeprimidos o afectados de comorbilidad pulmonar crónica, como EPOC en estadios moderados y graves. La especie de *Nocardia* más frecuente en EPOC, es la *N. cyriacigeorgica*, con un impacto emergente y un pronóstico desfavorable,

con elevada mortalidad a corto y medio plazo. Estudios recientes encuentran una asociación entre el tratamiento corticoideo previo, recibir una terapia antibiótica específica durante menos de tres meses y la presencia de neoplasia activa con una elevada mortalidad (20% en el primer mes y 35% al año del diagnóstico). El interés de este caso radica en la elevada repercusión en la práctica clínica diaria, dada la elevada prevalencia de la EPOC y el potencial impacto de la *Nocardia*.

PC-160. WII NINTENDO. ¿DIVERSIÓN O REHABILITACIÓN?

M. Rodríguez Hernández, A.I. Corregidor Sánchez, O. López Martín, M.C. Cipriano Crespo y B. Polonio López
UCLM. Talavera de la Reina.

Objetivos: Estudiar y analizar las posibles aplicaciones terapéuticas de los Juegos Wii Fit Plus, Wii Sports y Big Brain Academy para intervenir en el deterioro funcional y/o cognitivo de personas mayores.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con una muestra de 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 5 juegos de la consola Wii (Nintendo) y evaluaron el potencial rehabilitador de cada juego en relación a una selección de funciones corporales y mentales descritas por la CIF y a una escala con 4 niveles de graduación. El ensayo con cada juego fue de 10 minutos por persona, combinando juegos individuales con juegos grupales. También se evaluaron características de facilidad de uso y comprensión, fiabilidad, seguridad y generalización a actividades de la vida diaria.

Resultados: Participaron en el estudio 26 terapeutas ocupacionales con una edad media de 25 años y 3 años de experiencia profesional. Los juegos evaluados fueron: Tenis y Bolos (Wii sports), Paseo en Bici y Disparo Certero (Wii Fit Plus) y Memoria (Big Brain Academy). Los juegos pertenecientes a las categorías Wii Fit Plus resultaron más apropiados para trabajar funciones CIF como atención (96%), percepción (92%) posición del cuerpo y equilibrio, mientras que los juegos agrupados en Wii Sports destacaron en las funciones de movilidad de miembros superiores (84,6%). Los tres tipos de juegos obtuvieron menores puntuaciones en funciones como resistencia (40%) o deambulación (38,9%). Existió acuerdo generalizado en definir los juegos como motivantes y divertidos para el usuario (94%). Un 70% pensaba que la consola era fácil de configurar por el terapeuta y casi la misma proporción (68%) afirmó que Wii podría ser fiable para la evaluación. Wii Sports resultó más apropiada para trabajar funciones como movimiento de articulaciones de miembros superiores. Residencias y centros de día fueron los recursos más identificados para la aplicación de Wii (92%), considerando que sería menos apropiada en hospitales (34%).

Conclusiones: La diversión originada por los juegos de realidad virtual de Wii (Nintendo) podrían aplicarse para rehabilitar funciones CIF como atención, percepción, posición del cuerpo, movilidad de miembros superiores y equilibrio.

PC-161. ABANDONO DEL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LAS DEMENCIAS DEGENERATIVAS (IACES Y MEMANTINA) DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO

M.G. Pezo Morales, B.J. Tineo Rojas, F. de la Lama Larco, E. Barranco Rubia y S. Ariño Blasco
Fundació Hospital Asil de Granollers.

Objetivos: Determinar la tasa de retirada del tratamiento específico con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) y/o memantina durante el primer año de tratamiento en un grupo de pacientes con demencia y describir las características clínicas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en la Unidad de Valoración Geriátrica Integral. Se incluyen pacientes diagnosticados de demencia (según criterios DSM IV) en fase leve o moderada y con indicación de tratamiento con IACE y/o memantina entre abril y junio de 2011. Se recogen variables clínicas (diagnóstico etiológico, comorbilidad, polifarmacia) y funcionales (I de Barthel). Se analiza al año el cumplimiento terapéutico y el motivo de la retirada.

Resultados: En el periodo estudiado iniciaron IACE o memantina 59 pacientes. El 64,4% eran mujeres y más del 90% tenían entre 75 y 90 años. Un año después del inicio de la medicación específica 17 pacientes (28,8%) no la continuaban. De estos 5 (10,2%) fueron exitus. Mientras que se retiró la medicación en 12 (20,3%), siendo los motivos: reacciones adversas (33,3%), intolerancia medicamentosa (16,7%), percepción de falta de respuesta (3,4%), pobre adherencia (1,7%) e ingreso hospitalario (1,7%). En los pacientes que no continuaron con el tratamiento al año: el 47,1% cumplían los criterios de pluripatología de la junta de Andalucía. Mas del 80% tenían factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, todos los pacientes tenían un Índice de Charlson modificado ≥ 5 y 52,7% de estos pacientes tenían un Índice de Barthel ≥ 80 . Antes de iniciar el tratamiento específico el 70,6% de los pacientes portaban 5 o más fármacos y el 76,5% de los pacientes portaban algún fármaco psicotrópico al inicio.

Conclusiones: La población de pacientes en los que se abandono el tratamiento tiene una alta frecuencia de pluripatología, comorbilidad y polifarmacia. Estos aspectos típicamente geriátricos deben de ser considerados en el momento de iniciar el tratamiento. Aproximadamente la tercera parte de los pacientes no continuaron el tratamiento específico al transcurrir el primer año de seguimiento. Las principales razones de abandono fueron reacciones adversas al medicamento e intolerancia al mismo.

PC-162. ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA ANEMIA EN LA POBLACIÓN ANCIANA DE HUESCA

M.E. Zazo Romojaro, M.N. Güerre Oto, G. Fabregat Gómez, A. Aules Leonardo, C. Gorgas Soria y A.C. Sanjoaquin Romero
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: Determinar la prevalencia de los distintos tipos de anemia en pacientes mayores de 60 años, atendidos en el Sector Sanitario de Huesca.

Métodos: Se estudian 51734 muestras, correspondientes a 21267 pacientes mayores de 60 años de edad procesadas en el Laboratorio del Servicio de Hematología del Hospital San Jorge de Huesca durante el año 2012. Se desestimaron las muestras repetidas del mismo paciente, con el criterio de elegir la que peor dato de hemoglobina presentara. Se determinan niveles de hemoglobina según criterio de la OMS, por debajo de 13 g/L para hombres y 12 g/L para mujeres y separación por grupos de edad, calculando la prevalencia de anemia según estos datos y realizándose estudio morfológico distribuido por edades y sexo.

Resultados: La prevalencia global de anemia en esta población es del 22%, 24,2% en hombres y 20,1 en mujeres. La distribución por edad se demuestra un crecimiento de la prevalencia en función de la edad del paciente. La anemia normocítica normocrómica es la más prevalente (80%), seguida de anemia macrocítica (10%) y en tercer lugar la microcítica (9,3%). El 5,8% de los pacientes cumplían todos los criterios de anemia ferropénica.

Conclusiones: La anemia es una patología frecuente en nuestra población anciana, aumentando la prevalencia con la edad y empeorando de la misma manera la calidad de vida. Es fundamental conocer la etiología de la anemia para optimizar el tratamiento y asegurar de esta forma una buena respuesta al mismo.

PC-163. DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS BASALES DE UNA MUESTRA DE POBLACIÓN ANCIANA DE LA COMARCA DE LA RIBERA QUE PARTICIPA EN UN PROGRAMA COMUNITARIO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

P. Pérez Ros, A. Martínez Vila, A. Martínez Subirat, S. Mas Martorell, C. Dura Canet y F.J. Tarazona Santabalbina
Universidad Católica San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La incidencia de caídas es alta en población geriátrica comunitaria.

Objetivos: Evaluar las características basales y la incidencia de caídas en una muestra de población geriátrica comunitaria.

Métodos: 730 sujetos de edad ≥ 70 años participaron en un estudio de intervención comunitaria, longitudinal, prospectivo, aleatorizado, y experimental en el departamento de salud de la Ribera. Criterios de exclusión: expectativa de vida inferior a 6 meses, institucionalizados, déficits auditivos y visuales graves, puntuación escala de Barthel en rango de dependencia severa, sujetos con patologías que contraindiquen los ejercicios pautados, desplazados de otras áreas con periodos de residencia inferiores a 6 meses, deterioro cognitivo severo y aquellos que rehúsen a firmar el consentimiento informado. Mensualmente se recogen las caídas acaecidas y trimestralmente se recogen variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas, funcionales y número de asistencias en urgencias, fracturas y hospitalizaciones secundarias a caídas. La muestra se dividió en 3 grupos: 1. Control, el cual recibió una charla formativa sobre factores de riesgo de caídas y sobre ejercicios que refuerzan balance, equilibrio, fuerza muscular y capacidad aeróbica. 2. Intervención teórica, el cual recibió la misma charla de forma trimestral como refuerzo teórico. 3. Intervención práctica, el cual recibe la misma formación teórica con periodicidad mensual acompañada de una clase práctica.

Resultados: Edad media 75,2 (DE 6,7) años. Escala de Barthel 93,8 (DE 9,9) puntos. Escala calidad de vida EQ 5 7,5 (DE 2,1) puntos. MMSE 27,6 (DE 4,1) puntos. Media de consumo de fármacos 4,6 (DE 3,2). IMC: 29,9 (DE 4,5) kg/m². Short MNA 13,6 (DE 0,7) puntos. Media del número de caídas en los 12 meses previos al estudio 0,8 (DE 1,4). No se observaron diferencias entre los grupos por edad, sexo, escala de Barthel, MMSE, EQ-5, escala de Tinetti, short-MNA, IMC, factores de riesgo de caídas, número de úlceras por presión, fármacos prescritos, fuerza prensión palmar medida con dinamómetro en ambos lados, masa grasa medida con impedanciómetro.

Conclusiones: La incidencia de caídas es considerable en la muestra estudiada. Los subgrupos presentan características similares sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas.

PC-164. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LA COMARCA DE LA RIBERA

P. Pérez Ros, A. Martínez Vila, C. Durá Canet, S. Más Martorell, A. Martínez Subirat y F.J. Tarazona Santabalbina
Universidad Católica San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La incidencia de caídas es alta en población geriátrica comunitaria. **Objetivos:** Evaluar los resultados de 176 sujetos de la muestra total que completaron los doce meses de seguimiento del estudio diseñado.

Métodos: Se analizaron los resultados de 176 sujetos del total de la muestra. Los sujetos se repartieron en tres grupos: Grupo 1. Estos sujetos recibieron instrucciones teóricas sobre prevención de caídas y ejercicios que mejoran función física y equilibrio. Grupo 2. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo trimestral. 3. Los sujetos recibieron la misma información teórica con un refuerzo mensual complementado con una clase práctica. Se recogieron variables antropométricas, clínicas, escalas de función, cognición, marcha y equilibrio, calidad de vida.

Resultados: Edad media 76,1 (DE 4,4) años. Mujeres 60,2%. La media de caídas durante el estudio fue de 0,31 (DE 0,62), cifra inferior a las 0,7 (DE 1,1) caídas de media en los 12 meses previos al estudio, $p < 0,001$. Se observó una reducción de caídas del 57% (0,4 (IC95% 0,2-0,6)). El número de factores de riesgo de caída aumenta del inicio (3,35 (DE 1,99) al final del estudio (3,49 (DE 1,96) $p < 0,02$. La calidad de vida percibida por los ancianos aumenta a la conclusión del estudio 7,67 (DE 1,69) puntos respecto al inicio 7,08 (DE 2,24, $p < 0,001$. La escala de Rizzo presenta un descenso de 0,72 (IC95% 0,57-0,88) puntos entre el final y el inicio del estudio, t de Student para datos apareados, $p < 0,001$. El grupo 3 presenta una mayor prevalencia de úlceras (1,7%) respecto a los otros grupos (0,3%). A los 12 meses en el grupo 3 ningún sujeto presenta úlceras respecto al 1,8% de media de los otros grupos, $p < 0,05$. La higiene de pies adecuada aumenta del 88% (DE 33%) al inicio respecto al 99% (DE 7,9%) del final, $p < 0,001$. También se objetiva una mayor adecuación del calzado al finalizar el estudio 99% (DE 11,1%) que al inicio 94% (DE 23%), $p < 0,02$.

Conclusiones: En la muestra estudiada, el programa reduce la incidencia de caídas, la prevalencia de úlceras y mejora la percepción de calidad de vida de los participantes.

PC-165. ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN EN LA POLIFARMACIA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN A DOMICILIO

A. Albarracín Delgado, C. Gala y P. Gil Gregorio
Servicio de Geriátría. Unidad de Atención a Domicilio. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Valorar la efectividad de una intervención sobre los pacientes poli medicados crónicamente en una unidad de atención a domicilio de geriatría.

Métodos: Estudio comparativo retrospectivo en base a Historias Clínicas de pacientes incluidos en la unidad de Atención a Domicilio durante el 2012. Periodo de estudio 06 meses. Se realizó un análisis de situación basal en la primera visita y seguimiento a los 6 meses. Variables principales: Número de pacientes, edad, número de fármacos prescritos, grupos terapéuticos implicados además de datos demográficos y patologías crónicas. Análisis estadístico: SPSS v. 15.0.

Resultados: Durante el periodo julio-12/enero-13 (6 meses) Edad media: 86.5 años. En una muestra N: 190 ptes. Un 67.9% son mujeres. Índice de Katz G en el 80%. Las principales patologías crónicas fueron HTA 51%, EPOC 30%, Demencia grave 40%. La intervención en el número de fármacos basal fue de 3.9 y a los 6 meses de 3.5 ($p < 0,002$). Los principales grupos terapéuticos donde se observó mejor respuesta fueron: el grupo de antipsicóticos atípicos el basal fue de 32% y se redujo en 6 meses 27,4% ($p < 0,05$); dentro de este grupo la risperidona (basal 20% y a los 6 meses 12% ($p < 0,01$)). En los IACE (basal 15% y en 6 meses 11% ($p < 0,06$), en el grupo de diuréticos (basal 29% y en 6 meses 20% ($p < 0,005$)).

Conclusiones: 1. Para nuestra población de estudio la valoración de intervención basada en una revisión de atención domiciliaria geriátrica y el uso de medicamentos, ha podido disminuir la prescripción inadecuada y la polifarmacia en determinados grupos farmacológicos. 2. La Unidad de atención a Domicilio es un nivel asistencial que ha demostrado utilidad en el control de la polifarmacia y en pacientes severamente incapacitados.

PC-166. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE Y EL CONSUMO DE POLIFARMACIA? EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA EXTERNA DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA

J.D. Castro Alvirena, A.M. Lebreault Polanco, C. Verdejo Bravo y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Principal: analizar la relación entre la comorbilidad y el consumo de fármacos en pacientes atendidos (nuevos y revisiones)

en una Consulta Externa de un Servicio de Geriátría. Secundarios: a) definir las características demográficas de los pacientes atendidos (nuevos y revisiones) en una Consulta Externa de un Servicio de Geriátría; b) Describir el número de fármacos y los grupos farmacológicos más utilizados por esos grupos de pacientes.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional, desarrollado en una Consulta Externa del Servicio de Geriátría durante junio y julio del 2012. Muestra: entre los pacientes consecutivamente citados, se incluyeron de forma aleatoria pacientes nuevos (grupo A) y revisiones (grupo B). A todos los pacientes se les aplicó un cuestionario analizando: variables demográficas, comorbilidad (índice de Charlson), número de fármacos consumidos y grupos farmacológicos (basados en su patología previa CIE-9). Obtención de los datos mediante una entrevista personal. Análisis estadístico: mediante el programa estadístico STATA 12.1.

Resultados: Muestra: 108 pacientes. Grupo A: 62 pacientes (57,4%), 48 mujeres. Edad media 82,9; percentil 50 del número de fármacos: 8, Percentil 50 del índice de comorbilidad: 2. Pacientes que utilizaban más de 5 fármacos: 52 (83,9%), grupos más utilizados: inhibidor bomba de protones 43 (69%), antihipertensivos 37 (60%), diuréticos 29 (47%), antiagregantes 25 (40%), hipolipemiantes 24 (39%). Grupo B: 46 pacientes (42,6%), 34 mujeres. Edad media 84,6; percentil 50 del número de fármacos: 6. Percentil 50 del índice de comorbilidad 2. Pacientes que utilizaban más de 5 fármacos: 25 (54,4%), grupos más utilizados: antihipertensivos 31 (67%), inhibidor bomba de protones 25 (54%) hipolipemiantes 20 (43%) diuréticos 19 (41%) AINES 17 (37%).

Conclusiones: 1) Los pacientes atendidos como nuevos consumían significativamente más fármacos que los pacientes atendidos como revisiones, sin que se demostrara diferencias en su comorbilidad. 2) Este menor consumo de fármacos en los pacientes atendidos como revisiones puede deberse a la intervención tras la valoración geriátrica integral. 3) Los grupos farmacológicos más utilizados por los pacientes, tanto nuevos como revisiones, son los inhibidores de bomba de protones y los antihipertensivos.

PC-167. UTILIZACIÓN DE PACIENTES SIMULADOS COMO INSTRUMENTO DOCENTE EN GERIATRÍA: UN EJEMPLO CON LA INCONTINENCIA URINARIA

R. Miralles Basseda y A. Esperanza Sanjuán
Centro Forum. Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Introducción: El uso de pacientes simulados se ha extendido sobre todo como método de evaluación de competencias clínicas [Evaluación de Competencias Objetiva y Estructurada (ECO)], sin embargo su utilización como método docente sigue siendo poco frecuente.

Objetivos: Describir el diseño de una acción formativa sobre incontinencia urinaria en la que se utiliza como método docente un paciente simulado.

Métodos: Se diseñó un taller con 4 casos clínicos sobre incontinencia urinaria (2 horas), dentro del cual se utilizó un paciente simulado (recrear situación clínica real sobre incontinencia "de urgencias"). Se elaboró guión para actor (paciente simulado) y para profesionales (médico y enfermera), que intervinieron en la simulación. En el guión se incluía: motivo y lugar de la consulta, apariencia general, situación funcional y mental, antecedentes, hábitos de vida, entorno social/familiar y la información sobre los síntomas y características de la incontinencia de urgencias, para que el actor pudiese memorizarla (urgencia miccional, momentos y frecuencia de los escapes, etc.). Se hicieron 2 listados que debían utilizar los profesionales frente al paciente en el momento de la simulación [uno con preguntas necesarias para orientar el diagnóstico de

incontinencia de urgencia (médico) y otro con consejos y recomendaciones para el paciente (enfermera)]. Diseño acción formativa: 1ª escenificación (anamnesis médico/paciente); información del caso queda proyectada se plantean preguntas clave, se genera debate. 2ª escenificación (consejos y recomendaciones enfermera/paciente). Se finaliza con una presentación dando respuesta a las preguntas planteadas.

Resultados: Se realizaron 5 talleres, dirigidos a médicos y enfermeras con una media de 35 participantes por taller [2004 (Colegio de Médicos Barcelona), 2007 (Centro Fórum Parc de Salut Mar Barcelona); 2009 y 2011 (Máster Gerontología Clínica UAB); 2012 (Centro Fórum Parc Salut Mar Barcelona)]. En todos los casos se llevó a cabo la simulación clínica en presencia de los participantes. En uno de los talleres se dispone de encuesta de valoración de los participantes, siendo el nivel de satisfacción muy elevado.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la utilización de un paciente simulado en un caso de incontinencia urinaria de urgencias, fue útil como método docente y de aprendizaje.

PC-168. TOMA DE ACENOCUMAROL EN PACIENTES SEGUIDOS EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

M. Vígara García, T. Ibarra Cayuela, M. Chung Jaén, A. Viloria Jiménez, R. Yubero y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Un moderado porcentaje de pacientes diagnosticados de demencia están en tratamiento con sintrom. Existen numerosos factores de riesgo relacionados con el deterioro cognitivo que aumentan el riesgo de presentar efectos adversos relacionados con la toma de anticoagulantes orales (ACO).

Objetivos: Conocer la utilización de ACO en pacientes con demencia, y los efectos secundarios registrados en función del tipo y grado de deterioro cognitivo.

Métodos: Estudio aleatorio en pacientes diagnosticados de demencia que acuden a la Unidad de Memoria incluidos desde el 2007 al 2012. Se analizan las siguientes variables: Edad, género, tipo de demencia, estadio evolutivo de la enfermedad, motivo de anticoagulación y efectos secundarios.

Resultados: Muestra: 100 pacientes; Edad media: $80,4 \pm 3,76$; (34 hombres y 66 mujeres). 21 pacientes (21%) toman sintrom. De ellos, 14 (66,7%) están diagnosticados de FA, 5 (23,8%) de TVP/TEP y 2 (9,5%) de valvulopatías. De todos ellos, 15 (71,4%) lo tomaban antes del diagnóstico de demencia frente a 6 (28,5%) que comenzaron a tomarlo después. Cuatro pacientes (19%) presentan DCL, 12 (57,1%) enfermedad de Alzheimer, 4 (19%) demencia mixta, y 1 (4,8%) demencia vascular. Once de ellos (52,4%) presentan demencia en un estadio leve-moderado y 6 (28,6%) demencia moderada-grave. Doce pacientes (57,1%) han presentado efectos secundarios (25% de pacientes con DCL, 45,5% de pacientes con demencia leve-moderada y el 100% de pacientes con demencia moderada-severa). Epistaxis: 5 (23,8%). Hematomas: 11 (52,4%). Hemorragia cerebral: 1 (4,7%). Siete pacientes (33,3%) han presentado una o más caídas, destacando el 100% de los pacientes con demencia vascular, el 72,6% con enfermedad de Alzheimer y el 50% de aquellos con demencia mixta.

Conclusiones: 1. El 21% de los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo o demencia toman ACO. 2. De los pacientes anticoagulados, el 23,8% presentan algún tipo de demencia en estadio moderado-grave. 3. El 57,1% ha presentado algún efecto secundario, cuyo porcentaje aumenta de manera proporcional al grado de demencia del paciente. 4. En un 28,6%, el tratamiento con ACO se inició después del diagnóstico de demencia.

PC-169. LA APLICACIÓN DE LA REGLA DE LAS 10 "D" PARA EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO DEL ANCIANO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

M. Vígara García, J. Cerdán Miguel, C. Verdejo Bravo, M.M. Machado Vera, C. Cerdán Santacruz y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Entre los factores de riesgo que contribuyen al estreñimiento crónico, la literatura geriátrica describe diez causas típicas, por su elevada frecuencia y especificidad en la población anciana. Este estudio se centra en la utilidad del análisis de la regla de las 10 "D" del estreñimiento.

Objetivos: Estudio epidemiológico sobre los factores de riesgo para sufrir estreñimiento crónico, basado en la regla de las 10 "D", en ancianos ingresados en una Unidad de Agudos con estreñimiento de acuerdo a los Criterios Roma III y en aquellos que no padecían estreñimiento.

Métodos: Análisis transversal, realizado en una Unidad de Agudos de Geriátría, desde septiembre de 2010 a marzo de 2012. A los pacientes se les aplicó una encuesta valorando la función defecatoria, analizando la presencia de las principales "D": Depresión, Drogas, Disminución de la ingesta, Demencia, Disminución de la Movilidad, Dependencia, Disminución de la privacidad, Enfermedad Degenerativa, Deshidratación y Disfunción defecatoria, según sexo y grupo de edad; número de pacientes con al menos 5D que cumplen Criterios de Roma III y aquellos que no padecen estreñimiento. Método estadístico: chi cuadrado de Pearson.

Resultados: Muestra: 150 pacientes (edad media 86,05 años; intervalo: 70-103; mujeres: 104). 81 pacientes (54%) se consideraron estreñidos, cumpliendo criterios Roma III 76 (50,6%). De ellos, presentaban al menos 5D 53 pacientes (69,7%; 35 mujeres) frente a 32 (43%) que no los cumplían ($p = 0,001$). Si se analizan por separado los grupos de edad que cumplen al menos 5D, 3 (50%) de los de 70 a 79 años, 35 (66%) de los de 80 a 89 años y 15 (57,5%) de los de más de 90 años, cumplían criterios Roma III ($p = 0,001$). El 92,3% que presentaban las 10 D, cumplían criterios Roma III, frente a 1 (7,7%) que no lo cumplía ($p = 0,000$).

Conclusiones: 1) La mayoría de los ancianos que presentan las 10 D, cumplen criterios Roma III. 2) Las drogas, disminución de la ingesta y depresión, son los factores de riesgo que presentan mayor asociación con este trastorno. 3) Factores como enfermedad degenerativa, demencia, grado de dependencia y disminución de la privacidad, no parecen influir de forma significativa en el hábito defecatorio.

PC-170. PAPEL DE LOS HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS EN LA POBLACIÓN ANCIANA CON ESTREÑIMIENTO INGRESADA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

M. Vígara García, J. Cerdán Miguel, C. Verdejo Bravo, C. Cerdán Santacruz, M. Ortega Orlo y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Existen diversos factores de riesgo asociados al estreñimiento crónico en la población de edad avanzada, algunos de los cuales dependen de los hábitos saludables del anciano.

Objetivos: Estudio de los hábitos higiénico-dietéticos asociados al estreñimiento crónico en una muestra de ancianos ingresados en una Unidad de Agudos de Geriátría.

Métodos: Análisis transversal, realizado en una Unidad de Agudos del Servicio de Geriátría, desde septiembre de 2010 a marzo de 2012. A los pacientes incluidos en el estudio se les aplicó una encuesta para valorar la función defecatoria. De los aspectos estudiados, analizamos los hábitos higiénico-dietéticos, y las diferencias entre sexos y grupos etarios. El diagnóstico de estreñimiento crónico se aceptó en base a los criterios Roma III. Método estadístico: chi- cuadrado de Pearson.

Resultados: Muestra: 150 pacientes (edad media 86,05 años; intervalo de edad 70-103; mujeres 104). Se consideraban estreñidos

81 pacientes (54%), cumpliendo criterios Roma III para estreñimiento crónico 68 pacientes (84%; 51 mujeres). En relación con los hábitos higiénico-dietéticos se encontró: pacientes que ingerían más de 1.500 ml de agua al día, cumplían criterios Roma III 29 (52,7%) y 26 (47,3%) no los cumplían; horario regular para las comidas 75 pacientes (51%) cumplían criterios Roma III y 26 (47,3%) no; alimentación rica en fibra: 72 pacientes (50,7%) cumplían criterios Roma III y asimismo 72 pacientes (49%) no los cumplían; horario regular para la deposición: 37 pacientes (56,1%) cumplían criterios Roma III y 29 (43,9%) no los cumplían; retraso de la defecación por razones sociales: 19 pacientes (55,9%) cumplían criterios Roma III y 15 (44,1%) no los cumplían; posibilidad de defecar fuera de su domicilio: 14 pacientes (32,6%) con Criterios Roma III y 29 (67,4%) no los cumplían; influencia estrés: 22 pacientes (73,3%) cumplían criterios Roma III y 8 (26,7%) no los cumplían ($p = 0,004$).

Conclusiones: Los hábitos higiénico-dietéticos son cumplidos por una mayoría de los ancianos estreñidos. La tensión emocional es el único que presenta asociación con el estreñimiento crónico. Otros factores de riesgo no analizados en este estudio, como fármacos, inmovilidad, deterioro cognitivo o patología anorrectal, podrían influir en los resultados del estudio.

PC-171. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTREÑIMIENTO EN LA POBLACIÓN ANCIANA FEMENINA INGRESADA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

M. Vígara García, J. Cerdán Miguel, C. Verdejo Bravo, C. Cerdán Santacruz, M. Ortega Orlo y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: En las mujeres de edad avanzada con estreñimiento crónico, las alteraciones del suelo pélvico contribuyen de forma importante a este trastorno.

Objetivos: Conocer la existencia de alteraciones del suelo pélvico en una muestra de ancianas con estreñimiento crónico ingresadas en una Unidad de Agudos de Geriátría.

Métodos: Análisis transversal, realizado de septiembre de 2010 a marzo de 2012 en una Unidad de Agudos de Geriátría. A las pacientes se les aplicó una encuesta para valorar la función defecatoria. Específicamente se analizó la situación funcional según Índice de Katz e índice físico de la Cruz Roja, presencia de estreñimiento crónico según criterios Roma III, alteraciones del suelo pélvico recogidas durante la exploración, consumo de fármacos, cirugías previas, número de consultas por estreñimiento, estudios y tratamientos recomendados.

Resultados: Muestra: 104 mujeres. 56 (53,8%) se consideran estreñidas y 51 (49%) cumplían Criterios Roma III. De las estreñidas, 12 (36,4%) estaban institucionalizadas, 47 (51,6%) presentaban deterioro cognitivo y 5 (38,5%) estaban inmovilizadas, frente a 21 (63,6%) institucionalizadas, 44 (48,4%) con deterioro cognitivo y 8 (61,5%) con inmovilidad en el grupo de las mujeres no estreñidas ($p > 0,05$). Respecto al tratamiento farmacológico, de las mujeres estreñidas, 29 (67,4%) recibían opiáceos y 69 (79,3%) laxantes, frente a 14 (32,6%) en tratamiento con opiáceos y 18 (20,7%) con laxantes, que no eran estreñidas (ambas: $p < 0,05$). Destacar que 18 (35,2%) realizaban compresión vaginal, 11 (21,5%) requerían extracción digital y 10 (19,6%) precisaban compresión perineal en más del 25% de las deposiciones ($p = 0,000$). Presentaban rectocele 36 (69,2%) del grupo con estreñimiento, frente a 8 (18,2%) de las no estreñidas ($p = 0,000$). 43 mujeres (84,3%) habían consultado por este problema y solo a 24 (47%) se les había realizado estudios complementarios. Únicamente a 7 (13,7%) se les planteó tratamientos alternativos a laxantes y/o enemas.

Conclusiones: 1) De las mujeres ingresadas en una Unidad de Agudos de Geriátría, el rectocele constituye una causa importante de Estreñimiento por obstrucción de salida. 2) La respuesta a la consulta

por estreñimiento crónico en la mujer anciana es inferior al 50%. 3) Como tratamiento se ofrece exclusivamente la administración de laxantes y enemas, obviando otras alternativas, como biofeedback o la corrección quirúrgica de la patología del suelo pélvico.

PC-172. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE POSTAGUDOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ANCIANO CON PATOLOGÍA VASCULAR: VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS

H. Alfaro Riveros, M.J. Robles, M.C. Pereira, S. Águila, M. Riera y R. Miralles

Centre Fórum de L'Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: Para mejorar la atención del anciano con patología vascular periférica se creó una unidad de postagudos de 5 camas, ubicada en centro sociosanitario para completar proceso asistencial de pacientes ingresados en cirugía vascular. Los profesionales geriatría realizan una VGI con énfasis en recuperación funcional. Los profesionales cirugía vascular ofrecen interconsulta y seguimiento.

Objetivos: 1. Analizar características de pacientes con enfermedad vascular ingresados en una unidad de postagudos. 2. Evaluar factores predictivos de retorno a domicilio. 3. Conocer nivel satisfacción del personal sanitario implicado.

Métodos: Se revisaron 35 pacientes [edad media $74,6 \pm 1,9$; hombres 23 (65,7%)]. Se registró: edad; sexo; diagnóstico principal; situación previa (Lawton, Barthel, estado cognitivo); situación ingreso (Barthel, Mini-Mental Folslein (MMSE), nutrición, Charlson, Gijón; situación alta (Barthel); síndromes geriátricos y destino al alta. Mediante una escala visual analógica (0-10) se valoró nivel de satisfacción de profesionales en relación a colaboración entre servicios (0 = nada satisfecho, 5 = indiferente y 10 = muy satisfecho) y beneficios del paciente (0 = ningún beneficio, 5 = indiferente y 10 = mucho beneficio).

Resultados: Diagnósticos principales: amputación dedos 7 (20,0%), amputación extremidad inferior 6 (17,1%), by pass 5 (14,2%) y otros 17 (48,5%). Situación previa (medias): Lawton $4,4 \pm 0,5$; Barthel $80,0 \pm 4,3$; estado cognitivo: no deterioro 28 (80,0%). Situación ingreso: Barthel $34,6 \pm 3,1$; MMSE $24,9 \pm 1,2$; desnutrición: 24 (68,5%), Charlson $3,14 \pm 0,29$, Gijón: $8,5 \pm 0,4$. Situación alta: Barthel $57,0 \pm 6,1$. Número de síndromes geriátricos (media) $5,8 \pm 0,3$. Destino alta ($n = 30$): 5 pacientes continúan ingresados; domicilio 10 (33,3%), otros 20 (66,6%). Los pacientes que fueron alta domicilio ($n = 10$), tenían media Barthel ingreso $48,6 \pm 8,0$, media síndromes geriátricos $4,9 \pm 0,5$ y media Gijón $6,7 \pm 0,8$; y en restantes ($n = 20$): $29,1 \pm 2,6$ ($p < 0,007$); $6,35 \pm 0,43$ ($p < 0,05$) y $9,7 \pm 0,5$ ($p < 0,004$) respectivamente. La puntuación media de satisfacción del grado de colaboración $9,6 \pm 0,2$ y en relación al beneficio paciente $9,3 \pm 0,3$.

Conclusiones: 1. La unidad de postagudos permite que los pacientes se beneficien de una atención integral por parte de ambas especialidades. 2. Los factores predictivos de retorno a domicilio fueron: Barthel ingreso, nº síndromes geriátricos y Gijón. 3. El grado de satisfacción de los profesionales de ambos servicios fue alto.

PC-173. PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA GRAVE EN UNA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA DE LARGA ESTANCIA

I. Sierra-Sesumaga Alday, N. Fernández Gutiérrez, I. Artaza Artabe, I.A. Venter, I. Aurre Altonaga y V. Martínez Espejo
Igurco Orue. Amorebieta-Etxano.

Objetivos: Determinar la prevalencia del dolor inducido en pacientes con demencia grave institucionalizados en una unidad específica de psicogeriatría así como la adecuación terapéutica en función de la severidad del mismo.

Métodos: Estudio descriptivo de las variables asociadas al dolor mediante la aplicación de la Abbey Pain Scale en una muestra de 26 pacientes (61% mujeres) con una edad media de $86,19 \pm 8,71$ años, dependencia total para actividades básicas de la vida diaria (IBM $8,34 \pm 14,64$) y demencia grave de cualquier etiología (FAST ≥ 7 , MMSE < 2 , NPI $8,61 \pm 7,26$). Asimismo, se recoge la hoja de prescripción activa en el momento de la determinación, a través de HC electrónica (Resi-plus), para determinar la pauta de analgesia, de cualquier escalón, que recibe el paciente.

Resultados: Según la puntuación obtenida en la Abbey Pain Scale, aplicada durante el aseo matinal; todos nuestros pacientes presentaban dolor de intensidad variable con una media de $9,65 \pm 3,23$ puntos, correspondiente con dolor de intensidad moderada. Cabe destacar que un 18% de nuestros pacientes presentan dolor de intensidad severa durante el aseo diario. Se objetiva dolor moderado en el 82% de la muestra (Abbey Pain Scale $8,14 \pm 3,43$). En este subgrupo, el 41% de los pacientes no tenían ningún analgésico pautado en el momento del estudio. En cuanto a los pacientes a tratamiento con antipsicóticos para control de su trastorno conductual (NPI $18,25 \pm 9,78$); es destacable el hecho de que presentaban una puntuación en la Abbey Pain Scale de $11,75 \pm 3,54$ puntos; por encima de la media muestral.

Conclusiones: El dolor debe formar, obligatoriamente, parte de la Valoración Geriátrica Integral en nuestra práctica diaria, y ser cuantificado a través de escalas adaptadas a las características de nuestros pacientes. Asegurar su detección y consecuentemente, instaurar un tratamiento analgésico orientado a la intensidad del mismo, puede llevarnos a minimizar la aparición de síntomas psicológicos y conductuales, tales como la ansiedad o agitación psicomotriz en pacientes con demencias en estadio grave.

PC-174. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO 23: CONOCER A NUESTROS CIUDADANOS PARA MEJORAR LA CALIDAD

V. Pérez Escamilla, S. García Hinarejos, R. Valera Lloris, E. Gómez González, R.M. Franco López e I. Balaguer Guallart
Departamento Manises. Valencia.

Objetivos: El proceso de hospitalización, es un período crítico para el/la paciente y su familia, que coincide con un cambio brusco e importante de su calidad de vida tras la hospitalización, y que conlleva una sobrecarga para los cuidadores. El Hospital de Manises abre sus puertas en mayo del 2009, con un modelo de gestión concesional, poniéndose en marcha el departamento de salud 23. Tras cuatro años de actividad, y con el afán de mejorar la atención al paciente nos planteamos realizar un análisis demográfico para conocer la situación, así como los reingresos y frecuentación en Manises, de pacientes de edad avanzada.

Métodos: Se realiza análisis retrospectivo y estadístico mediante el paquete estadístico SPSS, con recogida de datos desde la historia clínica en la que se recogen las siguientes variables: índices poblacionales del Departamento de Manises, edad, procedencia del municipio, estancia, destino al alta.

Resultados: La pirámide de población es regresiva, con retroceso de la natalidad y aumento del envejecimiento con índices de dependencia anciana altos (de un 23,34), que evidencian aumento también de enfermedades crónicas y dependencia. La edad mediana de los pacientes ingresados fue de 62 años, y las estancias aumentaron conforme lo hacía la edad, a partir de los 60 años. Los pacientes fueron derivados en mayor porcentaje de los municipios de Manises, Mislata, Aldaya y Quart de Poblet, siendo más de 63,29% del total. El destino al alta fue en un 89% destino domicilio, seguido de un 4,5% de fallecimientos, y sólo un 1,9 a residencias.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la edad media de los pacientes que acuden e ingresan en el Hospital de agudos y el destino al alta,

que es al domicilio, se hacen necesarias estrategias y nuevos procedimientos para poder ofrecer apoyo a los pacientes de mayor edad con el fin de poder dar una continuidad de cuidados en su medio habitual.

PC-175. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PERFIL DEL PACIENTE MULTIINGRESADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN SOCIO SANITARIA DE LA CLÍNICA DE MOLINS DE REI (BARCELONA)

J. Canals Sabaté
Clínica de Molins de Rei.

Objetivos: Analizar el perfil del usuario multiingresador en las unidades de Convalecencia y Subagudos y las diferencias con el resto de usuarios

Métodos: Determinación características demográficas, diagnóstico de ingreso y destino al alta de pacientes ingresados en las unidades de Convalecencia del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2012 y en la unidad de Subagudos del 1 de enero de 2012. Comparación entre aquellos pacientes que han efectuado 1 ingreso con resultado de alta por exitus y aquellos que han efectuado 2 o más ingresos con alta con destino al domicilio.

Resultados: En proceso.

Conclusiones: Pendientes.

PC-176. ANÁLISIS DE PACIENTES DADOS DE ALTA EN EL HOSPITAL DE CRÓNICOS DE MISLATA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

R. Valera Lloris, V. Pérez Escamilla, S. García Hinarejos, E. Gómez González, R.M. Franco López y L. Sancho-Miñana Tobajas
Departamento Manises. Valencia.

Objetivos: El Hospital de Crónicos de Mislata, pertenece al Departamento de Salud de Manises, e inició su actividad en mayo del 2010. La población actual, según fuentes del SIP, de la Comunitat Valenciana es de 5.117.336 habitantes, y con un índice de envejecimiento (población de 65 y más años sobre el total) de 16,74%, el departamento de Manises atiende a una población exacta de 203.640 habitantes, con un índice de envejecimiento de 14,72%. Nos planteamos estudiar los pacientes dados de alta del Hospital durante los años 2011 y 2012 con el objetivo de conocer cuál ha sido su evolución tras el alta.

Métodos: Se plantea estudio descriptivo en el que se recogen variables sociodemográficas (edad y sexo), así como destino al alta, y frecuentación en otros recursos sanitarios, así como reingresos en el Hospital. Se realizó análisis estadístico mediante Paquete estadístico SPSS en su versión 15.0.

Resultados: Sexo: el 51,16% son mujeres, frente a un 48,84% que son hombres. Edad: el 55,86% son pacientes mayores de 71 años. En el rango de 0 a 45 años, tan sólo fueron dados de alta 7,75%. Y el resto (de 46 a 70 años) fueron un 37,25%. Destino al alta: el 79,07% se fueron al domicilio, un 12,40% se marcharon a residencia, y con la UHD se fueron un 4,65%. Urgencias: el 24,85% no acudieron, hasta la fecha, a urgencias de Hospital de agudos; el 34,88% acudieron una vez y el 19,38% acudieron dos veces. Entre 3 y 4 veces acudió el 13,96% de pacientes dados de alta. Hospital de agudos. Un 51,94% no reingresaron en un hospital de agudos, un 29,46% reingresaron una vez; 2 veces ingresaron un 10,08%; y entre 3 y 5 veces, un 8,53%. HACLE. Solamente han reingresado entre una y dos veces en Hospital de Crónicos un 6,98%.

Conclusiones: Existe una relación directa entre la edad de los pacientes dados de alta y la necesidad de recursos sanitarios, por lo que se hace indispensable emprender líneas de actuación para controlar, desde el alta, a los pacientes de mayor edad.

PC-177. CONCENTRACIONES SÉRICAS DE TESTOSTERONA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA

F. Prado Esteban¹, P. Iglesias Lozano², A. Muñoz Pascual¹, M. Macías Montero¹, M. Guerrero Díaz¹, P. Tajada Alegre¹, C. García Arévalo¹ y J. Díez Gómez¹

¹Hospital General de Segovia. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar las concentraciones séricas de testosterona de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos y su asociación con la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Se estudiaron 150 pacientes ingresados, y procedentes del Servicio de urgencias. Se registraron parámetros antropométricos y analíticos que permitían clasificar a los pacientes en tres categorías: a. Función gonadal normal: testosterona > 200 ng/dl hipogonadismo primario testosterona < 200 ng/dl y elevación de gonadotropinas (FSH > 18,1 mU/ml, y LH > 9,3 mU/ml); e hipogonadismo secundario o central: testosterona < 200 ng/dl y gonadotropinas normales o disminuidas (FSH ≤ 18,1 mU/ml, y LH ≤ 9,3 mU/ml).

Resultados: Edad media 86 años, peso medio 65,3 Kg, IMC medio 25,7 kg/m². Volumen testicular medio 15 ml. 80 pacientes presentaban hipogonadismo: hipogonadotropo 12; normogonadotropo 33 e hipergonadotropo 35. En análisis de regresión múltiple se encontró la correlación más significativa entre testosterona y las siguientes variables: edad, volumen testicular, T3L (triyodotironina libre), estradiol, SHBG (sex hormone binding globulin). En los pacientes con hipogonadismo el porcentaje de muerte hospitalaria es mayor que en los que no lo presentan. Igualmente el hipogonadismo se asocia a una mayor probabilidad de muerte hospitalaria.

Conclusiones: La prevalencia de hipogonadismo es alta entre la población anciana hospitalizada. La determinación de testosterona no forma parte de las determinaciones analíticas rutinarias. Su determinación debería incluirse en los parámetros que nos ayuden a caracterizar mejor la fragilidad en el anciano, y el riesgo de muerte hospitalaria.

PC-178. EL DOLOR EN LA DEMENCIA TERMINAL

M. Herrera Abián, G. Megías Baeza, F.J. Soria Perdomo, E. García Gómez, B. Alvira Rasal y A. Jiménez Rodríguez
Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Introducción: El dolor, tanto agudo como crónico, es un síntoma subestimado e infratratado en pacientes ancianos en general y en dementes en particular. La prevalencia de dolor en residencias varía entre 45-80%. Sin embargo los cambios producidos por el envejecimiento en la percepción del dolor son clínicamente insignificante.

Objetivos: Estudiar población con criterios de demencia grave y/o terminal, patologías intercurrentes potencialmente causantes de dolor. Evaluar tratamientos analgésicos pautados en este grupo de pacientes, y sus consecuencias.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes evaluados durante el año 2012 en la planta de geriatría del hospital. Se evaluaron todos aquellos cuyo diagnóstico era demencia grave, grave o terminal. Se recogieron datos de institucionalización, tratamiento, patologías potencialmente dolorosas, disfagia. Y la aparición de síndrome confusional, o trastorno de conducta.

Resultados: Fueron evaluados 74 pacientes con demencia grave. 83% de ellos institucionalizados en residencias del área. Patologías concomitantes: oncológicas 43%, osteoarticular 87%, fracturas previas; cadera, vertebrales, colles... 42%, disfagia 56% documentada. En cuanto al tratamiento analgésicos: 42% algún tipo de algésico de cualquier nivel, 26% tratamiento con opioides mayores, de estos el 82% era fentanilo tts, y el 42% de estos rescates de fentanilo transmucoso Actiq®. Sd confusional o agitación documentada en el 74% de los pacientes. Recogida de EVA u otra valoración de dolor en 38% de los pacientes.

Conclusiones: Existe un gran número de pacientes con demencia, y con trastorno de conducta asociada. Todavía falta reflejar la valoración de dolor en estos pacientes, aun en los servicios de geriatría. Se trata

poco el dolor, aun conociendo patologías potencialmente dolorosas. Está infrautilizado el tercer nivel de analgesia, quizá por un falso miedo a tratar a pacientes ancianos con opioides o por falta de experiencia. El fentanilo trasdérmico y el transmucoso Actiq® son buenos fármacos y muy usados en el tratamiento de dolor en pacientes con demencia, ya que muchos de ellos llevan asociados trastornos de la deglución en el momento de la valoración o los tendrán en el futuro.

PC-179. A PROPÓSITO DE UN CASO DE LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES

J. Martín Márquez, J. Gil Moreno, V. Mazoterías Muñoz, J.L. Esquinas Requena, G. Martínón Torres y N. Parras García de León
Hospital General. Ciudad Real.

Introducción: Presentamos un caso de linfoma no Hodgkin de células B en paciente con hipercalcemia y fractura de clavícula izquierda.

Caso clínico: Mujer de 81 años con AP de HTA, DM tipo 2, dislipemia, enfermedad de Parkinson, artropatía degenerativa con aplastamientos vertebrales. Situación basal: desde hace 2 meses vida cama sillón. Katz F. Barthel 30/100. No deterioro cognitivo. Vive en domicilio con buen soporte. Enfermedad actual: Acude al Sº de Urgencias por náuseas y vómitos de 48 h de evolución. No fiebre ni sensación distérmica, asocia pérdida de peso cuantificada de 10 Kg. Exploración física: a destacar en la exploración neurológica sensibilidad normal, reflejo rotuliano presente pero disminuido, paraparesia 3/5 en MID, 4/5 en MII. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Evolución: Se inicia Ttº con sueroterapia, diuréticos, corticoides, siendo necesario tratamiento con ácido zolendróico por hipercalcemia de 13.44 con mejoría clínica y analítica. En estudio de hipercalcemia destaca PTH y vitamina D baja y proteinograma normal, gammagrafía ósea con múltiples lesiones infiltrativas y en PET-TAC afectación adenopática mediastínica, retroperitoneal y pélvica, nódulos metastásicos pulmonares bilaterales y lesiones líticas múltiples, decidiéndose PAAF en masa adyacente a clavícula izquierda con informe anatomopatológico de linfoma B difuso de células grandes. Por parte del Sº de Hematología se inicia tratamiento con QMT según esquema R-CHOP en 2 ciclos suspendido por presentar mala tolerancia falleciendo la paciente en el plazo de 1 mes.

Discusión: La hipercalcemia es el síndrome paraneoplásico más frecuente (5 -20%) y se asocia con mayor frecuencia a carcinoma de pulmón, mama, mieloma, linfoma y carcinoma de cabeza y cuello, está causada por sustancias producidas por el tumor, siendo el péptido relacionado con la parathormona (PTH-rP) el responsable en casi todos los casos, pudiendo estar también relacionados la IL-6 y el factor de necrosis tumoral (TNF). En el linfoma es rara la aparición de hipercalcemia en ausencia de lesiones óseas. En la hipercalcemia asociada a linfoma se debe iniciar el tratamiento con quimioterapia de forma precoz, pues la reducción de la masa tumoral puede contribuir al control de la calcemia.

PC-180. SOLEDAD, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DERIVADOS A PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.M. Sánchez Rodríguez y C. Liberal
Benito Menni Complex Asistencial en Salut Mental. Sant Boi de Llobregat.

Objetivos: La soledad subjetiva es frecuente en la población de personas mayores en nuestro país (Imsero, 2006). La soledad se relaciona con un peor estado de salud física, así como con mayores niveles de depresión y ansiedad (Pinquart y Sorensen, 2001). El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes mayores de 65 años derivados a psicología clínica desde atención primaria y analizar si la soledad se relaciona con mayores niveles de depresión y ansiedad y con una peor salud autopercebida.

Métodos: La muestra (N = 36) está compuesta por pacientes mayores de 65 derivados a psicología clínica por su médico de cabecera durante el año 2012. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, de salud, actividades realizadas y motivo de consulta. Se aplicaron escalas de soledad (de Jong Gierveld, 1987) y escalas de depresión y ansiedad (Goldberg, 1998).

Resultados: Los pacientes tienen una edad media de 73 años, el 81% son mujeres y un 58% están casados. El 50% perciben su salud física como mala o muy mala y tienen una media de tres enfermedades crónicas. Un 21% dicen que se sienten solos a menudo y un 57% algunas veces. Los síntomas clínicos son frecuentes, un 61,5% supera el umbral de depresión y un 61,5% el de ansiedad. El motivo de consulta está relacionado en la mayoría de los casos con problemas familiares y con pérdidas. La soledad correlaciona de manera significativa con la depresión y con la ansiedad ($r = 0,77$ y $r = 0,68$, $p < 0,01$), así como con una menor frecuencia de hacer deporte ($r = -0,54$, $p < 0,05$), pero no con la salud autopercebida ($r = -0,20$, $p > 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes mayores de 65 años derivados a psicología clínica refieren una elevada soledad subjetiva, así como síntomas de depresión y ansiedad. La soledad se relaciona con una peor salud mental, pero no con la salud física. Las personas que hacían más deporte se sentían menos solas, lo que apoya la idea de que mantenerse activos y relacionarse mediante actividades físicas mejora el bienestar subjetivo.

PC-181. LA INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

C.O. Minea, F.A. Quiñónez Bareiro, M.S. Chiriboga Lozada, B. Cámara Marín y F. Moreno Alonso

Hospital Geriátrico Virgen del Valle. Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivos: Valorar los resultados de la rehabilitación en pacientes de más de 70 con fractura de cadera y la influencia del deterioro cognitivo en la recuperación funcional al alta.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de todos los pacientes ingresados con fractura de cadera para recuperación funcional en la unidad geriátrica de media estancia de Hospital Geriátrico de Toledo, por un periodo de un año (enero 2012 hasta diciembre 2012). Se recogieron variables clínicas (sexo, edad), el número de días de ingreso, situación funcional previo a la fractura de cadera, en el momento de ingreso y en el momento del alta (Índice de Barthel), y la situación cognitiva previa (GDS).

Resultados: De los 239 pacientes ingresados 113 que representaban 48,5%, presentaron fractura de cadera. La edad media fue de 82,8 años y 68% fueron mujeres. Tras el análisis de regresión línea, la edad per sé no fue un factor asociado a mayor dependencia funcional. Pero, la presencia de deterioro cognitivo al ingreso y de deterioro funcional previo a la fractura se asociaron con mayor dependencia funcional. Por el otro lado, la presencia de deterioro cognitivo asoció también mayor estancia hospitalaria.

Conclusiones: El grado de deterioro cognitivo constituye un factor pronóstico rehabilitador negativo en pacientes intervenidos de fractura de cadera asociándose a peor pronóstico funcional indistintamente de la edad.

PC-182. UNA UNIDAD DE AGUDOS DEPENDIENTE DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA (SG) QUE MIRA HACIA EL FUTURO EN MOMENTOS DE CRISIS

J. Pérez del Molino Martín, M.J. Sanz-Aranguez, Z. Yusta Escudero, B. Pérez Pena y A. Ruiz Herrera

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Es reconocida la complejidad del abordaje global del anciano frágil con patología aguda en el hospital, comprometido con

buenos resultados clínicos y funcionales, respondiendo a las necesidades de optimizar los parámetros de gestión asistencial. Con este espíritu nace el SG del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) con una metodología asistencial del paciente que se describe en esta comunicación.

Métodos: En base a la información clínica sobre el total de pacientes ingresados en Unidad de Agudos (UA) del SG durante el 2012 se describe la sistemática de trabajo que pudiera explicar los mismos.

Resultados: Nuestra sistemática de trabajo se sustenta en varios pilares básicos: a) Precocidad en la intervención (menos de 24 horas desde la consulta en Urgencias); b) Minuciosidad y exhaustividad en la valoración (se presenta nuestro protocolo); c) Reflexión crítica de los diagnósticos de urgencias (no coincidente en el 30% de casos); d) Un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento rápidos; e) Una búsqueda activa de la iatrogenia como problema presente (67% de los casos) incluso condicionante del ingreso (23%); f) El planteamiento sistemático de objetivos funcionales; g) La implementación de una metodología de trabajo funcional; h) Sesión diaria de equipo; i) Una gestión precoz del alta con clara implicación de la trabajadora social; j) El trabajo en equipo, con una clara identificación del líder, e incorporación de técnicos "aventureros" (trabajando en ambientes reales y con objetivos funcionales); i) El establecimiento de vínculos de afecto con pacientes y familiares, así como asesoramiento y entrenamiento.; j) El respeto a la autonomía del paciente; k) La continua reflexión sobre el beneficio de seguir hospitalizado; l) La proyección hacia la comunidad y recursos sociosanitarios; m) La gestión directa del proceso por parte del médico; n) El desarrollo de recursos de apoyo que den una respuesta rápida al paciente: consultas de apoyo al alta, visitas domiciliarias...; ñ) Un pensamiento compartido de que el conocimiento derivado de la Geriátría no es negociable.

Conclusiones: La eficiencia de nuestra UA depende de múltiples aspectos cuya conjunción puede explicar los excelentes resultados en términos de prevención del deterioro funcional y gestión asistencial.

PC-183. REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTE CON MIOPATÍA POR ESTATINAS

C.O. Minea, M.S. Chiriboga Lozada, F.A. Quiñónez Bareiro, F. Moreno Alonso y B. Cámara Marín

Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: La miopatía relacionada con estatinas es una causa clínicamente importante de la intolerancia y la interrupción del tratamiento con estatinas. El espectro de la miopatía por estatinas puede ir desde mialgia común, manifestación clínicamente benigna, hasta rabdomiólisis que puede ser potencialmente mortal.

Caso clínico: Una mujer de 75 años presenta fatiga, dolor muscular y debilidad. La historia clínica de la paciente incluye hipertensión, diabetes, colesterol, epilepsia con buen control farmacológico y AIT de repetición. Su tratamiento habitual era: 40 mg de atorvastatina, metformina, vidagliptina, clopidogrel, valproato. Respecto a la situación basal la paciente presentaba un Índice de Barthel de 100, era independiente para las actividades instrumentales, sin quejas mnésicas y vivía junto con su esposo. Tras el tercer episodio de AIT se realizó reajuste de su dosis de atorvastatina. Posteriormente, la paciente presenta dolor muscular e importante debilidad, con deterioro funcional secundario, presentando un Índice de Barthel de 45. Los hallazgos de laboratorio, incluyendo la función hepática, mostraron un aumento de ALT, AST y CK hasta diez veces por encima del límite superior de la normalidad, que concluyó el diagnóstico de miopatía relacionada con estatinas. La paciente recibió fluidos intravenosos, un período de "vacaciones de estatinas" y entró en un programa de rehabilitación en una Unidad de Media Estancia, con importante recuperación funcional en unas semanas.

Discusión: La edad avanzada, la insuficiencia renal y hepática, la diabetes y la polimedicación pueden aumentar la concentración sérica de las estatinas. La miopatía por estatinas tiene una alta incidencia y debe ser considerada cuando se realizan diagnósticos diferenciales y cuando los hallazgos de laboratorio y clínicos la sugieren.

PC-184. ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN PERSONAS MAYORES DEL ÁREA BÁSICA LLEIDA RURAL NORD (LLEIDA)

R. Rodríguez Flores, L. Al-Jouja Llorente, M. Astals Bota, L. Gros Navés, E. Nadal Morancho y M. Polo Sentañes GSS. Lleida.

Introducción: Estudio realizado en el Servicio de Atención Continuada (ATCON) del Área Básica de Lleida Rural Nord (Lleida). Son 11 poblaciones rurales con 24.287 habitantes (Idescat 2011). Centro de referencia situado en Alpicat (Lleida). Alto grado de dispersión geográfica. Hospital de referencia a 7,7 km. 15'.

Objetivos: Estudiar la eficacia del Servicio de Atención Continuada que se da a las personas mayores en el ABS Lleida Rural Nord.

Métodos: Estudio: descriptivo y transversal realizado entre julio 2011 y junio 2012. Población a estudio: personas mayores que solicitaron el servicio. Obtención de datos: sistema informático e-CAP. Recogida de datos: un día de la semana de forma no consecutiva durante 52 semanas. Variables a estudio: Sexo, edad, ámbito de pertenencia, motivo de la visita, diagnósticos, lugar de visita, profesional que interviene, derivaciones, reevaluaciones durante los 2 días siguientes.

Resultados: Muestra: 312 pacientes. Edad: ≥ 65 años de edad. Sexo: hombres (38,78%), mujeres (61,21%). Diagnósticos principales: vías respiratorias bajas (12,8%); osteo-musculares (10,6%); vías respiratorias altas (9,93%); cardiovasculares (8,65%); aparato digestivo (7,69%); nefro-urología (6,09%); neurología (4,17%); heridas (4,17%); dermatología (3,84%), defunciones (3,53%). Tipos de visita: Centro (53,39%), Domicilio (21,79%), Telefónicas (16,02%), Residencias (8,33%). Derivaciones: Domicilio (73,07%); Hospital (9,61%); Médico cabecera (2,24%); Enfermería (1,93%). Causas más frecuentes derivaciones al hospital: Osteomuscular (23,34%), Neurología (23,34%), Cardiovascular (23,34%), Respiratorio (13,33%). Reevaluaciones 2 primeros días: Médico de cabecera (19,23%), Enfermería (10,89%), ATCON (6,08%).

Conclusiones: El estudio realizado observa que las consultas más prevalentes se dan en afecciones de vías respiratorias bajas y osteo-musculares. También se destaca una alta resolución de los casos atendidos: el 73,07% van a su domicilio, mientras que al hospital son derivados un 9,63%. Las causas más frecuentes de derivación al hospital se dan en traumatología (23,34%), Cardiovascular (23,34%) y Neurología (23,34%). Señalar finalmente, que el 64% no reconsultó por el mismo motivo en las primeras 48h. Podemos concluir que ATCON tiene una elevada resolución de casos.

PC-185. DETECCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL ANCIANO: BENEFICIOS DEL QUANTIFERON FRENTE A LA TUBERCULINA

F. Uriz Otano¹, N. Martínez Velilla², L. Gil Gerrero¹ y V. Malafarina¹

¹Hospital San Juan de Dios. Pamplona. ²Complejo Hospitalario de Pamplona.

La población anciana sigue constituyendo un reservorio importante de la enfermedad. Presentamos el caso de una mujer de 84 años con antecedentes de HTA, depresión, reciente caída con traumatismo lumbar y acuñaamiento L1, buena situación basal, que ingresa por un cuadro constitucional, coxalgia, deterioro funcional y cognitivo. Se realizó TAC toracoabdominal objetivando un patrón pulmonar micronodulillar miliar difuso con adenopatías calcificadas, y signos de espondilodiscitis T12-L1 con absceso de psoas. Se interpretó como

probable tuberculosis diseminada, realizándose dos Mantoux espaciados en 15 días siendo negativos, así como baciloscopia de esputos inducidos y en orina siendo también negativos. Dada la negatividad de las pruebas diagnósticas se realizó la prueba Quantiferon-TB a espera resultados de los cultivos (positivos), siendo altamente positiva (29,3 UI/ml). En este contexto de alta sospecha clínica y radiológica, se inició tratamiento antituberculosísticos con buena tolerancia y mejoría progresiva tanto del cuadro constitucional y las imágenes radiológicas, como del deterioro cognitivo, funcional y del dolor. El QuantiFERON-TB Gold In-Tube ha demostrado una alta especificidad con respecto a la tuberculina en el diagnóstico de infección tuberculosa latente o activa y una mayor sensibilidad diagnóstica en poblaciones de baja incidencia de tuberculosis. Los estudios realizados en ancianos son escasos. Kobashi et al en un estudio realizado sobre 30 ancianos con tuberculosis activa objetivan una mayor sensibilidad del Quantiferon (77%) con respecto a la tuberculina (27%), siendo esta diferencia mayor que la de los jóvenes (Quantiferon 87% vs tuberculina 70%). La mayor parte de las guías, proponen su utilización en combinación con la tuberculina cuando ésta es negativa, o en aquellos vacunados de tuberculosis. Por otra parte indican que el Quantiferon no deben reemplazar el estándar de diagnóstico de la tuberculosis activa (tuberculina, pruebas radiológicas, baciloscopia, cultivo, PCR). Sin embargo basándonos en una evidencia limitada en ciertas situaciones clínicas como tuberculosis (extrapulmonar y pulmonar) con baciloscopia y tuberculina negativa; el Quantiferon podrían contribuir con información adicional como parte del estudio diagnóstico en la tuberculosis activa a espera de otros resultados. En nuestro caso, facilitó las decisiones terapéuticas en un contexto de incertidumbre diagnóstica.

PC-186. UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. ¿UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN PARA PACIENTES ANCIANOS FRÁGILES Y COMPLEJOS?

J. Pérez del Molino Martín, M.J. Sanz-Aranguez, Z. Yusta Escudero y B. Pérez Pena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) han demostrado ser más eficientes en la asistencia al paciente anciano complejo que las Unidades convencionales de Agudos, con una reducción de la estancia media (EM) y de los costes hospitalarios (menor gasto farmacéutico y solicitud de pruebas complementarias). Estudiamos la EM de nuestra unidad con respecto a otras UGAs españolas, manteniendo la disminución de incidencia de deterioro funcional e institucionalización al alta.

Métodos: Se recogieron datos de actividad asistencial de nuestra base de datos del 1 enero al 31 diciembre de 2012. Se evaluó EM, patología principal que motiva el ingreso, destino al alta y deterioro funcional al alta definido como Índice de Barthel (IB) al alta-previo ≥ 10 puntos. Se compararon las EM de los pacientes asistidos en nuestra Unidad con la de otras UGAs españolas con similar casuística medida mediante GRDs. Se utilizó Test de ANOVA para comparación de medias.

Resultados: Nuestra Unidad presenta una estancia media de 6,1 días siendo inferior a la de otras UGAs de hospitales españoles (8-12 días), aproximándose a Unidades de Alta Resolución de los Servicios de Urgencias (UARH 3,6 días). La edad media de nuestros pacientes es $85,58 \pm 5,95$ años, siendo mujeres un 65,4%, con IB previo medio $50,67 \pm 36,41$ puntos (el 40% presentan discapacidad grave o total y el 30% leve o sin discapacidad). Las principales patologías que precipitan el ingreso son: insuficiencia cardíaca, infecciones broncoaspiratorias, ACVA (similares a otras UGAs). En cuanto a parámetros de efectividad, objetivamos un 18,5% de deterioro funcional al alta, con un 5% de nuevas institucionalizaciones al alta.

Conclusiones: Nuestra unidad presenta una EM significativamente inferior a la de otras UGAs de hospitales españoles asistiendo a pacientes con similar casuística, quizás en relación con diferencias metodológicas pendientes de evaluación. Estos datos nos inducen a plantear la existencia de Unidades Geriátricas de Alta Resolución para ancianos complejos y frágiles, que aporten frente a las UARH convencionales prevención de deterioro funcional e institucionalización al alta.

PC-187. COMPARATIVA DE LA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA CON LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV)

M.J. Sanz- Aranguez, J. Pérez del Molino Martín, Z. Yusta Escudero y B. Pérez Pena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: La asistencia en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) ha demostrado en diferentes metaanálisis nacionales e internacionales ser más eficiente que la proporcionada en Unidades convencionales de Agudos, con una reducción de la estancia media y de los costes hospitalarios. Estudiamos los parámetros de actividad de nuestra unidad frente al Servicio de Medicina Interna (MI) del HUMV.

Métodos: Se recogieron datos de actividad asistencial de la Unidad Estadística e Información Clínica del HUMV del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012 en MI, incluyendo pacientes sin límite etario, y del 1 de enero al 30 noviembre en S. Geriátrica. Se evaluó la estancia media (EM), rendimiento anual de cada cama, el destino al alta, patología principal que motiva el ingreso (GDR), y mortalidad de cada unidad. Se utilizó test de ANOVA para comparación de variables continuas y Chi Cuadrado para categóricas.

Resultados: El número total de pacientes ingresados en el año 2012 en UGA fue de 448, mientras que en MI fueron 3.951. Sin embargo nuestra UGA presenta un rendimiento anual doble por cada cama (UGA 64 ingresos/cama vs MI 32 ingresos/cama). Nuestra UGA presenta una EM muy inferior a la del S. MI, siendo de 6,1 días frente a 10,3 días ($p < 0,001$). En cuanto al destino de los pacientes al alta también existen diferencias significativas: Domicilio (UGA 84,6%; MI 77,4%), Unidades de Larga Estancia Hospitalaria (UGA 0%; MI 4,1%), traslados a otros servicios (UGA 5,16%; MI 10,8%). Las principales patologías que motivan el ingreso son insuficiencia cardíaca, infecciones respiratorias e ictus, sin objetivarse diferencias en los GDRs cuando se comparan pacientes mayores de 65 años. Tampoco existen diferencias en cuanto al porcentaje de fallecimientos pese a una política muy activa de cuidados paliativos (UGA 11,5%; MI 12,23%).

Conclusiones: Para los mismos GRDs nuestra UGA presenta una estancia media significativamente inferior a la del S. MI, evitando el traslado a Unidades Hospitalarias de Larga Estancia y reduciendo significativamente la necesidad de traslados otros Servicios.

PC-188. ESTUDIO COMPARATIVO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA ENTRE LA POBLACIÓN MENOR DE 65 AÑOS Y LA MAYOR DE 65 AÑOS. ÁREA BÁSICA LLEIDA RURAL NORD (LLEIDA)

R. Rodríguez Flores, L. Al-Jouja Llorente, M. Astals Bota, L. Gros Navés, M. Polo Sentañes y G. Rofes Ysac
GSS. Lleida.

Introducción: Estudio comparativo del servicio de atención continuada del Área Básica de Lleida Rural Nord (Lleida). Son 11 poblaciones rurales con 24.287 habitantes (Idescat 2011). Centro de referencia en Alpícat (Lleida). Alto grado dispersión geográfica. Hospital referencia a 7,7 km. 15'.

Objetivos: Comparar la atención continuada entre población menor de 65 años y personas mayores de 65 años.

Métodos: Estudio: comparativo, descriptivo y transversal realizado entre julio 2011 y junio 2012. Población a estudio: personas que solicitaron el servicio. Obtención de datos: sistema informático e-CAP. Recogida de datos: un día de la semana de forma no consecutiva durante 52 semanas. Variables a estudio: Sexo, edad, ámbito de pertenencia, motivo de la visita, diagnósticos, lugar de visita, profesional que interviene, derivaciones, reevaluaciones durante los 2 días siguientes.

Resultados: Muestra: 1.337/312 pacientes. Edad: 0-64 años de edad/mayor 65 años de edad. Sexo: Hombres (46,67%)/(38,78%) Mujeres (53,32%)/(61,21%). Diagnósticos principales: vías respiratorias altas (29,27%)/(9,93%); vías respiratorias bajas (4,92%)/(12,8%); neurología (1,52%)/(4,17%); cardiovasculares (1,19%)/(8,65%); osteo-musculares (15,38%)/(10,66%); aparato digestivo (7,99%)/(7,69%); dermatología (7,31%)/(3,84%); nefro-urología (4,77%)/(6,09%); Tipos de visita: Centro (93,27%)/(53,39%) Domicilio (2,87%)/(21,79%) Residencias (8,33%) Telefónicas (3,85%)/(16,02). Derivaciones: Domicilio (88,80%)/(73,07%); Médico cabecera (1,33%)/(2,24%) Enfermería (0,22%)/(1,93%) Hospital (4,59%)/(9,61%). Causas más frecuentes derivaciones al hospital: Osteomuscular 35,48%/(23,34%), Respiratorio (9,67%)/(13,33%) Neurología (3,22%)/(23,34%), Cardiovascular (4,83%)/(23,34%). Reevaluaciones 2 primeros días: Médico de cabecera (49,25%)/(19,23%), Enfermería (16,41%)/(10,89%), ATCON (13,43%)/(6,08%). En total un 30,2% en la población de menos de 65 años contra un 36% de la población de más de 65 años.

Conclusiones: Las enfermedad más prevalente en la población de más de 65 años son vías respiratorias bajas, contra las vías respiratorias altas en menores de 65 años. Las derivaciones al hospital son más frecuentes en la población de más 65 años, 9,61% contra 4,59%. Ambas poblaciones causas más frecuentes de derivaciones al hospital son osteomusculares. Las visitas en el Centro son más frecuentes en la población de menos de 65 años, 93,27% contra 53,39%. Por último señalar que un 69,8% de los menores de 65 años no reconsultó, contra un 64% de los de más de 65 años que sí lo hizo. En ambos casos la eficacia del ATCON es bastante elevada.

PC-189. PAPEL DE LA IL-6 EN LA MORBIMORTALIDAD Y FUNCIONALIDAD A CORTO PLAZO EN LA FRACTURA PERTROCANTÉREA DE FÉMUR. ESTUDIO PRELIMINAR

L. Guardado Fuentes, A.C. Pérez Rodríguez, L. Serrano Mateo, A. Urda Martínez-Aedo y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Estudiar la relación entre niveles séricos de IL-6 tras una caída que provoque una fractura pertrocantérea y la morbilidad y deterioro funcional a corto plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes > 60 años operados de fractura pertrocantérea de cadera. Se excluyen: pacientes con más de una fractura, de probable origen tumoral o en situación inflamatoria-infecciosa concomitante. Se recogen datos demográficos, estado funcional basal y al alta, complicaciones durante el ingreso, mortalidad. Se determinan niveles séricos de IL-6 al ingreso y su relación con la evolución clínica y las complicaciones. SPSS 19.0.

Resultados: n: 31 pacientes (73,2% mujeres), edad media 84,4 años, Tipo de fractura (AO Foundation) A1 47,5%, A2 50,0%, A3 2,5%. Durante el ingreso presentaron complicaciones 13,2%, 40% de tipo infeccioso (42,5% a las 72 horas), mortalidad 2,4%. Autonomía basal 73,2%, manteniendo un 87,8% la funcionalidad al alta. Se observaron niveles medios de IL-6 de 40,7 en pacientes sin complicaciones, frente a 46,1 con complicaciones. No encontrando relación estadísticamente significativa entre dichos niveles y las complicaciones ni el deterioro funcional.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes de la muestra preservan la funcionalidad al alta hospitalaria. En la fase preliminar de este estudio no se ha observado relación entre las cifras iniciales de IL-6

y la morbilidad secundaria a la intervención sobre fractura peritrocantérea de fémur.

PC-190. ESTUDIO DEL UMBRAL DE DISCONFORT EN EL PIE DE LAS PERSONAS MAYORES

L. Dueñas Moscardó, E. Lluch Girbes, M. Balasch i Bernat, S. Mena del Horno, S. Pérez Alenda y M.L. Sánchez Sánchez
Universidad de Valencia.

Objetivos: Los problemas en los pies, especialmente el dolor, son frecuentes en las personas mayores y llevan asociadas alteraciones de la marcha, equilibrio y de la funcionalidad. 1) Existen numerosos estudios sobre las presiones plantares producidas durante la marcha, sin embargo, existe un vacío en la literatura sobre la tolerancia a dichas presiones. 2) El objetivo de este estudio fue analizar cómo se modifica el umbral de tolerancia a presiones plantares en función de la edad.

Métodos: 36 sujetos que vivían en la sociedad independientemente fueron medidos en 3 grupos: de 20 a 35 años, de 50 a 65 años y mayores de 65 años. Se utilizó un algómetro digital consistente en un dinamómetro manual, de la marca *Salter*, adaptado mediante una galga cilíndrica de aluminio con una superficie de contacto de 1 cm². Se aplicó manualmente una presión sobre la planta del pie de forma creciente en 12 puntos diferentes (en base a criterios biomecánicos) en orden aleatorio hasta que el sujeto detenía la prueba, quedando registrado el umbral de disconfort a la presión.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en función de la edad, siendo los mayores de 65 quienes presentaron mayor tolerancia a la presión. Los mayores de 65 años presentaron mayores umbrales en todas las zonas del mediopié y del talón; también presentaron mayores presiones que los jóvenes en la zona del primer dedo y que los adultos menores de 65 años en la cabeza del 4º metatarsiano.

Conclusiones: La edad influye en el umbral de tolerancia a las presiones plantares, especialmente en el talón, zona externa del mediopié y bóveda plantar. Los mayores niveles de tolerancia a la presión se presentan en la zona del talón. Los mayores de 65 años pueden considerarse población de riesgo por la disminución de la sensibilidad en la planta del pie.

PC-191. PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y CONVALECENCIA

M. Gas Mola, A. Solano Benítez y P. Margalef Benaiges
Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Identificar el perfil clínico y funcional de los pacientes que ingresan en una unidad de convalecencia por fractura de cadera.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en la unidad de enero de 2010 a diciembre de 2012. Se recogen datos demográficos, situación funcional, comorbilidades, síndromes geriátricos y presencia de demencia. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics 21.0.

Resultados: Se obtiene una muestra de 155 individuos con una edad media de 82,55 ± 8,18 años, siendo el 74,8% mujeres. Las comorbilidades más prevalentes fueron: HTA 67,7%, DM 37,4%, cardiopatía 21,9% y enfermedad cerebrovascular 20%. El 51,6% presentaban demencia, la más prevalente de las cuales fue la enfermedad de Alzheimer con un 17,4%. Un 15,5% de las demencias no había sido estudiada. El 16,1% se encontraban con demencia en estadio leve, 20,6% moderado y 14,8% severo. Se observó un 40% de trastorno afectivo, 29,7% con síndrome de caídas previo y el 23,2% con úlceras por presión al ingreso. Albúmina media al ingreso de 2,8 g/dl. El 57,4% presentó una fractura extrarticular y un 42,6% intrarticular. El 98,1% fueron intervenidos quirúrgicamente, con un tiempo medio de demo-

ra al ingreso de 3,8 ± 5,5 días. Complicaciones médicas en hospital de agudos: un 43,2% requirió transfusión y el 27,7% presentó delirium. La estancia media en el hospital de agudos fue de 15,42 ± 11,65 días y en nuestra unidad de 52,85 ± 27,26. Las medias del índice de Barthel previo, al ingreso y al alta fueron 77,93, 30,71 y 53,66, respectivamente. El destino al alta fue: un 75,5% a domicilio, 20,6% a residencia/otras unidades del hospital y un 3,9% fueron exitus.

Conclusiones: Aunque se trata de una población con mayoría de mujeres, edad media superior a 80 años, considerable comorbilidad y elevada prevalencia de demencia, en el 75,5% de los pacientes se consiguió el retorno a domicilio con una mejoría funcional reflejada en una diferencia de 23 puntos de media en el índice de Barthel al alta respecto al ingreso.

PC-192. PERFIL DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA HOSPITALARIA

L. Guardado Fuentes, M.L. Chung Jaén, M.M. Machado Vera, A.M. Lebrault Polanco, J. Mora Fernández y E. Romero Pisonero
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes con fractura de cadera ingresados en una Unidad de Convalecencia derivados desde el Servicio de Traumatología en seguimiento por un Equipo de Geriátría.

Métodos: Estudio observacional que incluye pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera ingresados en la Unidad de Convalecencia seleccionados por el Equipo de Geriátría desde enero a diciembre de 2012. Se recoge sexo, edad, tipo de fractura, situación funcional, mental y social, complicaciones durante el ingreso, ubicación al alta y seguimiento. Programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: De 398 pacientes, se derivaron 132 (81,8% mujeres), edad media 86,2 años, fracturas peritrocantéreas 63,6%, subcapitales 30,3%, subtrocantéreas 3,8%, periprotésicas 1,5% y diafisarias 1,8%. Situación funcional previa a la caída: Índice de Barthel medio 76,1, FAC medio 4,1, Índice de Lawton medio 3,5. Demencia previa 53,5% (estadio leve 26,4%, moderado 16,3% y grave 3,1%). El 22,9% viven solos, 0,8% institucionalizado 50,4% tienen ASD, 53,7% tienen teleasistencia y 13,0% acudían a centro de día. Índice de Charlson modificado por edad 6,8. Complicaciones postoperatorias: Delirium 21,8%, SIADH 14,4%, anemia 83,5%, infección 55%, ICC 24%, mortalidad 1,5%. Índice de Barthel medio al alta 47,3, FAC medio al alta 2,6. Ubicación al alta a domicilio 64,6%. Seguimiento: Atención Primaria 53,1% exclusivamente, y el resto por Servicio de Geriátría: Consultas externas de Geriátría 13,8%, Consultas de Recuperación Funcional 26,9%, Equipo de soporte en Domicilio 6,2%. Estancia media 13,9 días. Mortalidad 1,5%. En nuestra muestra se encontró asociación significativa en cuanto al perfil de pacientes que se derivan a la Unidad de Convalecencia con Índice de Lawton ($p < 0,026$), Infección posquirúrgica ($p < 0,01$), insuficiencia cardíaca ($p < 0,01$). Estas dos últimas se comportan como variables independientes en el análisis multivariado.

Conclusiones: Los pacientes que se derivan a una Unidad de Convalecencia de un Hospital terciario son pacientes más dependientes, presentan mayor índice de comorbilidad y demencia, con más complicaciones en el postoperatorio. A pesar de ello, dos tercios de los pacientes se ubican al alta a su domicilio habitual y la mitad requieren seguimiento al alta por parte de nuestro servicio.

PC-193. LINFOMA ESPLÉNICO DE LA ZONA MARGINAL EN PACIENTE INGRESADA POR FRACTURA DE CADERA

Y.R. Dávila Barboza, E.H. Azaña Fernández y A. Rodríguez Rosa
Hospital San Juan de Dios. León.

Introducción: El 36,95% de los pacientes ingresados en la Unidad de Ortopediátrica de nuestro hospital presentan algún grado de anemia en el estudio preoperatorio. Presentamos el caso de una paciente con anemia severa y fractura de cadera.

Caso clínico: Paciente mujer de 76 años de edad que ingresa a urgencias por fractura de cadera derecha tras caída casual. AP: Esquizofrenia residual paranoide. En tratamiento con quetiapina, omeprazol, citalopram. Situación basal: Vive en residencia Geriátrica. Antes de la fractura deambulaba sin apoyo, precisaba ayuda para lavarse siendo independiente para el resto de ABVD. Examen físico: IMC: 19,48 Kg/m²; ECOG: 1. Afebril. Palidez muco-cutánea. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No hepatomegalia. Esplenomegalia de 12 cm. por debajo de reborde costal izquierdo. Pruebas Complementarias: Hemograma: Hb: 7.9 g/dl; VCM: 88 fl; Leucocitos: 4.400/mm³ (16%N; 80%L; 4%M); Plaquetas: 146 000/mm³. Se observan linfocitos de aspecto maduro con prolongaciones citoplasmáticas finas en cantidad moderada. TAC cervico-tóraco-abdominal: Adenopatías paraesofágicas derechas de 1,4 cm. Gran esplenomegalia (23 cm. en cráneo-caudal). Bocio multinodular. Gammagrafía con galio: No hay evidencia de captación patológica de galio-67 que sea sugestiva de enfermedad linfoproliferativa. Serologías: Marcadores de hepatitis B, C y VIH negativos. Epstein-Barr IgM negativo. Citomegalovirus IgG negativo. Biopsia de médula ósea: Mieograma hipocelular con linfocitosis. La mayoría de los linfocitos son de tamaño pequeño, núcleo redondo, cromatina madura y citoplasma moderadamente basófilo, presentando algunas prolongaciones citoplasmáticas (36,8% de linfocitos). Citomorfológicamente compatible con infiltración por linfoma no Hodgkin. Citometría de flujo en médula ósea: 29,5% de células tumorales linfoides, compatible con linfoma esplénico marginal (CD19, CD 20, CD22, lambda, FMC7 y BCL2 positivo. CD23, CD5 y CD10 negativo). Con el diagnóstico de Linfoma esplénico de la zona marginal se decide iniciar tratamiento con ciclofosfamida 50 mg/3 veces por semana, tras 2 meses la paciente presenta mejoría de las citopenias.

Discusión: La paciente presenta un linfoma esplénico de la zona marginal, la cual es una enfermedad rara de la personas mayores, la edad media de presentación es de 65 años. La incidencia reportada es del 1% de los linfomas no Hodgkin. Afecta característicamente el bazo, la médula ósea y la sangre periférica.

PC-194. ATENCIÓN AGUDA INTERDISCIPLINAR DE LA FRACTURA DE CADERA. PERFIL ASISTENCIAL

M.L. Chung Jaén, L. Guardado Fuentes, M.M. Machado Vera, A.M. Lebrault Polanco, E. Romero Pisonero y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes con fractura de cadera valorados por el Equipo de Geriátría a lo largo de un año el Servicio de Traumatología, en relación con la aparición de complicaciones y sus necesidades asistenciales.

Métodos: Estudio observacional que incluye pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera valorados por una Unidad de Ortopedia desde Enero a Diciembre de 2012. Se recoge sexo, edad, tipo de fractura, situación funcional, mental y social, complicaciones, ubicación al alta y seguimiento. Programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: N 398 (77,6% mujeres), edad media 84,4 años, fracturas pertrocanteréas 52,8%, subcapitales 35,9%, subtrocantéreas 4,8%, periprotésicas 4,5% y diafisarias 2%. Índice de Barthel previo 78, FAC previo 3,4, Índice de Lawton 4,0, demencia previa 42,7% (leve 24,1%, moderado 14,5% y grave 4,1%), 23,0% viven solos, 4,1% estaban institucionalizados, 46% tienen ASD, 41,1% tienen teleasistencia y 8,4% acudían a centro de día. Índice de Charslon modificado por edad 6,3. Estancia quirúrgica mediana 4 días. Complicaciones preoperatorias: Delirium 11,6%, SIADH 8,9%, anemia 31,6% con 11,2% de transfusión sanguínea, infección 8,9%. Complicaciones postoperatorias: Delirium 17,7%, SIADH 14,2%, anemia 79,7% con 57,0% de transfusión sanguínea, infección 35,6%, ICC 14,1%. Mortalidad 5,3%. Índice de Barthel medio al alta 49,8, FAC medio al alta 2,7. Ubicación al alta: Unidad de Convalecencia del servicio de Geriátría 34,8%, Domicilio 50,1%,

Otros centros hospitalarios 11,3%, Residencias 2,9%. Seguimiento en Atención Primaria 76,4%. Continuidad de cuidados, el resto: Consultas externas de Geriátría 7,7%, Consultas de Recuperación Funcional 12,2%, Equipo de Ayuda a Domicilio 3,4%. Estancia mediana 12. En nuestra muestra se encontró asociación significativa con la presencia de infecciones y la prolongación de la estancia media hospitalaria (p 0,003), sin encontrarse relación con el resto de complicaciones o datos basales.

Conclusiones: La fractura de cadera afecta a pacientes más longevos, con comorbilidad, dependencia y deterioro cognitivo por lo que es necesaria la valoración geriátrica durante la hospitalización por el alto porcentaje de complicaciones médicas que se presentan y para valorar la adecuada ubicación al alta.

PC-195. REHABILITACIÓN EN FRACTURA DE CADERA: ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN SU EVOLUCIÓN?

A. Solano Benítez, M. Gas Mola y P. Margalef Benaiges
Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Identificar factores clínicos y funcionales asociados a recuperación funcional en pacientes con fractura de cadera ingresados en una Unidad de Convalecencia y Rehabilitación.

Métodos: Estudio retrospectivo a partir de revisión de historias clínicas de pacientes con fractura de cadera ingresados en la Unidad de enero de 2010 a diciembre de 2012. Cálculo de ganancia funcional a partir de Índice de Montebello (IM), cociente entre ganancia funcional producida por la rehabilitación y pérdida funcional previa por la fractura, definida a partir de la siguiente fórmula: (Barthel alta – Barthel ingreso)/(Barthel basal – Barthel ingreso). Se considera un buen proceso rehabilitador el que presenta un IM $\geq 0,5$. Análisis estadístico con apoyo de programa informático SPSS Statistics 21.0.

Resultados: Se obtiene una muestra de 148 individuos con una media de IM 0,49. Los factores que se asocian a un IM más bajo a través de Correlación de Pearson son: las tres medidas del índice de Barthel (basal, al ingreso y al alta), la presencia de complicaciones médicas y de delirium en el hospital de agudos, una estancia más prolongada en el hospital de agudos, presencia de demencia y úlceras por presión al ingreso. Los estadios graves de la demencia igualmente se asocian a un peor IM. En el análisis por regresión logística multivariante se obtiene un modelo estadístico con una R² de Cox & Snell del 74%, en el cual una edad mayor, la presencia de diabetes, el haber recibido transfusión de concentrados de hemáties y medidas bajas de Barthel basal, al ingreso y al alta se asocian con un IM bajo.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con fractura de cadera que presentan mala evolución funcional durante el proceso de rehabilitación, son más viejos, presentan medidas de Barthel basal y al ingreso bajas, sufren más complicaciones médicas, presentan una estancia más prolongada en el hospital de agudos y una mayor prevalencia de demencia en fases más avanzadas de la enfermedad.

PC-196. PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS EN EL HOSPITAL DE AGUDOS: PREVALENCIA, TRAYECTORIAS DE FINAL DE VIDA Y MORTALIDAD A LOS 12 MESES

J. Amblàs Novellas, N. Molist Brunet, A. Torné Coromina, M. Espauella Ferrer, F. Codina Terradellas y J. Espauella Panicot
Hospital de Vic.

Objetivos y métodos: En los hospitales de agudos, la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que pueden estar en situación de final de vida probablemente no es despreciable. En junio de 2011 se realizó un corte de prevalencia en el Hospital General de Vic utilizando el instrumento NECPAL. Posteriormente se ha realizado seguimiento de la cohorte durante 12 meses. Las trayectorias de final de vida son modelos conceptuales que explican las diferencias de comportamiento al final de la vida entre los pacientes con cáncer,

enfermedad de órgano (insuficiencia cardíaca, MPOC, hepatopatía,...) y fragilidad/demencia.

Resultados: De los 138 pacientes incluidos, se identifican como NECPAL + a 56 pacientes (40,6% de prevalencia hospitalaria). Del análisis del seguimiento a 12 meses, destaca una mortalidad del 56,7% en los pacientes NECPAL +, frente a una mortalidad del 12,8% de los NECPAL-. El valor predictivo negativo es del 88,5%. Los factores más fuertemente asociados a mortalidad son los criterios de severidad y progresión tanto nutricionales como funcionales (82,1%), así como los marcadores de severidad y progresión de la enfermedad crónica predominante (78,6%). Del análisis del comportamiento de las variables, agrupando los pacientes por trayectoria de final de vida destaca: En los pacientes con enfermedad oncológica avanzada predominan los criterios de progresión globales, tan nutricionales (37,5%) como funcionales (53,3%) y los criterios de gravedad de enfermedad (93,3%). Los pacientes con enfermedad de órgano avanzada presentan pocos parámetros de progresión globales, tanto funcionales (7,1%) como nutricionales (12,5%), pero mayor porcentaje de infecciones sistémicas (17,9%). En los pacientes con demencia avanzada predominan los criterios de gravedad y progresión funcionales (Índice Barthel < 20: 14,3%, pérdida de 2 o más ABVD: 71,4%), los criterios nutricionales de progresión (42,9%), y los síndromes geriátricos (0,85 vs 0,34).

Conclusiones: Se constata una alta prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas/situación de final de vida en el hospital de agudos. El NECPAL tiene un elevado valor predictivo negativo y puede ser un buen instrumento de cribado para estos pacientes. Las variables analizadas en este grupo de pacientes apoyan la aproximación conceptual de las trayectorias de final de vida.

PC-197. IATROGENIA FARMACOLÓGICA COMO CAUSA FRECUENTE DE INGRESO EN UNIDADES DE GERIATRÍA (UG): LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GERIATRÍA DEBEN SER EXPERTOS EN IDENTIFICARLA

M.J. Sanz-Aranguez Ávila¹, J. Pérez del Molino Martín¹, Z. Yusta Escudero¹ y B. Pérez Peña²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: La polifarmacia y las reacciones adversas a medicamentos (RAM) constituyen uno de los grandes gigantes de la Geriátría. Pueden ser responsables de un porcentaje elevado de ingresos hospitalarios así como de múltiples complicaciones durante la propia hospitalización. Pese a ello, son escasos los estudios amplios en nuestro ámbito que analicen de forma prospectiva la iatrogenia como motivo de ingreso. Nos proponemos analizar la prevalencia de polifarmacia e iatrogenia farmacológica al ingreso en una Unidad de Agudos de Geriátría (UGA), así como describir su presentación y fármacos implicados.

Métodos: Se recogieron prospectivamente datos clínicos, funcionales, mentales, sociales y relativos al consumo previo de fármacos en sujetos ingresados en UGA del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander entre el 1 de enero al 31 de noviembre de 2012. Se definió iatrogenia como la presencia de enfermedad atribuible a un fármaco a criterio de un médico especialista en Geriátría, recogiendo datos sobre su presentación clínica y reflexionándose sobre la posibilidad de que el ingreso fuera atribuible a la misma. Se definió como polifarmacia la toma de 5 o más fármacos.

Resultados: La prevalencia al ingreso de polifarmacia fue del 85% frente a la de RAM de mayor o menor gravedad del 63%. La iatrogenia constituyó la causa de ingreso en el 27% de los casos. Los principales síndromes clínicos identificados como resultado de RAM son deterioro funcional inespecífico/adinamia (11%), trastorno de la marcha/caídas de repetición (9%), alteraciones hidroelectrolíticas (7,7%), sedación (7,5%), hipotensión severa/síncope (4%), broncoaspiración (3,7%), parkinsonismo (2,9%) y delirium (2,6%). Los grupos de medi-

camentos más frecuentemente implicados fueron benzodiacepinas, neurolépticos, diuréticos, betabloqueantes y derivados opioides.

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de iatrogenia al ingreso, siendo responsable de más de 1/4 parte de las hospitalizaciones. Cabe destacar la forma más común de presentación como síndrome geriátrico o bien como cuadro de deterioro inespecífico, lo que explica que pase desapercibida en manos poco experimentadas. Dada su frecuencia e importancia, las UG deben convertirse en expertos en su identificación y prevención, lo cual puede ser en parte el origen de sus buenos resultados en el acortamiento del tiempo de hospitalización.

PC-198. REGISTRO DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

L. Gallego Marcuello, L.F. Miera, F. García, M.E. Fuentes, E. Fernández del Palacio y M. Lázaro
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: En el Hospital Clínico San Carlos se ha establecido un registro de caídas que tiene los siguientes objetivos: 1) conocer las circunstancias de las caídas; 2) identificar los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos y 3) valorar las consecuencias.

Métodos: Diseño del registro: grupo de expertos de las distintas Unidades del Hospital. Cumplimentación del registro: profesionales de Enfermería de todas las Unidades. Variables analizadas: edad, género, circunstancias de las caídas, factores de riesgo del paciente, factores de riesgo ambientales, consecuencias y medidas de prevención y terapéuticas realizadas. Análisis estadístico: SPSS v.15.0.

Resultados: 30.824 ingresos durante el periodo de estudio (junio-2012-febrero 2013). Caídas: 221. Departamentos: a) Área médica: 143 caídas (incidencia: 0,75%) b) Cirugía: 39 (incidencia: 0,3%) Psiquiatría: 39 (incidencia: 11%) (p < 0,001). Género: 51,6% varones. Edad media: 70,42 (15,5). Lugar: habitación: 63,6%, Cuarto de baño: 30,4%, Otros sitios: 6%. Horario: noche: 41,6%, mañana: 34,1%, tarde: 24,3%. Factores de riesgo del paciente: 80,1% están alertas; alteraciones del equilibrio: 47,2%; debilidad muscular: 57,7%; incontinencia urinaria: 32%, sonda urinaria: 14,9% y drenajes 2,8%. Consumen más de 5 fármacos: 57,9%. Psicofármacos: 48%. Cambios en la medicación en las últimas 48 h: 24,1% Factores de riesgo ambientales: Ausencia de suelo antideslizante: 62,2%; de baños adaptados: 35,5%. Consecuencias, en un 57% no hubo ningún tipo de lesión. Contusiones: 78 casos, heridas: 40 casos, hemorragia externa: 10, pérdida de conciencia: 2 casos. Medidas adoptadas: En el 84% de los casos se avisó al médico de guardia, en el 36,4% a la supervisora. Se realizaron radiografías en 24 casos para descartar fracturas.

Conclusiones: 1. Perfil del paciente que sufren caídas en nuestro hospital: se corresponde con las siguientes características: paciente mayor de 65 años, que está alerta, precisa ayuda parcial, y sufre la caída durante la noche y en la habitación. 2. La ausencia de suelo antideslizante y de baño adaptado son los factores de riesgo ambientales más detectados. 3. La finalidad del registro es detectar los factores de riesgo relacionados con las caídas para poder adoptar las medidas imprescindibles de prevención y tratamiento.

PC-199. EL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HUESCA

M.N. Güerre Oto, G. Fabregat Gómez, A.C. Sanjoaquín Romero, C. Gorgas Soria y J. Galindo Ortiz de Landázuri
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: 1) Conocer el perfil del usuario del Servicio de Urgencias. 2) Conocer los motivos de consulta más frecuentes. 3) Analizar la relación entre deterioro cognitivo, comorbilidad e ingreso en el servicio de Geriátría.

Métodos: Un estudio descriptivo retrospectivo. Se recogen los pacientes que acudieron durante el año 2011, se seleccionan de forma aleatoria 402 pacientes y de estos se seleccionaron los que eran mayores

de 70 años. Variables analizadas: sexo, edad, procedencia, día de la semana, hora de llegada, motivo de consulta, comorbilidad, pruebas complementarias, deterioro cognitivo previo, diagnóstico, destino al alta, ingreso hospitalario.

Resultados: En la muestra hay 94 pacientes (45,7% mujeres). Edad media $81,18 \pm 6,902$, por grupos de edad: de 70 a 80: 48,5%, de 81 a 90: 41,2%, > 91: 7,2%. Su procedencia a la llegada al servicio de urgencias: 51,1% decisión propia, 31% desde Atención primaria, 8,5% desde OMI, 5,3% otro hospital, 3,2% otra especialidad. Un 10,6% de los pacientes presentan deterioro cognitivo y de estos el 70% tienen baja comorbilidad. El 35,1% acuden por la mañana, el 42,3% acuden por la tarde. Los motivos de consulta más frecuentes 18% síntomas generales/inespecíficos, 17% síntomas digestivos, 16% causa traumatológica, 13,8% disnea. El 84% se le realizaron pruebas complementarias. Un 50% es dado de alta a su domicilio, de estos un 5,3% acudieron, nuevamente antes de 72 horas. El diagnóstico más frecuente 18,5% síntomas inespecíficos, 15,5% por causa traumatológica, 14,4% síntomas respiratorios. Un 2,1% ingresan en el servicio de Geriátría mientras que un 43,6% ingresa en el Hospital San Jorge de estos el 14,9% ingresa en el servicio de Medicina Interna.

Conclusiones: La mayoría de pacientes que acuden al servicio de urgencias no son derivados por personal sanitario, acuden durante el día y lo hacen por presentar síntomas. Estos no presentan deterioro cognitivo ni tienen comorbilidades asociadas mayoritariamente. Aunque la mitad de los pacientes son dados de alta desde el servicio de urgencias, se observa que los pacientes ingresan más en el servicio de medicina interna. El diagnóstico más frecuente en el ingreso es el dolor torácico seguido de fractura de cadera y disnea.

PC-200. PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

R. Martínez Barea, M.D. Jódar Bellido, A. López Navarro, M. Miller Guerrero, F. Cabrera Morilla y A. Bárcenas Villegas
Hospital de Morón de la Frontera.

Introducción: Los Hospitales de Alta Resolución surgen para facilitar actuaciones sanitarias evitando demoras innecesarias, acercándose a poblaciones alejadas del gran núcleo urbano. Los pacientes con patologías crónicas y al final de sus vidas, pueden ser los más beneficiados de estos centros hospitalarios. Hace cuatro años se inició la atención a estos pacientes en el Hospital de Alta Resolución de Morón (dependiente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir) en manos de profesionales especializados en Geriátría y en Cuidados Paliativos.

Objetivos: Mostrar la adaptación de este tipo de Hospitales a este perfil de pacientes y si la actuación sanitaria es de calidad y de alta resolución.

Métodos: Estudio descriptivo de las actuaciones sanitarias realizadas en cuatro años de experiencia.

Resultados: Se han atendido a 623 pacientes entre Pluripatológicos y de Cuidados paliativos, en 1.481 ingresos hospitalarios con una estancia media de 4 días, en 4137 consultas especializadas y 352 atenciones en Hospital de día. Las patologías que motivaron la atención sanitaria son las habituales de este tipo de pacientes, destacando las más frecuentes: afectaciones cardio-respiratorias, urinarias y neurológicas. A pesar de la complejidad de los pacientes, definidas por un índice casuístico de 1,62%, con 9,5 de diagnósticos al alta de media, se ha conseguido un 0,42 de índice de utilización de camas. Como factor de calidad destacamos un 17,21% de Ingresos Programados.

Conclusiones: Los Hospitales de Alta Resolución se pueden adaptar a las necesidades de estos pacientes. Permiten acercar a este paciente muy demandante la atención hospitalaria especializada a su lugar de residencia, evitando desplazamientos innecesarios. Conseguimos dar una actuación sanitaria de calidad, integral y de alta resolución al permitir estancias medias muy por debajo de lo habitual en este tipo de pacientes. Debido a la complejidad del paciente, al índice de utilización de camas y al alto porcentaje de ingresos programados, lo

podemos destacar en eficacia y eficiencia dentro de los hospitales habituales que asisten a estos pacientes. También podemos concluir que la clave del éxito puede ser la especialización de los profesionales en este perfil de pacientes.

PC-201. PERFIL FUNCIONAL, COGNITIVO, SOCIAL Y CLÍNICO DE LOS PACIENTE INGRESADOS EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL QUE REQUIEREN VALORACIÓN POR LA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA

T. Teixidor Colomer, C. Pal, S. Santaliestra, N. Gual, M.J. Alvarado y C. Pérez Bocanegra
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Los pacientes valorados por la Unidad funcional interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) del Hospital Vall d'Hebron provienen mayoritariamente de medicina interna, neurología y cirugía. La valoración geriátrica integral de estos pacientes se realiza para procurar el mejor nivel asistencial al alta. En nuestro estudio analizamos las diferencias entre el perfil funcional, cognitivo, social y clínico de pacientes ingresados en los distintos servicios.

Métodos: De 1.280 pacientes valorados por UFISS durante el 2012, analizamos aleatoriamente 303 pacientes y dividimos la muestra en 3 grupos: ingresados en medicina interna, neurología y cirugía (general, cardíaca, torácica, vascular, neurocirugía). Recogemos parámetros analíticos, escalas de funcionalidad (Barthel previo, al alta), comorbilidad (Charlson), fragilidad (Emina), cognitivas (Pfeiffer), estado social y destino al alta (domicilio, convalecencia, larga estancia) y comparamos los resultados entre los 3 grupos.

Resultados: De 303 pacientes, 176 (58,1%) están en medicina interna, 62 (20,5%) neurología, y 58 (19,1%) cirugía, edad media de $79,9 \pm 9,2$; $79,9 \pm 9,9$; $72,8 \pm 12,1$ años respectivamente. Presentan una media de Barthel previo de $61,5 \pm 32$; $83,1 \pm 23,5$; $79,1 \pm 30,9$ y al alta $28,2 \pm 26,1$; $22,7 \pm 22,6$; $31,9 \pm 24,7$, una media de $5,5 \pm 3,6$; $6,6 \pm 3,7$; $4,6 \pm 3,8$ errores en Pfeiffer y puntuación media de Emina de $8,24 \pm 3,9$; $8,3 \pm 3,2$; $7,4 \pm 3,3$. Índice de Charlson $2,95 \pm 1,9$; $3,3 \pm 2,1$; $2,4 \pm 2,2$. Número fármacos habituales $8,2 \pm 3,9$; $5,8 \pm 3,7$; $6,7 \pm 4,4$. Analíticamente destaca hemoglobina $11,3$; $12,5$; $13,2$ mg/dL, creatinina $2,0$; $0,83$; $0,84$ mg/dL, colesterol $146,8$; $170,7$; $158,2$ mmol/L, albúmina $2,9 \pm 0,5$; $3,5 \pm 0,4$; $2,9 \pm 1,3$ mg/dL. Viven solos el 33%, 25,8% y 39,7%, están institucionalizados el 5,1%, 0% y 1,7%. Hay más pacientes con UPP (17%), desnutrición (59%) y deterioro cognitivo previo (38%) en medicina interna; en neurología observamos más pacientes con disfagia (34%). Regresan al domicilio el 10,2%; 14,5%; 12,1%, a convalecencia 71,6%, 71,0%; 65,5%, a larga estancia 8%; 6,5%; 10,3%.

Conclusiones: Según nuestros resultados, pacientes ingresados en medicina interna tienen un índice de Barthel previo más bajo, más deterioro cognitivo previo, polimedicación y desnutrición. Los pacientes neurológicos presentan mejor funcionalidad previa, pero caída más significativa del índice de Barthel al alta y mayor incidencia de disfagia. Los pacientes quirúrgicos son más jóvenes, presentan una puntuación más favorable en los test de Emina y Pfeiffer, y una funcionalidad previa similar a los pacientes neurológicos, pero menos caída del Barthel.

PC-202. SARCOPENIA Y PRONÓSTICO FUNCIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE SUBAGUDOS

H. Alfaro Riveros¹, M. Pereira¹, M.L. Alvarado Panesso², M. Fayos González², J.M. Muniesa Portolés² y M.D. Sánchez Rodríguez¹

¹Centre Fórum de L' Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital de l'Esperança. Barcelona.

Introducción: Sarcopenia es la pérdida de masa y fuerza muscular, que condiciona discapacidad, empeoramiento de calidad de vida y

fallecimiento. Podría condicionar evolución, durante hospitalización y medio plazo. Subagudos es nivel asistencial de postagudos para control médico, reeducación de marcha y actividades básicas en ancianos con deterioro funcional reciente por procesos médicos, con retorno domiciliario previsto en dos semanas.

Objetivos: Valorar la evolución de ingresados en subagudos durante hospitalización y tres meses tras alta, en función de la presencia de sarcopenia.

Métodos: Descriptivo prospectivo, cohorte ingresados en subagudos (Febrero-Agosto 2012). Valorados demografía, situación [(Barthel) previa, ingreso, alta] y ganancia funcional en función de presencia de sarcopenia; nueva valoración a tres meses del alta (situación funcional y mortalidad). Consideramos sarcopenia si presentaban disminución de fuerza prensora manual mediante dinamometría ($< 60\%$ previsto por edad y sexo) y masa magra mediante bioimpedanciometría (valores poblacionales según peso talla, edad y sexo).

Resultados: Evaluados 102 ancianos (38,4% hombres; $84,8 \pm 6,6$ años), 46 (46,5%) sarcopénicos. Mujeres presentaban más sarcopenia (55,7% vs 31,6%; $p = 0,02$); sin relación con la edad ($85,1 \pm 6,3$ vs $83,8 \pm 6,9$ años; $p = 0,3$). Sarcopénicos, presentaban peor situación funcional previa (Barthel $64,2 \pm 22,8$ vs $73,3 \pm 21,8$; $p = 0,04$) y similar deterioro funcional secundario al proceso médico agudo al ingreso ($24 \pm 15,1$ vs $28,5 \pm 15,2$; $p = 0,1$). Aunque al alta ambos lograban mejora funcional tras tratamiento interdisciplinar en subagudos (eficacia $20,4 \pm 18,3$ vs $27,4 \pm 21$; $p = 0,08$), la situación funcional de los sarcopénicos era peor ($44,2 \pm 26,6$ vs $55,9 \pm 26,7$; $p = 0,03$). Una vez finalizada rehabilitación, a los tres meses tras alta, los sarcopénicos no mejoraban capacidad funcional, mientras que los restantes sí (Barthel $45,5 \pm 24,8$ vs $61,6 \pm 26,6$; $p = 0,007$; eficacia $19,9 \pm 21,3$ vs $32,2 \pm 23,9$; $p = 0,01$). Sarcopénicos presentaron mayor mortalidad a los tres meses (15,9% vs 7,5%; $p = 0,2$), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística.

Conclusiones: 1. Los pacientes con sarcopenia eran mayoritariamente mujeres y presentaban peor situación funcional global. 2. Sarcopenia condicionaba menor mejoría funcional durante ingreso y ausencia de recuperación al retornar a domicilio. 3. Precisamos más estudios para conocer su influencia sobre mortalidad.

PC-203. PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LOS GÉRMEENES DETECTADOS MEDIANTE UROCULTIVO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

A. Solano Benítez, M.C. Planell García, M. Domínguez López y E. Martínez Almazán

Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Analizar el tipo de gérmenes detectados mediante urocultivo en un centro sociosanitario y su sensibilidad antibiótica in vitro. Obtener información microbiológica que permita hacer recomendaciones sobre el tratamiento empírico de las infecciones del tracto urinario en función de la flora bacteriana aislada en el centro.

Métodos: Recogida sistemática de los resultados y antibiograma de todos los urocultivos realizados en las unidades de hospitalización de un centro socio sanitario de 355 camas durante un periodo de 3 meses consecutivos. El centro socio-sanitario consta de unidades de convalecencia, larga estancia, cuidados paliativos, residencia asistida, equipo de atención domiciliaria geriátrica, consultas externas de geriatría. Se envían los resultados preliminares.

Resultados: N° urocultivos: 127. Resultados negativos: 30 (23,6%); N° de gérmenes 111. Cultivos polimicrobianos: 13 (10,23%). Crecimiento de flora saprofita 11 (9,9%); *E. coli* 46 (41,4%); *Klebsiella pneumoniae* 11 (9,9%); *Proteus mirabilis* 11 (9,9%); *Pseudomonas* 13 (11,7%); *Enterobacter* 2 (1,8%), *Morganella morganii* 2 (1,8%) *Staphylococcus aureus* 2 (1,8%); *Candida* 2 (1,8%). Enterococo 5 (4,5%). N° enterobacterias portadoras de BLEE 8 (7,2%). Perfil de sensibilidad a antimicrobianos cuantificada en todos los gérmenes: gérmenes

sensibles a ampicilina 13 (13,1%); amoxicilina-clavulánico 43 (43,4%); ciprofloxacino 30 (30,3%); gentamicina 67 (67,7%); cefotaxima 58 (58,6%); ceftazidima 72 (72,7%); piperacilina-tazobactam 76 (76,8%). imipenem 85 (85,9%); trimetropin-sulfametoxazol 39 (39,4%); fosfomicina 49 (49,5%).

Conclusiones: Se detecta un alto porcentaje de resistencia in vitro a amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino, fosfomicina y trimetropin-sulfametoxazol. Ante infecciones leves del tracto urinario bajo, esperar al resultado microbiológico podría ser la actitud más recomendable para evitar el fracaso terapéutico e intentar disminuir la selección de gérmenes resistentes. Ante infecciones graves en pacientes subsidiarios de recibir tratamiento etiológico, es más prudente, hasta disponer de urocultivo, recurrir a antibióticos como ceftazidima, piperacilina-tazobactam, imipenem y gentamicina.

PC-204. UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA EN UN HOSPITAL JOVEN. EFICACIA DE LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS

B. Alvira Rasal, G. Megías Baeza, E. García Gómez, M. Herrera Abián, F. Soria Perdomo y A. Jiménez Rodríguez

Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Objetivos: Atención integral al paciente anciano con patología traumática, especialmente fractura de cadera. Reducir complicaciones médicas perioperatorias y la estancia hospitalaria. Disminuir la mortalidad hospitalaria. Coordinar la recuperación funcional del paciente tras el alta hospitalaria.

Métodos: Un adjunto del Servicio de Geriátría, trabaja de forma integrada con el Servicio de Traumatología, acudiendo a diario a sus sesiones clínicas multidisciplinarias (incluyendo anestesia y rehabilitación), donde se revisa la evolución clínica pre y postoperatoria, rehabilitación y ubicación al alta con colaboración diaria de la Trabajadora Social. Los pacientes son valorados por el geriatra desde el momento que llegan a urgencias, se ajusta la medicación, prevención de complicaciones médicas y tratamiento de las mismas si aparecen.

Resultados: Desde la apertura del hospital, se han valorado 1.024 pacientes de los cuales 450 presentan fractura de cadera. La estancia media en la unidad actual es de 5,01 en el 2012 (frente a los 16 días de estancia media en este tipo de pacientes descrita en la literatura) explicable por la rápida estabilización del paciente a su llegada a urgencias, optimización de los tiempos de la cirugía (si es posible en las primeras 24 horas) y reducción de las complicaciones médicas perioperatorias. La unidad presenta un 4% de mortalidad (inferior al conocido 5% en pacientes ingresados por fractura de cadera en las series analizadas en la literatura). La edad media de los pacientes es de 82 años, el 49% institucionalizados, presentan un índice de Charlson de 2,25 y un 79% de los pacientes presentaban polifarmacia (> 4 fármacos). En el momento de la fractura un 65% tenían un Barthel > 60 y el 54% no presentaba ningún grado de deterioro cognitivo. En cuanto al estado nutricional, el 33% de los pacientes estaban bien nutridos al ingreso, el 39% en riesgo de desnutrición y el 28% malnutridos.

Conclusiones: El seguimiento se realiza en consultas de COT y Geriátría, y en pacientes institucionalizados, de forma directa desde la Unidad de Geriátría Externa que se traslada hasta las residencias y supervisa la evolución de la rehabilitación e interviene de forma precoz en caso de aparición de complicaciones y síndromes geriátricos.

PC-205. CARACTERÍSTICAS DE UNA MUESTRA DE PACIENTES ANCianos CON FRACTURA DE CADERA. EVOLUCIÓN A LO LARGO DE 6 AÑOS

A. Lombardi, C. Oñoro Algar, H.J. Aldoradín, D. Prada Cotado, J. Rodríguez Solís y T. Pareja Sierra

Hospital Universitario. Guadalajara.

Introducción: Evaluación de las características clínicas y funcionales de los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera en un

hospital universitario a lo largo de los últimos 6 años en los que se ha implantado una unidad de coordinación con traumatología en comparación con los resultados anteriores, cuando no había consultor médico de geriatría.

Métodos: Estudio retrospectivo de las características de 264 pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera ingresados en un hospital universitario con valoración y seguimiento coordinado entre geriatras y traumatología entre enero 2012 y diciembre 2012 mediante revisión de historias clínicas electrónicas y comparando la presente muestra con muestras anteriores de enero 2007 a diciembre 2011.

Resultados: En la muestra el 79% de los pacientes son mujeres. Antes de la fractura de cadera el 30% de los pacientes caminaban de forma independiente, el 40% necesitaba ayuda de un bastón y sólo el 9,8% estaban inmovilizados. La cognición se conserva en el 47%, 26% tenían deterioro cognitivo moderado-grave. 61% de los pacientes vivían en casa antes de la fractura. Mientras que después se reducía al 43%. El estado funcional anterior predice el nivel de deambulaci3n despu3s de la cirugía. El 88% de los pacientes necesitó gran ayuda para caminar en el momento del alta y ésta era la razón principal para nuevas institucionalizaciones.

Conclusiones: El seguimiento de un geriatra durante la estancia hospitalaria reduce de forma mantenida en el tiempo, la mortalidad y la estancia hospitalaria en pacientes ancianos con fractura de cadera, sin afectar el tiempo preoperatorio. Se mantienen las características de los pacientes de muestras anteriores con un ligero aumento de la edad media, el porcentaje de mujeres respecto a los hombres. La fractura de cadera tiene grandes consecuencias funcionales en estos pacientes. El consultor médico geriátrico reduce la mortalidad, las complicaciones médicas agudas y la estancia hospitalaria y se mantienen estos beneficios a pesar del envejecimiento de la población que sufre esta patología.

PC-206. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA ATENCI3N CONJUNTA DE PACIENTES GERIÁTRICOS ENTRE LOS SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA Y GERIATRÍA

J. Esteve Portales, M.C. González Frasset, J.R. Doménech Pascual, A. Belenguer Varea, F.J. Tarazona Santabalbina y J. Piquer Belloch
Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducci3n: Los pacientes geriátricos que ingresan en el servicio de neurocirugía presentan alta complejidad. Objetivo conocer las características basales de los pacientes geriátricos atendidos conjuntamente por los servicios de neurocirugía y geriatría

Métodos: Estudio retrospectivo de 323 pacientes de edad ≥ 70 años ingresados en el servicio de neurocirugía y atendidos conjuntamente por el servicio de geriatría entre los años 2009 y 2012.

Resultados: Edad media 76,4 (DE 4,4) años. Mujeres 57,3%. Estancia media 8,9 (DE 9,1) días. 30,3% de pacientes presentaron una estancia media ≥ 10 días. 68,4% pacientes precisó algún acto quirúrgico durante ingreso. Se realizaron 47 procedimientos de derivaci3n, 43 procedimientos quirúrgicos vertebrales, 36 exéresis de lesiones tumorales distinta localizaci3n y 34 procedimientos vasculares. La demora quirúrgica fue de 2,9 (DE 4,6) días. 23,8% precisó estancia en UCI, 38,4% presentó alguna complicaci3n durante el ingreso con una media de complicaciones por paciente de 1,4 (DE 1,6), 3 pacientes fallecieron durante ingreso (mortalidad hospitalaria 0,9%). Antecedentes clínicos: Hipertensos: 58,1%; DM2: 37,5%; insuficiencia cardíaca 18,6%, número de fármacos prescritos previos al ingreso 4,3 (DE 6,7); deterioro cognitivo 10,3%; antecedentes funcionales: escala de Barthel 85,6 (DE 22,4); escala de Lawton 5,7 (DE 2,9); deambulaci3n autónoma o con dispositivo técnico 70,9%; ASA 3 30,3%, ASA 2 29,4% ASA 4 5,6%.

Conclusiones: La edad de los pacientes estudiados es elevada, lo mismo sucede con su comorbilidad y su riesgo quirúrgico medi-

do mediante la escala ASA. A pesar de las características clínicas de estos pacientes la estancia media es inferior a los 10 días en más de dos tercios de los casos y la mortalidad es inferior al 1%. La colaboraci3n entre los servicios de Neurocirugía y Geriatría puede favorecer sinergias positivas en la atenci3n al paciente geriátrico.

PC-207. ITU (INFECCI3N DEL TRACTO URINARIO): IMPRESI3N O REALIDAD

P. García, A. Solano, L. Castro, C. Castella, N. Albiol y C. Cárdenas
Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Perfil del paciente en larga estancia con probable ITU. Conocer nuestra práctica clínica del paciente con probable ITU. Características de nuestra propia ecología microbiológica.

Métodos: Pacientes a los que se realizó tira de orina reactiva básica, consiguiendo una muestra representativa de pacientes en el periodo Jul-12/Dic-12. Estudio retrospectivo descriptivo. Datos básicos: sexo, edad, comorbilidad, síndromes geriátricos, índice Barthel, tipo de demencia, que definen la complejidad de los pacientes. Síntomas, resultado de tira de orina, urocultivo y tratamiento. Resultados de urocultivo: sensibilidad y resistencia testadas en laboratorio. Nº de episodios de ITUs en periodo estudiado.

Resultados: Procesado 25% de la muestra: 50 pacientes. 62% mujeres, edad media 82,86 años ($\pm 11,4$ DE) (rango: 53-106 años). Comorbilidad: 50% HTA, 40% diabetes, 10% ACV, 10% EPOC, 10% insuficiencia cardíaca, 10% insuficiencia renal crónica, 24% sin deterioro cognitivo, 16% enf. Alzheimer, 16% D. mixta, 46% estreñimiento, 50% disfagia, 66% inmovilidad, 32% UPP, problemas de comunicaci3n en 38,8%, 62% incontinencia doble, 20% sondaje vesical (2% permanente). Barthel medio: 10,38 ($\pm 24,37$ DE) (rango 0-80). 24% fiebre o febrícula, 20% Agitaci3n, 14% conciencia disminuida, 12% síntomas urinarios, 6% disminuci3n ingesta. Orina: 22% leucos+, nitritos+, eritrocitos+, 16% leucos+, 14% leucos+ nitritos+, 22% negativos, 10% eritrocitos+. 64% cursó UC con *E. coli* 34%, 6% *Pseudomonas a.*, 4% negativos, 2% con BLEE, *Klebsiella pn.*, *Proteus mirabilis*, *Enterococo*, *Staphylococo*. 21% 2 gémenes diferentes. Sensibilidad testada: amox-clav., fosfomicina, ciprofloxacino. Resistencia testada: ciprofloxacino, fosfomicina, amox-clav. Sin resistencias. Tratamiento pautado: 28% fosfomicina, 24% amox-clav., 8% No recibió, 4% ciprofloxacino, 4% TMP-SMX. Se consultaba urocultivos previos: 60%.

Conclusiones: Atendemos a mujeres de 70-90 años, con FRCV, y demencia. Con síndromes geriátricos clásicos que presenta fiebre o febrícula y/o trastornos de conducta. Se realiza test de orina básico, cursándose urocultivo si leucos+, nitritos+ y/o eritrocitos+. Se inicia tratamiento empírico con fosfomicina, seguido de amox-clav y ciprofloxacino. Se detecta alta resistencia a ciprofloxacino, considerándolo así, no buena opción en nuestro centro. Se precisa completar el procesamiento de muestra para más confirmaci3n.

PC-208. ADAPTACI3N DE UN EQUIPO DE ENFERMERÍA CON PERSONAL DE ALTA ROTACI3N A LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE ANCIANO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SG DEL HUMV) DE SANTANDER

Z. Yusta Escudero¹, J. Pérez del Molino Martín¹, M.J. Sanz-Aranguez Ávila¹ y B. Pérez Pena²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: El abordaje en hospitales del paciente anciano-frágil clínicamente complejo requiere de un equipo interdisciplinar estable (médico, enfermera, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, trabajadora social, fisioterapeuta) con conocimientos amplios en

Geriátría. La detección y abordaje precoz de los síndromes geriátricos por parte del equipo de enfermería mediante cuidados específicos promueve la función, previene el deterioro funcional, y disminuyen complicaciones tales como el delirium, la broncoaspiración, el inmovilismo, la desnutrición, las úlceras por presión e incluso la muerte. Esta metodología de trabajo (grado recomendación Ade la U.S. Preventive Services Task Force) exige profundos cambios organizativos y en la planificación de cuidados que deben ser conocidos, siendo esenciales las estrategias que favorezcan su cumplimiento. Nuestro objetivo es informar sobre una estrategia de implantación de cuidados geriátricos especializados en un Hospital General con alta rotación del personal de enfermería.

Métodos: El SG del HUMV no dispone de un equipo propio de enfermería. Esto, junto a una elevada rotación del personal, dificulta el aprendizaje de una sistemática de trabajo que permite detectar, prevenir y abordar los síndromes geriátricos y compromete la continuidad de cuidados. Se han llevado a cabo reuniones del personal de enfermería con los médicos especialistas en Geriátría para transmitir la peculiaridad de los cuidados que requiere el anciano. Debido a la rotación del personal de enfermería se decidió una estrategia de transmisión de información y orientación permanente sobre las claves del cuidado a través de un póster ubicado en zonas estratégicas.

Resultados: Se presenta el poster "Cuidados hospitalarios de enfermería específicos del paciente anciano" y se acompaña del grado de evidencia científica disponible de los diferentes cuidados.

PC-209. VALORACIÓN DEL CONTROL DIABÉTICO DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

X. Guevara Linares, E. Page Peñuelas, G. Aparicio García, A. Alonso Sánchez, A.G. Arévalo Vásquez y J. Santana Canchanya
Residencia Cerro de los Angeles. Getafe.

Objetivos: Describir las características clínicas y funcionales de los ancianos institucionalizados en un medio residencial con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, y evaluar su relación con los parámetros de control según la Asociación Americana de Diabetes.

Métodos: Se evaluaron todos los pacientes diabéticos que se encontraban en la institución al momento del estudio, de un total de 97 residentes. Se recogieron datos demográficos, Índice de Barthel (IB), Mini-Examen Cognoscitivo (MEC/35), factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamiento, hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol total y LDL. Se correlacionaron las variables incluidas.

Resultados: Se estudiaron 27 pacientes (28%). El 81,5% fueron mujeres, la edad media fue de 84,26 (DE 5,55), el IB medio fue 40,74 (DE 31,09), el 29,6% era dependiente leve o independiente. El 66,7% presentaba deterioro cognitivo, el MEC medio fue 21,67 (DE 7,8). El 37% usaba insulina, 33,3% antidiabético oral y 11,2% sólo dieta. La HbA1c media fue 6,78% (DE 1,02), el 65% presentó una HbA1c menor de 7% y el 26% una HbA1c entre 7 y 8%. El colesterol LDL medio fue 99,95 mg/dl (DE 35,08) y el 54,5% presentó LDL menor a 100 mg/dl. El 81,5% tenía al menos un FRCV, de estos el 18% recibía estatinas y el 59% antiagregantes plaquetarios. El 86,4% de residentes con HTA tomaba algún antihipertensivo. Se encontró una correlación negativa del IB y del MEC con respecto a los niveles de colesterol total y LDL ($p < 0,01$).

Conclusiones: La mayoría de diabéticos institucionalizados tiene deterioro cognitivo y dependencia funcional importante, presentando un buen control glucémico. A pesar del riesgo cardiovascular presente en gran parte de la muestra, sólo un tercio recibe antiagregantes plaquetarios y menos del 20% estatinas. Aquellos con mayor deterioro funcional y cognitivo tienen peor nivel lipídico, lo cual se puede explicar por un control menos estricto, en función a la valoración geriátrica.

PC-210. CARACTERÍSTICAS PREVIAS EN EL ANCIANO CON CAÍDAS Y FRACTURA DE CADERA

J.M. Venegas Romero, G. Ramírez Salazar, R. Paz Maya, J. Alonso Ramírez y D. de Guzmán Pérez
Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife.

Objetivos: Determinar FR, evaluación y características de las caídas, ya sea a nivel comunitario o institucional.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en pacientes hospitalizados por fractura de cadera en los años 2011-2012, que fueron remitidos desde el S. de Ortopediátría ya sea para control clínico o continuar la RHB. Se recogió la situación funcional previa y al ingreso medida con I. de Barthel, función según GDS (antes del ingreso); Patologías crónicas, agudas, lugar y mecanismo de caída, fractura y número de fármacos antes de la hospitalización.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, todos con fractura de cadera, de los cuales 26 (76%) resultaron mujeres. La mayoría (19) entre 85-94 años (55,88%), 12 entre 75-84 años (35,29%), 3 entre 65-74 años (8,82%), y 1 > 95 años (2,94%). GDS antes del ingreso: 16 con GDS de 1 (47,6%), 9 entre 4 y 5 (26,47%), 5 entre 6-7 (17,71%), y 4 pcon GDS entre 2 y 3 (11,76%). En 29 pacientes la caída se produjo en domicilio (85,29%), 2 en la calle (5,88%), 2 en el hospital (5,88%) y 1 residencia (2,94%). Del total de pacientes 15 al levantarse, ya sea de la cama (35,29%) o 4 de la silla (11,76%). En cuanto al Índice de Barthel: 17 pacientes se encontraban entre 65 y 90 puntos (50%), 8 entre 40 y 60 (23,53%), 6 con un índice > 90 (17,65%), 1 entre 20-35 (2,94%) y 1 paciente ≤ 15 puntos (2,94%). Entre las patologías crónicas más prevalentes: Hta: 67,65%, artrosis degenerativa: 61,76%, caídas previas: 41,18%, trastorno de la marcha, inestabilidad: 41,18%, dislipemia: 32,35%, síndrome ansioso-depresivo: 32,35%, FA: 32,35%, osteoporosis: 23,53%, bradicardia: 7 20,59%.

Conclusiones: Los factores de riesgo de caídas en pacientes con fractura de cadera son multifactoriales, destacando la pluripatología, polimedicación, deterioro cognitivo y deterioro no muy avanzado de la funcionalidad física. Llama la atención la alta incidencia de caídas al ponerse de pie o levantarse, ya sea de la cama o silla, que es donde se podría poner mayor énfasis en cuanto a la prevención.

PC-211. INFLUENCIA DEL TIPO DE EVENTO Y EDAD EN EL CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE INGRESAN POR UN PRIMER EVENTO CARDIOVASCULAR

I. Ezquerro¹, R. Saus², S. Ferrandis¹, J. Esteve¹, J.A. Arazo¹ y E. Rovira³
Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la entidad que mayor mortalidad causa en el mundo. El objetivo de este estudio es conocer el grado de conocimiento teórico sobre la enfermedad cardiovascular que tienen los pacientes que ingresan por un primer evento cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo realizado durante 10 meses sobre 160 pacientes que ingresaron por un primer evento cardiovascular. Basados en cuestionarios de conocimiento de diabetes mellitus (DM) o hipertensión arterial (HTA) validados en otros trabajos, se elaboró un cuestionario de 10 preguntas analizando el grado de conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesiones de órgano secundarias y las medidas preventivas.

Resultados: La media de edad fue de 70,1 (DE = 13) años, predominando los varones (61,6%). El 56,9% supieron qué es la HTA, un 66,3% la DM, y un 68,7% respondieron que la DM o la HTA son enfermedades crónicas. Un 41,9% no supo decir ningún factor que aumente el riesgo de padecer HTA, DM o dislipemia. El 53,5% no conocían ningún factor relacionado con los eventos cardiovasculares. Un 53,9% no supo decir ninguna lesión de órgano asociada. Un 51,9% de los pacientes consideran que dejar de fumar mejora la HTA, un 91% supo que

una dieta sana y el ejercicio pueden mejorar la HTA, DM o dislipemia. Un 51,2% considera que no puede abandonarse el tratamiento de la HTA o la DM una vez controlados estos, y el 80,6% cree que el control de los distintos FRCV puede evitar futuros episodios. La media global de respuestas correctas fue de $5,7 \pm 2,4$, siendo superior en los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica (CI) ($6,2 \pm 2,2$) que Ictus ($5,1 \pm 2,6$) ($p = 0,007$). Al separar los pacientes por cuartiles de edad, se observa como a mayor edad, menor conocimiento de enfermedad, manteniéndose esta significación en los pacientes con CI, no así en aquellos con Ictus.

Conclusiones: El conocimiento sobre medidas preventivas y factores de riesgo cardiovascular en nuestro medio es escaso, siendo superior en los pacientes que ingresan por CI. La edad influye negativamente en el conocimiento de estos factores y, por ende, este desconocimiento puede contribuir al mayor riesgo cardiovascular asociado al envejecimiento.

PC-212. ASISTENCIA DE PACIENTES DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO (CSS) POR PARTE DE UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HAD)

A. Aguilera Zubizarreta¹, G.A. Sgaramella¹, L.A. García Secadas², P. Sanroma Mendizábal¹, M. Pajarón Guerrero¹ y D. García Sánchez¹
¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²SUAP Nansa. Cantabria.

Objetivos: El ingreso en el hospital es una agresión para los pacientes ancianos, con frecuencia desarrollan cuadros confusionales, úlceras por presión y se produce un deterioro funcional en ocasiones difícil de recuperar. La alternativa de la hospitalización a domicilio en los pacientes que viven en CSS es segura y permite mantener al anciano en su medio, evitando el desarrollo de muchas complicaciones.

Métodos: Se realizó una entrevista en las diferentes CSS del área de cobertura de nuestra Unidad de HAD, explicando nuestro funcionamiento y ofreciéndonos a colaborar a principios de año. Pasado un año, se analizó de manera retrospectiva las características de los pacientes que ingresaron en el año 2012.

Resultados: En el año 2012 se atendió a 1439 pacientes de los cuales 133 (9,24%) provenían de un CSS, el 53,3% ingresaron a través de UCIA y 33,8 directamente desde la residencia. El motivo de ingreso fue en para tratamiento antibiótico endovenoso en el 78,93%, principalmente respiratoria (36,09%) y de orina (31,57%), en el 21,05% restante para otros tratamientos médicos (IC, EPOC...). El destino al alta fue el propio domicilio (CSS) en el 84,21% de los casos, un 7,51% reingresa en el hospital y el 8,27% fallecieron.

Conclusiones: El ingreso con HAD evita el ingreso en el hospital y hasta en la tercera parte de los pacientes el paso por UCIA, el destino al alta fue en la mayoría de los casos permanecer en la residencia, por lo que se evitaron muchas complicaciones derivadas de la hospitalización. La cercanía entre el personal del hospital con el de la residencia permite la colaboración y el trabajo en equipo.

PC-213. NUEVO MECANISMO DE ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA INHALADA PARA LA EPOC EN EL ANCIANO

M.V. Vidal González, R. López Mongil, E. Burgos Villameriel, P. González Casado, S.M. Marbán García y M.J. Carranza Priante
 Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Analizar la preferencia de los residentes institucionalizados y enfermeras, en el manejo de los diferentes inhaladores para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Conseguir una técnica de inhalación adecuada mediante la educación y la revisión periódica.

Métodos: Se hace seguimiento de 7 personas con EPOC y usuarios de inhaladores pertenecientes a un centro residencial durante el periodo de 10 de enero a 10 de marzo de 2013 y se compara con el mismo

periodo en el año anterior. Se excluyen del estudio los pacientes con demencia moderada y avanzada. Recogemos los siguientes dispositivos para la inhalación de fármacos y realizamos educación sanitaria para su uso: Inhalador en cartucho presurizado o ICP (Accuhaler, Easy Breath), ICP junto con cámara de dispersión, inhaladores de polvo seco: multidosis (Accuhaler, Genuair/Novolizer, Turbuhaler, Easyhaler), Unidosis (Handihaler, Aerolizer, Berzhaler), inhaladores con cápsula.

Resultados: Edad media 81,4a. 100% varones. Uso de distintos inhaladores: 4 Bromuro de aclidinio (Genuair), 2 tiotropio bromuro (Handihaler) y 1 salmeterol/propionato de fluticasona (accuhaler). Creamos un programa de EPOC: educación sanitaria y uso práctico de inhaladores, analizamos ventajas e inconvenientes de cada uno. El 71,4% de los usuarios refiere que Genuair es el más adecuado debido a que presenta características singulares: buena comprensión del manejo. Constatamos su beneficio clínico por disminución de horas de consumo de oxígeno, ninguna hospitalización por descompensación, sensación subjetiva de mejora del estado de salud y menor disnea, comparándolo con el año anterior. El equipo de enfermería considera dicho dispositivo el más adecuado, por permitir el manejo autónomo por parte del paciente.

Conclusiones: El nuevo dispositivo Genuair puede suponer una disminución de la dependencia en una AIVD como es el manejo de medicación debido a que es adecuado para su uso en ancianos al ser de muy fácil manejo y presentar control de dosis con dispositivo audible y visual, bloqueándose en la última dosis. No precisa un flujo inspiratorio alto y no requiere limpieza. Debemos revisar periódicamente la técnica de inhalación.

PC-214. BÚSQUEDA DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN DIABETES EN EL ANCIANO

R. López Mongil, M.J. Carranza Priante, S. Jáñez Rodríguez, S. Martín Fernández, R. Castaño López y A. Gordaliza Ramos
 Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Identificar aquellos residentes diabéticos con HbA1c por debajo del 7%, como objetivo para prevención de enfermedad microvascular (retinopatía, neuropatía, nefropatía) asociada a diabetes y determinar el grado de control de presión arterial y los valores de lípidos para analizar las complicaciones macrovasculares (arteriopatía coronaria, vasculopatía cerebral, arteriopatía periférica) en una población institucionalizada.

Métodos: Incluimos 41 pacientes diabéticos que aceptaron realizarse un control en enero 2013. Se han seguido criterios ADA 2010 (Asociación Americana de Diabetes). Éstos recogen: HbA1c menor de 7%, control estricto de presión arterial (sistólica menor de 130 mmHg, diastólica menor de 70 mmHg) y control de lípidos que incluyen: LDL-colesterol menor de 100 mg/dl, HDL-colesterol mayor de 40 mg/dl en hombres y de 50 mg/dl en mujeres, triglicéridos por debajo de 150 mg/dl. Análisis estadístico realizado con Statgraphics Centurion XVI (versión 16.1.03, licencia Universidad de Valladolid).

Resultados: Prevalencia 30,14% de pacientes diabéticos, 65,85% mujeres, 34,15% varones. Edad media: 83,02 años DE: 8,12 (36,59% entre 80 y 90 años, 26,83% \geq 90 años). Un 36,84% presentan HbA1c igual o superior a 7%, casi dos tercios están dentro de las cifras de control para prevenir enfermedad microvascular. Se observa alteración de LDL en un 67,50%, de HDL 80% y de triglicéridos 29,27%. Distribución de alteraciones lipídicas: combinan una o más un 97,50%, dos o más un 60% y las tres un 17,50%, están completamente libres un 2,5%. Referente a la TAS supera el umbral un 63,41%, la TAD en un 51,22% y un 39,02% superan las cifras recomendadas para TAS y TAD, un 75,61% tienen, al menos, una TA mal controlada y sólo un 24,39% presentan buen control de TA.

Conclusiones: Un importante porcentaje de la muestra, superior al 75%, presenta riesgo de complicaciones macrovasculares por la concurrencia del factor dislipémico y tensional. El factor de riesgo pre-

sente en mayor cuantía es la dislipemia que supera el 90%. Casi dos tercios consiguen los objetivos de HbA1c. Debemos vigilar de cerca con controles analíticos y tensionales para prevenir las complicaciones micro y sobre todo las macrovasculares, lo que redundará en una mejor calidad asistencial.

PC-215. ¿ES ÚTIL LA DETERMINACIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HB A1C) EN SANGRE CAPILAR EN LA DIABETES MELLITUS EN EL ANCIANO?

V. Niño Martín, E. Burgos Villameriel, R. Castaño López, F. Ortega Ibáñez, R. López Mongil y A. Gordaliza Ramos
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Analizar los niveles de hemoglobina glicosilada (Hb A1c) en sangre capilar y compararlo con los niveles de (Hb A1c) de sangre venosa en pacientes diabéticos de un centro residencial, valorando la posible utilidad y beneficios de esta prueba de screening.

Métodos: Se ha utilizado un analizador Afinion AS 100 para la determinación de HbA1c en una muestra de sangre capilar (procedente de un pinchazo en el dedo) en 41 ancianos diabéticos que aceptaron igualmente realizarse una analítica con determinación de Hb A1c en sangre venosa. Esta prueba de screening refleja la glucemia media de los dos o tres últimos meses. El análisis estadístico se ha realizado con Statgraphiics Centurion XVI (versión 16.1.03) bajo licencia de la Universidad de Valladolid.

Resultados: Edad media: 83,02 años. Inferiores a 80 años: 36,59%, entre 80-90 años: 36,59% y 90 y más años: 26,83%. El coeficiente de correlación = 0,9429, R-cuadrada = 88,91%. Se ha estudiado la diferencia de medias entre ambas puntuaciones con pruebas para muestras pareadas y no hay diferencias significativas. Prueba de rangos con signo; valor $p = 0,98$. Se estudia la capacidad predictiva de HbA1c capilar sobre la venosa centrado en los valores que quedan por encima o debajo del umbral del 7% y el 84,21% son aciertos. HbA1c venosa ≥ 7 : 36,84% y HbA1c capilar ≥ 7 : 31,58%.

Conclusiones: Puede recomendarse la determinación de HbA1c capilar como marcador de control metabólico en ancianos con DM por su buena correlación con la HbA1c venosa, por la mayor comodidad en personas de edad avanzada y la rapidez en la obtención del resultado, además del apoyo en el diagnóstico de la DM, en el control de los síntomas y tras ingresos hospitalarios. Resaltamos la utilidad en la aproximación al cumplimiento de objetivos terapéuticos en la prevención de complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía): control de HbA1c < 7%.

PC-216. OBESIDAD. IMPORTANCIA EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES

V. Niño Martín, M.V. Vidal González, P. González Casado, M.J. Carranza Priante, R. López Mongil y A. Gordaliza Ramos
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Identificar la presencia de obesidad como factor de riesgo asociado directamente a la diabetes según diferentes criterios: valores recomendados en las tablas de predicción de riesgo coronario, los aconsejados por la IDF-Federación Internacional de Diabetes y el Índice de Masa Corporal (IMC) en pacientes diabéticos institucionalizados. Se ajustan las determinaciones por género.

Métodos: Se calcula la presencia de diabetes, es decir, la prevalencia de diabéticos con circunferencia de cintura (CC) u obesidad abdominal (CC ≥ 102 cm en hombres, ≥ 88 cm en mujeres), que son los que tienen riesgo cardiovascular incrementado. Se analiza la obesidad abdominal según los valores propuestos por IDF en la definición de síndrome metabólico: CC ≥ 94 cm en hombres, ≥ 80 cm en mujeres) y finalmente en la valoración nutricional determinamos el índice de masa corporal (IMC) en pacientes diabéticos y se distribu-

yen en: rango normal (entre 24 y 30), < 24 (desnutridos), y > 30 (obesidad). El análisis estadístico se ha realizado con Statgraphiics Centurion XVI (versión 16.1.03) bajo licencia de la Universidad de Valladolid.

Resultados: 41 pacientes diabéticos. Edad media: 83,02 años, 65,85% son mujeres y 34,15% varones. Obesidad abdominal: CC ≥ 88 cm en mujeres = 66,67% y CC ≥ 102 cm en hombres = 28,57%. Según los criterios de IDF: obesidad abdominal: CC ≥ 80 cm en mujeres = 92,57% y CC ≥ 94 cm en hombres = 28,57%. Distribución según IMC > 30 en mujeres: 40,74% y en hombres = 21,43%. Existe asociación entre el género y la obesidad abdominal, en el sentido de que las mujeres tienen mayor tendencia a la obesidad central, $p = 0,0001$. No existen diferencias estadísticamente significativas del IMC promedio por sexos ($p = 0,043$) para el test de Student con varianzas distintas.

Conclusiones: Es importante detectar la obesidad abdominal o central en población diabética por la enorme relevancia que adquiere. Presenta una clara relación con el sexo femenino. Según los criterios de IDF, en nuestra muestra la obesidad supera el 90% en mujeres. Destacamos la simplicidad de estas determinaciones en la exploración física, el alto valor predictivo de esta información y la necesidad de medir los cambios en valores antropométricos.

PC-217. ESTADO DE SALUD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN EL MEDIO RESIDENCIAL

M.J. Carranza Priante, R. López Mongil, I. Martín Martín, M. Hernández Sanz, M.A. Sedano Alonso y A. Gordaliza Ramos
Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Objetivos: Describir el estado de salud funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en diferentes unidades geriátricas de un centro residencial identificando la correlación con la valoración nutricional utilizando como instrumento el Mini Nutritional Assessment (MNA).

Métodos: Se analizan 136 pacientes de dos unidades geriátricas (UG1 y UG2) y una psicogeriátrica (UPG) con el Barthel, Lawton y Mini Nutritional Assessment (MNA). Usamos como punto de corte para establecer ausencia de riesgo nutricional una puntuación mayor de 23,5. Por debajo de 17 se considera desnutrición con esta escala. Se agrupan en tres categorías según Barthel, leve: mayor de 60, moderada: de 40 a 60 y grave inferiores a 40. Lawton y Brody: dependencia total: 0, grave: 1, moderada: 2 y 3, ligera: 4 y 5, Autonomía, 6. Las valoraciones corresponden al primer semestre de 2012. Análisis realizado con Statgraphiics Centurion XVI (versión 16.1.03) bajo licencia de la Universidad de Valladolid.

Resultados: Dependencia funcional Grave con Barthel arroja unos valores medios de: muestra (UG1 48,78%, UG2 41,67%, UPG 14,89%), Dependencia moderada: (UG1 4,88%, UG2 22,92%, UPG 10,64%), dependencia leve: (UG1 46,34%, UG2 35,42%, UPG 74,47%), Lawton: dependencia total: (UG1 46,34%, UG2 31,25%, UPG 40,43%), grave: (UG1 17,07%, UG2 31,25%, UPG 21,28%), moderada (UG1 24,39%, UG2 29,17%, UPG 31,91%) ligera (UG1 9,76%, UG2 4,17%, UPG 6,38%) y autónomos: (UG1 2,44%, UG2 4,17%, UPG 0%). Cuando analizamos la correlación entre Barthel y edad la regresión es significativa. Por cada año, disminuye en casi 1 punto Barthel en promedio. La regresión no es significativa con Lawton. Tras aplicar regresión lineal, entre MNA y Barthel es significativa para un valor de $p=0,0000$, lo que indica que por cada 10 puntos más en Barthel aumenta 0,65 puntos el MNA en promedio.

Conclusiones: Podemos establecer que el estado de salud funcional es un objetivo prioritario en la asistencia, que nos permite la planificación de los servicios de atención y que presenta gran valor predictivo sobre el estado nutricional de la población estudiada, todo ello usando tres de los instrumentos considerados como "gold standard" en su medición. Las intervenciones en mejora funcional, mejorarán

las puntuaciones del MNA, en la proporción que hemos encontrado en este trabajo.

PC-218. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEMENCIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

A. Viloria Jiménez¹, R. Yubero Pancorbo¹, T. Ibarra Cayuela¹, M. Vígara García², M. Chung Jaén¹ y P. Gil Gregorio¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Policlínico San Carlos S.L. Denia.

Objetivos: Comparar los perfiles de pacientes diagnosticados de enfermedad de alzheimer (EA) en una Unidad de Memoria en función de la presencia o no de antecedentes familiares de demencia.

Métodos: Estudio prospectivo de junio 2012-enero 2013. Se incluyeron pacientes diagnosticados de probable y posible EA según criterios NINCDS-ADRDA en la primera valoración realizada en la Unidad de Memoria. Se recogieron datos demográficos: edad, sexo y nivel educativo, estadio (GDS de Reisberg), existencia o no de antecedentes familiares de demencia, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, variables cognitivas (MMSE de Folstein, Boston Naming Test, Textos I y II de WMS-III, Fluencia Fonética (FF) y Semántica (FS), Digit Span: DD y DI y Test del Reloj), escalas funcionales (Índice de Katz, Lawton y Blessed) y síntomas psicológicos-conductuales (Neuropsychiatric Inventory (NPI) de Cummings). Análisis estadístico: SPSS 17.0.

Resultados: N: 70 (35 con antecedentes familiares de demencia), 29 Posible EA y 41 Probable EA. Edad media: 80,9 (72-87). Mujeres: 72,9%. Nivel educativo medio: 0-10 años 85,7%. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas: 25,6 meses (DE 16,7). 62, 9% GDS 4 al diagnóstico. Para la edad media de la muestra, no se objetiva correlación significativa entre la existencia de antecedentes de demencia y el diagnóstico de Probable/Posible EA. Comparando los grupos con/sin antecedentes familiares se objetivaron diferencias significativas en variables cognitivas: DI (p: 0,05), y FS (p: 0,027), y tendencia a la significación en DD y diferencias significativas en NPI en el ítem alucinaciones (p: 0,02). A mayor número de antecedentes, se objetivó peor rendimiento funcional (Blessed) (p: 0,011), mayor probabilidad de alucinaciones (p: 0,022) y peor rendimiento cognitivo (DI (p: 0,05) y FS (p: 0,027)).

Conclusiones: 1. No existe correlación entre la existencia o no de antecedentes familiares de demencia y el diagnóstico de posible o probable EA. 2. La presencia de antecedentes familiares de demencia no parece influir en el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el acudir a una Unidad de Memoria para valoración. 3. A mayor número de antecedentes de demencia, parece existir mayor deterioro funcional, peor rendimiento cognitivo (relacionado con funciones ejecutivas) y mayor probabilidad de sufrir alucinaciones.

PC-219. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

T. Ibarra¹, R. Yubero¹, A. Viloria¹, M. Vígara¹, M. Chung¹ y P. Gil²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Policlínico San Carlos S.L. Denia.

Objetivos: Comparar el rendimiento cognitivo, funcional y conductual, en pacientes diagnosticados de enfermedad de alzheimer (EA), en un grupo de pacientes jóvenes y un grupo de nonagenarios.

Métodos: Estudio comparativo retrospectivo en pacientes con probable EA (según criterios NINCDS-ADRDA), estadio evolutivo leve (según Global Deterioration Scale de Reisberg) en la Unidad de Memoria del Serv. Geriátría del Hospital Clínico San Carlos. Se recogen variables demográficas (edad, sexo y nivel educativo), cognitivas (MMSE de Folstein, Textos I y II de WMS-III, Test de Denominación de Boston (BNT), Dígitos WAIS-III, FAS, Fluencia Semántica, Praxias Ideomotoras y Test del Reloj), funcionales (Índice de Katz, índice de Lawton, Blessed-A) y conductuales (Neuropsychiatric Inventory

de Cumming: NPI). Se incluyen dos grupos de pacientes, en función de la edad en el momento del diagnóstico: jóvenes menores de 70 años y nonagenarios mayores de 90 años. Análisis estadístico SPSS 17.0.

Resultados: N = 43. En el grupo de jóvenes, 16 tenían 65,94 (DE: 4,2) y 81,3% eran mujeres, frente a 27 nonagenarios con 91,15 (DE: 1,3) y 73,9% de mujeres. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre jóvenes y nonagenarios en pruebas funcionales como el KATZ (p = 0,002) y el Lawton (p = 0,005). Cognitivamente, las diferencias se encontraron en tareas de Fluidez fonológica (p = 0,013), Fluidez semántica (p = 0,009), BNT (p = 0,011) y Reloj (p = 0,002).

Conclusiones: Hay diferencias estadísticamente significativas entre nonagenarios y jóvenes en cuanto a índices de funcionalidad y rendimiento cognitivo, pero no en trastornos de conducta. Cognitivamente, los nonagenarios obtuvieron peores puntuaciones que los jóvenes en su rendimiento cognitivo global, memoria episódica verbal inmediata y fluidez semántica y fonética. Los pacientes nonagenarios presentan mayor dependencia en AIVD que los pacientes jóvenes, en estadios leves de la enfermedad.

PC-220. DETERIORO COGNITIVO EN NONAGENARIOS

T. Ibarra, R. Yubero, A. Viloria, M. Chung, M. Vígara y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Determinar el perfil cognitivo, funcional y conductual los nonagenarios en su primera visita a una Unidad de Memoria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyen pacientes mayores de 90 años valorados en la Unidad de Memoria del Serv. Geriátría del Hospital Clínico San Carlos (UM). Se recogen variables demográficas (edad, sexo y nivel educativo), cognitivas (MMSE de Folstein, Textos I y II de WMS-III, Test de Denominación de Boston (BNT), Dígitos WAIS-III, FAS, Fluencia Semántica, Praxias Ideomotoras y Test del Reloj), funcionales (Índice de Katz, índice de Lawton, Blessed-A) y conductuales (Neuropsychiatric Inventory de Cumming: NPI). Estadiaje según Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS). Diagnóstico DCL según criterios de Petersen, 2004. Diagnóstico de Probable Enfermedad de Alzheimer (EA) criterios NINCDS-ADRDA. Criterios diagnósticos de Demencia Vascular (DV) según NINCDS-AIREN. Criterios diagnósticos de Demencia Fronto-temporal (DFT) según Lund-Manchester, 1994. Análisis estadístico SPSS 17.0.

Resultados: De una muestra total de 2.606 pacientes, 66 eran nonagenarios (2,5%). Edad media 91,73 años (DE: 1,8). 75,8% de mujeres. Nivel educativo medio de 6-10 años (53%). El 63,6% eran EA, el 18,2% DCL, 12,1% DV, un 3% demencia mixta, 1,5% DFT y 1,5% envejecimiento normal. El 18,2% presentaba un GDS: 3; el 39,4% un GDS: 4; el 34,8% un GDS: 5 y el 4,5% un GDS: 6, y un 3% un GDS: 2. Funcionalmente, el 27,3% obtuvo un Katz B (por incontinencia urinaria), con una puntuación media en el Lawton de 2,03 (DE 2,2) y un Blessed-A de 4,4 (DE 1,5). Conductualmente, la puntuación media en NPI fue de 11,5 (DE 9,7), siendo apatía la variable con puntuaciones más altas: 2,15 (DE 3,3). Cognitivamente, la puntuación media en el MMSE fue de 18,02 (DE 4,6), en Textos I: 3,50 (DE 3,3); Textos II: 0,54 (DE 1,8); BNT: 14,54 (DE 6,8); DD: 4,04 (DE 0,9); DI: 2,84 (DE 1,3); FF: 3,51 (DE 2,6); FS: 6,02 (DE 2,6); Praxias: 2,29 (DE 0,9) y Reloj: 5,13 (DE 4,1).

Conclusiones: La mayoría de los nonagenarios que acude por primera vez a una UM son mujeres, con estudios primarios. La mayor parte de nonagenarios que acude por primera vez a una UM tiene un diagnóstico de Probable EA (en estadio leve), seguido de los DCL. Los pacientes nonagenarios se muestran independientes para ABVD, y parcialmente dependientes para IAVD. El rendimiento cognitivo global se encuentra por debajo de la norma que en poblaciones más jóvenes.

PC-221. DETERIORO COGNITIVO Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

R. Yubero, J. del Saz, M. Ramos-García, A. Viloria, T. Ibarra y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir y comparar los rendimientos funcionales, cognitivos y conductuales de una muestra de pacientes psiquiátricos con deterioro cognitivo, en seguimiento coordinado por una Unidad de Memoria de Geriátría (UM) y una Unidad de Psicogeriatría (UPG).

Métodos: Estudio retrospectivo transversal. Se incluyen pacientes en seguimiento conjunto por una UM y una UPG. Se recogen variables demográficas (edad, sexo y nivel educativo), cognitivas (MMSE de Folstein, Textos I y II de WMS-III, Test de Denominación de Boston (BNT), Dígitos WAIS-III, FAS, Fluencia Semántica, Praxias Ideomotoras y Test del Reloj), funcionales (Índice de Katz, índice de Lawton, Blessed-A) y conductuales (Neuropsychiatric Inventory de Cumming; NPI). Diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM-IV. Estadaje de deterioro cognitivo según GDS de Reisberg. Criterios diagnósticos E. Alzheimer NINDS-ADRDA, DCL Petersen 2004 y Demencia Vascular NINDS-AIREN. Análisis estadístico SPSS 17.0.

Resultados: N = 31. 67,7% de mujeres. Edad media $77,5 \pm 6,2$. Nivel educativo medio 0-5 años: 54,8%. El 61,3% eran trastornos depresivos (TD) el 16,1% trastornos de ansiedad (TA), el 16,2% trastornos bipolares (TB), el 3,2% TOC y el 3,2% trastornos delirantes crónicos. El 41,9% de los pacientes presentaban un deterioro cognitivo ligero, el 32,3% una e. alzheimer, el 22,6% un deterioro cognitivo asociado a su trastorno psiquiátrico y el 3,2% una demencia vascular. No encontramos una correlación entre el diagnóstico psiquiátrico y el tipo de deterioro cognitivo (índice de Pearson 0,516). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre TD y TA en el Katz (p 0,004) y Lawton (p 0,010) y en el BNT (p 0,038); y entre TA y TB en Katz (p 0,048). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables del NPI.

Conclusiones: No existe correlación entre el diagnóstico psiquiátrico y el diagnóstico de deterioro cognitivo en nuestra muestra. La mayor parte de los pacientes en seguimiento coordinado por una UM y una UPG presentan TD. La mayor parte de los pacientes presentan un DCL. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en variables funcionales entre TD, TA y TB. Existen diferencias estadísticamente significativas en el BNT entre TD y TA.

PC-222. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR COMO COMORBILIDADES EN EL PACIENTE ANCIANO CON DEMENCIA VALORADO EN UNA CONSULTA DE MEMORIA

M. Chung, R. Yubero, M. Vigara, T. Ibarra, A. Viloria y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Valorar las enfermedades concomitantes, especialmente los factores de riesgo cardiovascular, en pacientes ancianos con demencia de tipo degenerativa, vascular o mixta, en una unidad de memoria.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de demencia de perfil degenerativo DD (Probable o Posible EA según criterios NINDS-ADRDA), vascular DV (según criterios NINDS-AIREN), o perfil mixto DM, valorados en la Unidad de Memoria. Recogimos variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y otras comorbilidades, variables funcionales (índice de Katz, Lawton y escala de Blessed-A), y cognitivas (MMSE de Folstein, Test del Reloj, Apraxias ideomotoras, y test de Denominación de Boston) en una primera visita. Análisis estadístico: SPSS-15.0.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, 62% mujeres. Edad media: 80,3 años (\pm 6,1). Diagnóstico: 59,5% de los pacientes con DD, 32,9% DV y 7,6% DM. Un 68% de los pacientes presentaba hipertensión arterial, y tan solo un 11,4% no tenía comorbilidad. En 14 pacientes se detectó patología oncológica, siendo la más común el cáncer de colon. No objetivamos asociación estadísticamente significativa entre la presencia conjunta de los FRCV y el tipo de demencia, aunque si una tendencia lógica a aumentar en las demencias vasculares. Obser-

vamos la misma tendencia en pacientes con enfermedad neoplásica, aunque sin ser estadísticamente significativo. A nivel cognitivo, en los pacientes con FRCV encontramos mayor apraxia ideomotora (p = 0,043), particularmente en aquellos con dislipemia (p = 0,035), y se mantuvo la tendencia en pacientes hipertensos (p = 0,08). También se observó peor rendimiento en pruebas de denominación en pacientes con dislipemia (p = 0,021), objetivado igualmente en el análisis multivariante para el conjunto de FRCV (p = 0,040). Hallamos además relación entre la diabetes mellitus y la afectación ejecutiva (capacidad de planificación (p = 0,011). En cuanto a las variables funcionales, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de demencia ni los distintos FRCV.

Conclusiones: 1. En una muestra de pacientes ancianos con edad media de 80 años la posibilidad de padecer una probable EA es de 11%, dado que la mayor parte de los pacientes presentar importante comorbilidad a nivel cardiovascular. 2. Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular presentan mayor apraxia ideomotora, y peores resultados en pruebas de denominación.

PC-223. INTOLERANCIA A LA LACTOSA. UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

C. García Alonso, N. Maturana, M. Román, J. López, P. Ramos, J. Marín, R. López-Mongil, J. Gutiérrez, L. Ausín y P. Gil
Grupo de Estudio INLACTOR. Madrid.

Objetivos: Conocer la frecuencia y las principales características clínicas de la intolerancia a lactosa (IL) en una población anciana institucionalizada, así como la mejoría observada tras la retirada de lactosa en la dieta.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional y transversal mediante un cuestionario semiestructurado basado en la sospecha de datos y valoración clínica de residentes antes y después de la supresión en la dieta habitual (quince días) de alimentos con lactosa. Se utiliza escala analógica (0-10) para la mejoría clínica. Se consideran IL aquellos residentes que tras la retirada de lactosa presentaban una mejoría en los síntomas según la escala analógica \geq 4. Análisis estadístico SPSS para Windows.

Resultados: Muestra 654 (edad media $82,7 \pm 7,7$ años, mujeres: 72%). La sintomatología asociada a IL era: Estreñimiento (44,3%), distensión abdominal (40,2%), flatulencia (35,2%), dolor abdominal (32,9%), borborigmo (20,7%) y diarrea (17,5%). La frecuencia de IL, entendiendo aquellos con mejoría en la escala analógica $>$ 4 era de 329 residentes lo que representa el 50,3%. Los síntomas donde se objetivó una mejoría más importante eran: dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia y diarrea.

Conclusiones: 1. La IL es una patología emergente con una frecuencia establecida en el 50% de los ancianos institucionalizados. 2. Los síntomas sobre los que se obtiene una mejoría más significativa es el dolor y la distensión abdominal.

PC-224. INSUFICIENCIA CARDÍACA. UN PARADIGMA DE EDUCACIÓN SANITARIA

M. Machado, I. Carmona, L. Guardado, D. del Rey y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La insuficiencia cardíaca figura como una de las principales causas de ingresos y reingresos en población anciana. La comorbilidad y la calidad de vida figuran como elementos asociados que pueden modificar la historia natural de esta entidad

Objetivos: Describir las características clínicas, comorbilidad y datos de conocimiento de la enfermedad entre población anciana ingresada en una Unidad de Agudos de Geriátría

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de pacientes mayores de 75 años con insuficiencia cardíaca como motivo principal de ingreso hospitalario. Periodo de recogida de un año. Se recogen las siguientes

variables: edad, género, etiopatogenia, comorbilidad mediante índice de Charlson corregido por edad, ecocardiograma, valoración funcional, recursos sociales (OARS), grado de conocimiento de la entidad (test deDeWalt) y escala de conocimiento salud-sanitarios (SAHL-SA).

Resultados: Tamaño muestral: 85 pacientes. Edad media: $85,6 \pm 5,3$. Mujeres: 72,3%. Hipertensión arterial (85%), fibrilación auricular (54%) diabetes mellitus (32,8%) Índice de Charlson corregido por edad: $9,3 \pm 3,6$. Datos ecocardiográficos: disfunción sistólica (26,2%). OARS: Recursos sociales buenos-excelentes: 87,2%. Grado de conocimiento: 6,9 (máximo 15).

Conclusiones: 1. La disfunción sistólica como topología de insuficiencia cardíaca en el anciano es escasa. 2. Alto grado de comorbilidad, destacando la hipertensión arterial y la fibrilación auricular. 3. Bajo grado de conocimiento de la entidad lo que apoyaría la necesidad de educación sanitaria en este tipo de pacientes.

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III, a través del proyecto PI08/1484 cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

PC-225. PLAN DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

E. Gómez González¹, R. Valera Lloris², V. Andreu Mandingorra¹, I. Romero Martínez¹, M. Barberá Soriano¹, S.D. Geriátría¹ y P. Lacruz¹
¹Hospital de Manises. Valencia. ²Hospital de Crónicos de Mislata.

Objetivos: Identificar a los pacientes de riesgo, Normalizar las acciones para la prevención de caídas, Educar al paciente y familiares en la prevención de caídas, Monitorizar y analizar las caídas por un grupo multidisciplinar.

Métodos: Para cada uno de los objetivos planteados se han definido las líneas de acción a emprender y asignado tanto un responsable como un cronograma para su cumplimiento. Las líneas de acción para cada objetivo son: Objetivo 1. Identificar a los pacientes de riesgo: 1. Valorar el riesgo de caída que tienen los pacientes empleando una escala estandarizada: escala de Downton. 2. Informatizar la escala de Downton en la Historia Clínica Electrónica. 3. Identificar el paciente de riesgo en el mapa de camas de enfermería y de hospitalización mediante una alerta/icono y en el control de enfermería. Objetivo 2. Normalizar las acciones para la prevención de caídas. 1. Actualizar el protocolo para la prevención de las caídas. 2. Difundir el protocolo a todo el personal de enfermería y a los facultativos. Objetivo 3. Educar al paciente y familiares en la prevención de caídas. 1. Editar un folleto informativo que se entregue al paciente de riesgo y familiares. Objetivo 4. Monitorizar y analizar las caídas por un grupo multidisciplinar. 1. Formar un Grupo de Trabajo de Evaluación del Síndrome Geriátrico, formado por Supervisión de Enfermería y Geriátría donde inicialmente se evalúen las caídas y se amplíen al resto de aspectos de interés como son la disfagia, úlceras por presión, etc. 2. Rediseñar el indicador a monitorizar considerando los pacientes de riesgo.

Resultados: Previo a la implantación de este proyecto el promedio de caídas en nuestro Hospital era de 2 al mes. Durante el año 2012 se tuvo un total de ingresos de 15.455 pacientes, de los cuales la distribución por especialidades fue: Medicina interna 5788 pacientes, cirugía traumatológica y ortopédica 2.293 pacientes, en otras especialidades quirúrgicas (cirugía general, neurocirugía, cirugía cardíaca, cirugía plástica, otorrino, c. vascular) 3.896 pacientes durante el 2012. La estancia media al alta sin UHD durante el año 2012 fue de 4,72 días. Desde su definición (noviembre 2012) hasta la actualidad hemos conseguido un indicador de caídas igual a cero tanto en diciembre 2012 como en febrero 2013 (enero 1 caída).

Conclusiones: El proyecto es reciente y en la actualidad los beneficios del mismo van encaminados a la concienciación de los profesionales de la relevancia de los síndromes geriátricos, tanto en su fase

de identificación como de prevención de los mismos. Todo ello coordinador por un grupo multidisciplinar formado por Supervisores y Geriátras y Dep. Calidad.

PC-226. FRAGILIDAD FÍSICA Y COGNITIVA Y SÍNDROME METABÓLICO EN RELACIÓN CON FACTORES SOCIOCULTURALES. CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL AL ANCIANO

A. del Valle Ramiro y M.M. Carmenate Moreno
Universidad Autónoma de Madrid.

Este trabajo parte de un estudio transversal realizado en Centros de Día de Madrid, (proyecto: "Edad, género y derechos: envejecer en femenino" FEM 2009-09556). El objetivo es valorar la fragilidad, involución cognitiva y riesgo metabólico (SM) en los mayores y su relación con factores socioculturales. La muestra estuvo formada por 215 mayores. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario. Las dos terceras partes eran mujeres, las viudas triplicaron a los viudos, esto refleja la supervivencia de las mujeres en esta etapa ontogenética. La proporción de mujeres sin educación duplica a la de hombres, en los niveles secundario y superior se igualan porcentualmente. El 98,8% de los hombres y el 57,9% de las mujeres estaban jubilados; la mayoría de los hombres son de profesión libre (21,3%) y obreros no especializados (26,7%); la mayoría de las mujeres realizan labores del hogar (51,9%), profesión libre (13,7%) y empleadas cualificadas (12,2%). Un 40,6% de los hombres y un 59,4% de las mujeres, presentaron SM. Considerando el factor obesidad (IMC) como situación de alerta, se encuentra un 32,7% de los hombres y un 35,9% de las mujeres; mientras que la obesidad central (ICC) se encontró en el 52,8% de los hombres y el 36,6% de las mujeres. La obesidad visceral (CC), aparece en el 86,8% de los ancianos y el 90,1% de las ancianas. La incidencia de la fragilidad cognitiva, fue medida a través del análisis del test Mini-Mental State Examination (MMSE), las variables se agrupan en: orientación, memoria inmediata, concentración, cálculo, recuerdo diferido y comprensión del lenguaje. El análisis estadístico, realizado a través del paquete SPSS 17.0, mostró asociaciones significativas entre el sexo y cálculo ($t = 1,92$; $p \leq 0,05$). En las mujeres: deterioro cognitivo y hábito de lectura ($\chi^2 = 15,54$, $p \leq 0,001$), deterioro cognitivo y colaboración con hijos y familiares en actividades de ayuda ($\chi^2 = 23,5$; $p = 0,009$) y deterioro cognitivo y problemas psicológicos ($\chi^2 = 11,64$; $p = 0,003$). En los hombres: deterioro cognitivo y hábito de lectura ($\chi^2 = 6,94$; $p = 0,031$). Se encontró mayor irregularidad en la permanencia profesional entre las mujeres ($t = 6,35$; $p \leq 0,001$). Los hombres duermen más horas ($t = 2,07$; $p = 0,041$), lo que puede influir en su menor deterioro cognitivo.

PC-227. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN ANCIANO CON PÉRDIDA NO DESEADA DEL 10% DE PESO CORPORAL EN UN PERIODO DE 6 MESES. ESTUDIO DE UN CASO

C. García Domínguez, P. Fernández Moreira, E. Fernández Barciela, M. Sande Apráiz, A. Fieira Nogareda y F. Castro Castiñeira
Centro Aalaia. Vigo.

Objetivos: Demostrar la utilidad de fórmulas hipercalóricas basadas en la mantequilla de cacahuete en el tratamiento a corto-medio plazo de la desnutrición en el anciano por baja ingesta.

Métodos: Estudio prospectivo de un caso seleccionado atendiendo a los criterios de pérdida de peso no deseada superior al 10% de masa corporal durante 6 meses y valoración sugestiva de riesgo de desnutrición según puntuación obtenida en el Mini Nutritional Assessment. Se toman datos complementarios como medidas de circunferencia de pierna y brazo y determinación de porcentajes de grasas corporales por bioimpedancia eléctrica. Se realiza monitorización de edemas, tensión arterial y glucemias post prandiales para vigilar posibles efectos adversos del uso de la fórmula. Se hace seguimiento de la

evolución ponderal como factor fundamental para determinar el éxito o fracaso de la intervención nutricional a lo largo de la misma. El tratamiento nutricional empleado en el estudio para frenar la desnutrición aguda se basa en el empleo de una fórmula semejante a la empleada de forma generalizada por ONGs en el caso de desnutrición pediátrica en países subdesarrollados, llamada RUTF (Ready To Use Therapeutic Food), se emplean proteínas de alto valor biológico procedentes de la soja en una base hipercalórica de mantequilla de cacahuete, suplementándolo con vitaminas y minerales procedentes de fórmulas comerciales.

Resultados: El tratamiento nutricional con una fórmula hipercalórica a base de mantequilla de cacahuete logró una ganancia ponderal rápida que consiguió situar el caso seleccionado dentro de valores de índice de masa corporal considerados epidemiológicamente más seguros. Además no aparecieron efectos adversos durante la intervención.

Conclusiones: La inclusión de un alimento hipercalórico, con un buen perfil lipídico y proteico, con gran palatabilidad, como es la mantequilla de cacahuete, puede resultar de utilidad en casos seleccionados de ancianos que sufran desnutrición aguda, como nutrición terapéutica capaz de revertir en un plazo corto de tiempo la situación, consiguiendo ganancias ponderales rápidas y con una buena relación coste-efectividad.

PC-228. CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

J.L. Esquinas Requena, J. Martín Márquez, V. Mazoterías Muñoz, J. Gil Moreno, N. Fernández Martínez y G. Martínón Torres
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Presentamos un caso de hemorragia digestiva de origen oscuro tras la ingesta de una concha de molusco que pasa desapercibida por nuestro paciente. **Caso clínico:** Varón de 82 años con AP de HTA, pirosis no estudiada que ingresa por melenas de 48 horas de evolución más anemia 2ª sin inestabilidad hemodinámica. Tratamiento: AAs, omeprazol, almagato, olmesartán/HCT. Situación basal: Lawton 4/8, Barthel 100/100, FAC 5. Sin deterioro cognitivo filiado. Exploración física: Palidez de piel y mucosas, TA: 144/73, FC 80 lpm, exploración abdominal anodina con RHA normales y tacto rectal sin evidencia de melenas. Sin otros datos relevantes. Evolución: Se trata de un paciente con sospecha de hemorragia sin objetivar signos de sangrado en gastroscopia de urgencia. Llamaba la atención imagen redondeada de densidad cálcica superpuesta en pala iliaca derecha. A las 48h presenta hematoquecia sin lesiones en colonoscopia. Tras ampliar el estudio y con el hallazgo de concha de molusco en íleon terminal es intervenido con la extracción de la concha. En el postoperatorio presenta nueva hemorragia en forma de melenas, se realiza angioTC urgente que objetiva sangrado activo en yeyuno entrando de nuevo a quirófano donde se realiza enteroscopia intraoperatoria que resulta normal. Posteriormente y debido a que en su evolución continua con melenas y anemia se realizan hasta 2 arteriografías más y una 3ª cirugía exploradora sin encontrar sangrado activo. Desde la última intervención el paciente no vuelve a presentar episodios de melenas con evolución satisfactoria del postoperatorio.

Discusión: La hemorragia digestiva de origen oscuro se define como el sangrado del tracto gastrointestinal que persiste o recurre sin una clara etiología evidente tras realización de una endoscopia alta, colonoscopia y evaluación del intestino delgado y suele corresponder a un 5% del total de los sangrados digestivos. En nuestro caso, resulta llamativo que, mediante enteroscopia intraoperatoria como el "gold estándar" para el estudio de esta entidad con un rendimiento diagnóstico del 83 al 100% según los estudios existentes, no se llegara a localizar el sangrado, asumiendo que la causa estuviera en relación a

la existencia de un desgarro submucoso del intestino delgado ocasionado por el cuerpo extraño.

PC-229. ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACKOB ESPORÁDICA PROBABLE DIAGNOSTICADA EN UN NONAGENARIO

J.L. Esquinas Requena, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, V. Mazoterías Muñoz, N. Parras García de León y N. Fernández Martínez
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica es un trastorno neurodegenerativo rápidamente progresivo y fatal. La edad de comienzo es de 60 años con una incidencia < 2 casos por millón de habitantes.

Caso clínico: Varón de 91 años con AP de HTA, FA crónica anticoagulada y anemia ferropénica que ingresa con una sepsis de origen respiratorio. Tratamiento: acenocumarol, enalapril/HCT y ferrosanol. Antecedentes: 2 meses previos al ingreso presentaba un Barthel 95/100, FAC 5, sin deterioro cognitivo filiado. 1 mes y medio previo comienza con cuadro de inestabilidad de la marcha catalogado de ataxia cerebelosa que progresa rápidamente con pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo y disfagia y disartria originando un deterioro funcional agudo hasta encamarse. Exploración física: Pupilas NRI, Glasgow 8/15, Fc 110 lpm, Fr 40 rpm, SatO₂ 90% con reservorio. Evolución: Tras estabilización del proceso agudo, a nivel neurológico encontramos una hemiplejía izquierda, espasticidad en hemicuerpo derecho, así como alteración de pares bajos. Posteriormente comenzó con mioclonías y mutismo acinético. En el estudio realizado la proteína 14-3-3 fue positiva en LCR; en el EEG se objetivaron complejos de ondas trifásicas de aspecto periódico y en la RMN cerebral no se encontraron datos relevantes. Con estos hallazgos y la clínica, según los nuevos criterios diagnósticos propuestos para la ECJ esporádica se realizó dicho diagnóstico. El estudio genético fue negativo, siendo el polimorfismo en el codón 129 homocigoto para la metionina. El tiempo de supervivencia desde el inicio de los síntomas fue de 3 meses y no se pudo realizar necropsia.

Discusión: En los últimos años, a nivel europeo se ha informado de un incremento en la incidencia de esta enfermedad entre los 60 a 90 años. Algunos países como Bélgica destacan un incremento especialmente en grupos de edad comprendidos entre los 80-90 años. Esta situación no está analizada, pero probablemente se deba a una mayor vigilancia de las encefalopatías espongiiformes de transmisión humana. Lo interesante de este caso es la edad de presentación, puesto que son muy pocos los recogidos en la literatura científica mayores de 90 años, y siendo probablemente éste el primero documentado en España hasta ahora.

PC-230. LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

R. Padilla Clemente, M. Gas Mola, M. del Águila Verge y R. López Romero
Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Introducción: El vertiginoso avance de la ciencia y la tecnología, plantean a diario problemas de índole ético ante el cuidado de los pacientes. El objetivo del médico no es solo salvar vidas y curar enfermedades, también debe ser capaz de reconocer en qué momento debe renunciar a ello y reorientar sus esfuerzos para aliviar el sufrimiento, consolar al paciente y ayudarlo a morir con dignidad. El presente caso habla sobre el dilema bioético que, en ocasiones, plantea el derecho a una muerte digna evitando el encarnizamiento terapéutico.

Caso clínico: Mujer de 80 años con neoplasia de seno piriforme de hipofaringe T4N0M0, portadora de SNG y traqueostomía, que ingresa

en nuestro centro para continuidad de cuidados, mientras recibía tratamiento con RT y QT pautados por el servicio de oncología. Nuestro dilema principal ya inicialmente fue la falta de información de la paciente y la familia ante la situación compleja y de difícil manejo que presentó durante todo el ingreso: Varias obstrucciones de la cánula de traqueostomía por crecimiento rápido del tumor. Salida frecuente de SNG, con dificultades en su colocación. Imposibilidad de ingesta oral por afectación de hipofaringe. Mala tolerancia a RT y QT, con dolor y MEG, pese a que, desde oncología, se insistía en curabilidad a pesar de objetivarse un rápido crecimiento de la neoplasia. Mucositis. Gran parte de las complicaciones antes mencionadas requirieron de varios traslados a UCIA. Problemas encontrados: dificultad de coordinación entre unidades (ORL, oncología, RT), ante la aparición de complicaciones. Las necesidades del paciente, propuestas por cada equipo involucrado ofreció un pronóstico, a veces, contradictorio.

Discusión: En ocasiones, la frontera entre limitación del esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento terapéutico es difícil de hallar. La toma de decisiones por parte de la paciente y la familia es crucial, pero para ello es imprescindible una información completa, no sólo de diagnóstico, sino de pronóstico y evolución. Los profesionales sanitarios deberíamos compartir la información más eficientemente sobre todos los aspectos del paciente.

PC-231. MUJER DE 76 AÑOS CON PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA

J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, G. Martínón Torres, N. Parras García de León, J.L. Esquinas Requena y V. Mazoterías Muñoz
Hospital de Ciudad Real.

Caso clínico: Presentación de un caso de disfagia en una mujer de 76 años sin AMC. HTA. Hipotiroidismo. Osteoporosis. Fractura acuminamiento l4-l5. Síndrome de Tako Tsubo con FEV 30%. Tratamiento: omeprazol, AAS, levotiroxina, amiodarona, domperidona, heparina profiláctica. Situación basal: IABVD. Continente doble. No deterioro cognitivo, Deambulación autónoma. Realiza actividades instrumentales. Pruebas complementarias: TSH 4,19. Marcadores tumorales: CEA, CA 15,3, CA 19,9, CA 125 dentro de la normalidad. AC receptor de acetilcolina < 0,10. TAC craneal y RMN: Infarto lacunar crónico. TAC cervical: Ningún fenómeno compresivo. Gastroscopia: Hernia hiatal. Gastritis antral. Manometría esofágica: No trastornos motores primarios. Broncoscopia: No masas ni signos de malignidad. ORL: Algo disminuida la movilidad de la hemilaringe derecha. ANA (+) 1/320, ena Ssa (RO) +. Diagnóstico diferencial: psicógena, conectivopatía, acalasia, parkinson plus, encefalopatía vascular, hipotiroidismo, miastenia gravis. Evolución: la paciente es dada de alta hospitalaria sin clara etiología de la disfagia y acude a consulta externa de geriatría en 2 meses con gran deterioro funcional, ayuda para todas las ABVD, vida cama sillón y disfagia mixta severa con episodios de atragantamiento acompañados de pérdida de peso. En la exploración neurológica hipomimia, apatía, depresión, no temblor, ampliación de la base de sustentación y parálisis de la mirada vertical hacia abajo con múltiples caídas. Tras comentar el caso con el servicio de neurología se inicia tratamiento con escada de dopa por probable parálisis supranuclear progresiva. Se pide Data Scan con hipometabolismo frontoestriatal. La paciente evoluciona mal falleciendo en los 2 meses posteriores al diagnóstico por episodio de broncoaspiración.

Discusión: LA PSP es un trastorno del metabolismo de Tau que se presenta durante la sexta/séptima década con fallecimiento en los siguientes 5-10 años. El diagnóstico es clínico y prácticamente todos desarrollan una disfunción cognitiva de tipo frontal. Hay depósitos de neurofibrillas tipo tau con pérdida de la dopamina y de los receptores

de la dopamina a nivel estriatal (esto se considera que contribuye a la deficiente respuesta al tratamiento).

PC-232. CELULITIS Y SEPTICEMIA FULMINANTE POR *AEROMONAS SOBRIA* EN UN VARÓN ANCIANO INMUNOCOMPETENTE

E.J. Antón Aranda y L.C. Halil Romo
Hospital de Zumárraga.

Objetivos: *Aeromonas sobria* es un microorganismo inusual en la comunidad. La septicemia causada por *A. sobria* es muy infrecuente en pacientes inmunocompetentes. Presentamos el caso de un varón anciano inmunocompetente que desarrolló una sepsis por *A. sobria* siguiendo a una celulitis, con fallo multiorgánico y muerte 72 horas tras su ingreso hospitalario.

Caso clínico: Varón de 72 años con cardiopatía isquémica, que acudió a Urgencias refiriendo un intenso dolor en región interescapular y área interna del brazo izquierdo de tres horas de duración asociado a sudoración profusa y tiritona. Examen físico: afectación importante del estado general, temperatura axilar de 39,8 °C. La palpación del brazo izquierdo era dolorosa sin apreciarse signos de celulitis o flebitis. Laboratorio: 16.800 leucocitos (87% neutrófilos), enzimas de isquemia miocárdica normales. ECG: similar a los previos. Con la sospecha de celulitis en brazo izquierdo se inició tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico i.v. junto a antipiréticos, analgésicos y fluidoterapia. El paciente quedó afebril 24 horas más tarde, observándose una intensa celulitis en la superficie interna del brazo izquierdo lo que motivó la rotación a cloxacilina i.v. Un ecodoppler vascular identificó un importante edema subcutáneo y linfático sin signos de tromboflebitis. 24 horas después era evidente un empeoramiento progresivo del estado general, aparición de flictenas hemorrágicas en el brazo izquierdo, sudoración profusa, oligoanuria, hipotensión, hipotermia, insuficiencia renal aguda y discoagulación. Se trasladó a la UCI de hospital terciario de referencia, falleciendo 72 horas tras inicio de los síntomas. Hemocultivos: positivos a *A. sobria*.

Discusión: La celulitis, una infección supurativa difusa del tejido celular subcutáneo, es usualmente causada por *Streptococcus* grupo A y *Staphylococcus aureus*. *A. sobria*, un microorganismo anaerobio gramnegativo cuyo hábitat es el suelo y el agua, puede producir gastroenteritis, celulitis y sepsis. La bacteriemia siguiendo a celulitis producida por *Aeromonas* spp es muy rara en personas sanas, pero no en inmunocomprometidos (cáncer, SIDA...). El tratamiento empírico de la celulitis requiere antibiótico betalactámico. Sin embargo, las quinolonas son muy efectivas frente a *Aeromonas* spp, por lo que se recomiendan como tratamiento de primera línea.

PC-233. ¿BROTE PSICÓTICO COMO MANIFESTACIÓN DE UNA ARTERITIS DE HORTON?

A. Rodríguez Rosa¹, E. Martín Pérez¹, M.C. Álvarez Cañas², E.H. Azaña Fernández¹ y Y.R. Dávila Barboza¹

¹Hospital San Juan de Dios. San Andrés del Rabanedo. ²Hospital de León.

Introducción: La arteritis de Horton, se caracteriza por la afectación de arterias de gran y mediano calibre, en especial, la arteria temporal superficial. También pueden verse afectadas otras arterias a nivel sistémico. Clínicamente, se caracteriza por la aparición de fiebre, cefalea y pérdida de visión o bien mediante la presencia de un síndrome de polimialgia reumática. Sin embargo, en raras ocasiones, las primeras manifestaciones clínicas pueden ser atípicas; como: IAM, ACV, demencia, depresión, tos...

Caso clínico: Mujer de 82 años de edad con antecedentes de deterioro cognitivo leve-moderado de perfil mixto (EA+DV); que es ingresada en nuestro servicio tras presentar intento autolítico. Durante el ingreso, muestra picos febriles de 38 °C, sin objetivarse ningún dato de interés en las pruebas diagnósticas realizadas (cul-

tivos de orina y sangre, radiografía tórax, ecografía abdominal, TAC craneal), salvo una anemia normocítica-normocrómica, neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda (VSG 145 mm). Inicia clínica psicótica consistente en ideas de perjuicio, alteración conductual y reiterados intentos autolíticos que no responden a tratamiento antidepressivo ni neuroléptico combinados. A las semanas del ingreso, debuta con una cefalea holocefálica de características opresivas y disminución brusca de la agudeza visual en ojo izquierdo. Tras la realización de un fondo de ojo se objetivan datos de una posible arteritis de la temporal. Ésta se confirma tras la realización de una biopsia de la arteria temporal izquierda. Se inicia terapia con prednisona, normalizándose reactantes de fase aguda (VSG < 5 mm), desaparición de la sintomatología psicótica y conductual así como de los intentos autolíticos, remisión del síndrome confusional y cefalea.

Discusión: Ante la evolución clínica: aparición de un brote psicótico, en el contexto de una demencia vascular, que no responde a neurolépticos y sí a corticoterapia ¿podríamos considerar un brote psicótico como manifestación clínica atípica de la arteritis de Horton?

PC-234. COLITIS ULCEROSA POR INFECCIÓN DE CMV: A PROPÓSITO DE UN CASO EN OCTOGENARIA

V. Mazoterías Muñoz, M. Osorio Muñoz, V. Hernández Jiménez, J. Martín Márquez, J. Gil Moreno y N. Fernández Martínez
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Paciente de 81 años ingresa en nuestra planta por fiebre de hasta 38° de 15 días de evolución intermitente y dolor abdominal.

Métodos: AP: No RAMC, FRCV: HTA en tratamiento farmacológico. C. isquémica crónica estable con función ventricular conservada y disfunción sinusal en tratamiento conservador. Estenosis mitral moderada degenerativa e HTP moderada. Hemicolectomía derecha por hernia inguinal incarcerada en el años 1982 y 1986 con resección íleo-cecal. Sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn en seguimiento por M. Digestiva. Tratamiento actual: Acofol 5 mg/24h, omeprazol 20 mg/24, mesalazina 1c/8h, ferrosanol 1/12h. S basal: Físico: DABVD excepto comida, Barthel 20/100, CRF 4/5. Mental: no deterioro cognitivo, Pfeiffer 0 errores. CRM 0/5. Social: en domicilio con esposo e hijo. HA: mujer de 81 años ingresa por fiebre de hasta 38° junto con cuadro de deposiciones diarreicas con moco y sin otros productos patológicos junto con dolor abdominal inespecífico. EF: C y O por tres. BEG, normoperfundida. Obesidad troncular. Abdomen: importante pániculo adiposo sin masas ni megalias y con RHA+ doloroso a la palpación profunda de forma difusa. Tacto rectal: esfínter hipotónico y ampolla rectal vacía. Resto anodino. P. complementarias: 1. Analítica: destaca: Hb 8,4 g/dl, Pla 100.000. VCM 77, Hto 31%. leucos 2,2 (N 92%, L 6%), VSG 50 mm. 2. Estudio inmunológico: ANA+, AMA, AML, anti-KLM 1, APCA-. 3. Serología: Ac E Barr: Ig G+, Ig M -, Ac CMV IgM +, IgG CMV > 10U/L, VHS-. 4. TAC abdominal: Lesión engrosada e infiltrada de de grasa sobre anastomosis ileoceólica derecha con adenopatías múltiples de tamaño no patológicas en raíz de mesenterio. 5. Colonoscopia: anastomosis ileo-colicoterminal con úlcera de fibrina compatibles con e. de Crohn. Biopsias: cambios inflamatorios sin datos de malignidad con distorsión arquitectural críptica e inclusiones intracitoplasmáticas compatibles con CMV.

Discusión: La paciente presenta una colitis ulcerosa causada por citomegalovirus (CMV) en estado de inmunosupresión y pancitopenia secundaria por tratamiento previo con mesalazina. Se inicia tratamiento con ganciclovir y corticoterapia a dosis altas con mejoría del cuadro clínico. Se establece una infección latente que puede reactivarse durante períodos de inmunosupresión o infección intercurrente en la zona de anastomosis íleo-cecal.

PC-235. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO INTEGRAL EN LA CURACIÓN DE UNA ÚLCERA GRADO IV DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

I. Larena Pereira, D. Núñez López, D. Zarrías Pereira, E. Álvarez Vela, N. Fernández Gutiérrez y M. Mendieta Corral
Centro Gerontológico Igorco Bilbozar. Bilbao.

Introducción: Exponemos el caso de una mujer autónoma de 85 años, con antecedentes de aterosclerosis en EELI que al ingreso en nuestro centro precisa de silla de ruedas por presentar una úlcera por presión en talón derecho grado IV de mal pronóstico. Objetivo: demostrar la importancia de una atención integral en el abordaje de una lesión tórpida para disminuir el tiempo de curación y restaurar el nivel de autonomía.

Caso clínico: Se realiza valoración integral al ingreso con las siguientes características; presenta infección con SARM tratado con antibiótico vía sistémica, las medidas de la úlcera son 9,8 cm de largo por 6,5 cm de ancho en fase detensiva. Tejido necrótico 75%, tejido esfacelar 20% y un 5% tejido granulativo. Exudado moderado de aspecto purulento. La persona refiere dolor intenso al realizar la cura. Se inicia tratamiento con hidrogel + mupirocina + gasas + vendaje de protección, además de desbridación cortante. Pauta de analgesia 1/2 hora antes de realizar la cura. Se aplica superficies de apoyo y cambios posturales. A los 15 días al no apreciarse signos de infección se suspende tratamiento antibiótico sistémico y tópico, añadiéndose a la cura colagenasa para facilitar la desbridación química, evidenciándose una disminución del tamaño a 7,6 × 5,5 cm. A los 3 meses, la úlcera presenta las siguientes medidas: 4,7 × 2,7 cm, un 100% tejido de granulación, escaso exudado y ausencia de dolor al realizar la cura, cada 48 horas. Se inicia bidepestaición de paseos pautados con fisioterapia. Actualmente, se encuentra en fase de epitelización con unas dimensiones de 0,3 × 0,4 cm, la cura se realiza con colagenasa + gasa, cada 72 horas.

Conclusiones: La implantación de cuidados integrales disminuye el tiempo de tratamiento, además de favorecer la recuperación de la integridad cutánea en UPPs de mal pronóstico. Se restablece la autonomía funcional previa a la lesión. La unificación de criterios dentro del equipo interdisciplinar permite protocolizar las acciones a desarrollar en casos con características similares.

PC-236. PATOLOGÍA CARDÍACA POCO FRECUENTE EN PACIENTE AÑOSO

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

Introducción: Ha habido un aumento en la supervivencia de pacientes con cardiopatías complejas superando la 7ª década de la vida. Presentamos 2 pacientes con cardiopatías congénitas y un paciente con hipertensión pulmonar idiopática, patologías poco frecuentes en pacientes de estas edades.

Casos clínicos: Caso 1: varón 76 años con HTA y fibrilación auricular, independiente para ABVD, sin deterioro cognitivo que fue remitido desde la Consulta de Geriátría por disnea y cardiomegalia en radiografía de tórax. Se realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico que evidenció una comunicación interauricular (CIA) con cortocircuito I-D significativo con dilatación de cavidades derechas. Dada la ausencia de comorbilidad de paciente y la buena situación funcional y mental, se decidió implante de dispositivo percutáneo para cierre de CIA. Caso 2: mujer de 79 años con HTA, con funciones superiores conservadas y Barthel de 100, remitida para estudio de disnea y soplo. El ecocardiograma transtorácico demostró la existencia de un rodete subaórtico con gradiente intraventricular grave. Se planteó en sesión médico-quirúrgica y fue aceptada para resección quirúrgica del rodete. Caso 3: varón de 75 años con degeneración funcional establecida, diagnosticado de síndrome de Bardet-Biedl, síndrome metabólico, SAHS con patrón restrictivo ligero, retraso mental, insuficien-

cia renal crónica estudiado por disnea y edemas. En el ecocardiograma transtorácico y transesofágico se objetivó dilatación de cavidades derechas con hipertensión pulmonar severa. En el diagnóstico diferencial de HTP: se descartó cortocircuitos intracardiacos y valvulopatías significativas, embolismo pulmonar crónica y enfermedades autoinmunes. Se inició bosentán y sildenafil con mejoría clínica.

Discusión: Debido al gran avance en el tratamiento, tanto farmacológico como intervencionista, de cardiopatías complejas ha mejorado la supervivencia y clase funcional de los pacientes de edades avanzadas. El agésmo no debe ser una limitación a la hora de implantar el tratamiento pertinente. Debe haber una valoración conjunta de cardiólogos, geriatras y cirujanos cardiacos en el manejo de pacientes de edades avanzadas para conseguir una calidad de vida adecuada y una situación basal aceptable el mayor tiempo posible preservando su autonomía.

PC-237. DERMATOMIOSITIS NO NEOPLÁSICA

J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, G. Martínón Torres, N. Parras García de León, J.L. Esquinas Requena y V. Mazoterías Muñoz
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Presentación de un caso de rabdomiolisis tras cirugía del túnel carpiano.

Caso clínico: Mujer de 81 años sin RAM. HTA y dislipemia. Angioedema facial recidivante en seguimiento por Alergología. Tratamiento: doxazosina 8 mg y simvastatina 20 mg. Situación basal: antes de la cirugía IABVD (ayuda para el baño). Barthel 80. Deambulación autónoma con bastón. No deterioro cognitivo. Realiza actividades instrumentales. Enfermedad actual: Ingresa por cuadro asteniforme, artralgias, disfagia mixta tratada por su MAP por micosis faríngea sin resultado de exudado y deterioro funcional severo con TCE leve precisando ayuda para todas las ABVD sin cuadro confusional asociado. Hace 2 semanas cirugía del túnel carpiano con antibioterapia profiláctica con quinolonas sin incidencias posquirúrgicas. En la exploración física destaca pérdida de fuerzas en las 4 extremidades, reflejos tendinosos hipoactivos sin focalidad neurológica y llamativas lesiones dermatológicas de varios años de evolución violáceas periorbitales “heliotropo” y también en el escote signo en “v” y la espalda “signo del chal”. Pruebas complementarias: EKG: Taquicardia sinusal, no signos de isquemia. Bioquímica: CPK 4500MB 20, troponina 0,05, LDH 1700, GOT 190, GPT 150, ferritina 1105, aldolasa 21, proteinograma no picos monoclonales. Coulter: Leucocit 10.800, hB 12,9, plaquet 180.000. Marcadores tumorales: CEA, Alfafetoproteína, CA 19,9, CA 125 dentro de la normalidad. TAC craneal: Meningioma calcificado. No hematoma. Envejecimiento cerebral. TAC toracoabdominal: No neoplasias. Electromiograma: Patrón miopático con potenciales breves de baja amplitud en la actividad voluntaria, aumento de fibrilaciones espontáneas. Diagnóstico diferencial: miastenia gravis, síndrome de Eaton Lambert, farmacológica por estatinas, poscaída, posquirúrgica, cardiológico, dermato/polimiositis, miositis con cuerpos de inclusión. Evolución: en planta tras comentar el caso con Reumatología ante el diagnóstico de probable dermatomiositis no asociada a neoplasia, se inicia tratamiento con prednisona a 1 mg/kg de peso sin asociar otro inmunosupresor por la edad del paciente y su situación clínica. Presenta mala evolución con microaspiraciones pulmonares, fiebre, síndrome confusional hipoactivo, estado comatoso y muerte.

Discusión: En un porcentaje muy alto de ancianos se asocia a neoplasias (colon, ovario, linfomas) que en este caso no se llegó a asociar. Al ser un diagnóstico tardío y una enferma anciana tienen muy mal pronóstico.

PC-238. POLIFARMACIA E INSUFICIENCIA RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Moreno Alonso, B. Cámara Marín, C.O. Minea, M.S. Chiriboga Lozada, F. Quiñónez Bareiro y A. Escolante Melich
Complejo Hospitalario de Toledo.

Caso clínico: Mujer de 92 años, con antecedentes de HTA e insuficiencia respiratoria crónica que requiere tratamiento con oxigenoterapia domiciliar, situación basal KATZ C, polifarmacia y estreñimiento, sin deterioro cognitivo y con buen apoyo socio-familiar. Ingresa en el hospital por cuadro de aproximadamente una semana de evolución consistente en dolores articulares, astenia, hiporexia y deterioro funcional progresivo, con incapacidad para la deambulación que condicionó varios episodios de caídas sin traumatismo de gravedad, todo ello condicionando una mayor dependencia para las actividades de la vida diaria. Se realiza analítica completa donde destacan una insuficiencia renal con urea elevada, hipercalcemia de 12,5 y una infección del tracto urinario. Tras ello, se instaura tratamiento antibiótico y se completa estudio de hipercalcemia, descartando mieloma (no existía disociación albumino citológica, proteinograma normal y Bence Jones en orina negativas), con niveles de PTH de 12,98 y una Vitamina D de más de 150 ng/dl. Por tanto, tras detectar niveles de vitamina D en rango tóxico y una vez descartado otras posibles causas de hipercalcemia se atribuye el cuadro a una intoxicación por Vitamina D. Se instaura tratamiento con sueroterapia llegando incluso a precisar bifosfonatos para la resolución completa del cuadro de hipercalcemia. Tras ello la paciente mejora clínicamente, regresando la paciente a su situación basal.

Discusión: La evaluación sistemática de la medicación pautada en los ancianos cobra una gran relevancia dado que la polifarmacia supone un aumento en la incidencia de otros síndromes geriátricos como los síndromes de caídas y un aumento de la iatrogenia y aparición de reacciones adversas, que en muchos casos pueden condicionar la aparición de fragilidad en el paciente anciano e incluso condicionar la hospitalización de los mismos.

PC-239. ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD AL CONTRASTE EN PACIENTES CON ALZHEIMER EN ESTADIOS INICIALES

E. García-Martín¹, R. de Hoz¹, B. Rojas¹, R. Yubero², P. Gil² y J. Ramírez¹

¹Universidad Complutense de Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: La enfermedad de Alzheimer (EA) tiene como característica fisiopatológica la presencia de ovillos neurofibrilares y placas de amiloide en la corteza cerebral, incluidas diferentes regiones donde se produce el procesamiento visual. El test de sensibilidad al contraste (SC) nos permite analizar el funcionamiento de las células ganglionares de la retina y su procesamiento cortical. El propósito de este estudio fue analizar si la SC estaba afectada en pacientes con un diagnóstico de Alzheimer en estadios iniciales.

Métodos: Se examinaron 20 pacientes diagnosticados de EA (GDS 4) y 25 controles. Los pacientes con EA fueron diagnosticados en la Unidad de Memoria del Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos en Madrid. Dos pacientes con EA fueron excluidos por patología retiniana o agudeza visual (AV) menor de 0.6. Los pacientes fueron sometidos a un examen oftalmológico completo (AV, refracción, SC, test de colores, biomicroscopia, presión intraocular y examen del fondo de ojo con la pupila dilatada). El test de SC usado fue el CSV-1000E (VectorVision). Este test se presenta a 2.5 metros. Está provisto de cuatro filas con una red sinusoidal con diferente contraste. Las frecuencias espaciales examinadas son 3, 6, 12 y 18 ciclos por grado.

Resultados: En pacientes con EA en estadios iniciales, la SC fue significativamente menor ($p < 0,01$) en todas las frecuencias espaciales, en comparación con los controles. El mayor descenso se observó en las frecuencias espaciales altas (18 ciclos por grado). La AV era signifi-

ficativamente menor en los pacientes con EA comparándolos con el grupo control.

Conclusiones: La SC está afectada en estadios iniciales de la EA, por lo que podría ser una herramienta útil en el diagnóstico precoz de la misma. El test de SC orienta hacia un posible diagnóstico de una EA en estadios iniciales.

PC-240. HEMATOMA ESPONTÁNEO DE LA VAINA DEL MÚSCULO RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Alonso Fernández¹, J.C. Romero Vigara²,
M.A. Domínguez Domingo¹, J. Mohedano Molano¹,
A.T. Herasme Grullón¹ y J.L. González Guerrero¹

¹Complejo Hospitalario de Cáceres. ²Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres.

Objetivos: Exponer un caso clínico de abdomen agudo secundario a hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen (HMRAA) en paciente anticoagulado.

Caso clínico: Varón de 88 años con antecedentes de HTA, fibrilación auricular paroxística antiagregada, EPOC, hemicolectomía derecha y transversa con ileostomía derecha por adenocarcinoma de colon descendente (hacia 15 meses), e insuficiencia renal crónica. Valoración geriátrica: funcional: Independiente para el autocuidado. Sin problemas a nivel mental y social. Ingresa en la Unidad de Agudos de Geriátría por reagudización de EPOC secundaria a infección respiratoria, FA con respuesta ventricular rápida e IC descompensada, iniciándose anticoagulación inicialmente con heparinas de bajo peso molecular y posteriormente con dicumarínicos. A los 2 días presenta dolor intenso en hemiabdomen derecho, palpándose tumoración con aumento de perímetro abdominal. En ecografía abdominal se objetivó masa de 12 cm en epigastrio, mostrando el TAC hematoma en toda la longitud del músculo recto anterior derecho. Presentó anemia grave, pasando la hemoglobina de 11,5 a 5,4. Fue tratado de forma conservadora. Al alta el paciente estaba asintomático con TAC de control sin cambios significativos.

Discusión: El HMRAA es una patología infrecuente, de difícil diagnóstico, pudiendo simular cualquier patología abdominal. Constituye una urgencia médica y, a veces, quirúrgica. Se produce por rotura de la arteria epigástrica. Son factores predisponentes la edad, HTA, cirugía previa sobre la zona, enfermedades vasculares degenerativas, alteraciones de la coagulación y, sobre todo, la utilización de fármacos anticoagulantes; la tos es factor desencadenante frecuente. Provoca dolor abdominal agudo, por la irritación peritoneal que produce el sangrado, generalmente en cuadrante inferior derecho, pudiéndose palpar una tumoración dolorosa. Hay inestabilidad hemodinámica desde leve descenso del hematocrito hasta shock hipovolémico. El diagnóstico oportuno permite la resolución del cuadro incluso de forma conservadora. Las pruebas de imagen (ecografía y TC) tienen un papel fundamental. El HMRAA debe sospecharse en todo paciente previamente asintomático que curse con dolor agudo y aumento de volumen en pared anterior del abdomen a nivel de los músculos rectos, considerando los factores predisponente sobre todo la anticoagulación.