ISSN: 0211-139X

Revista Española de Geriatría y Gerontología

Publicación Oficial
de la Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

Volumen 49, Especial Congreso, Mayo 2014

56 Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

20 Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Barcelona, 21-23 de mayo de 2014

Indexada en:
IME, IBECS, Bibliomed, Biosis, Psicodoc, EMBASE/Excerpta Medica,
Embase Alert, PsycINFO y SCOPUS

ELSEVIER
DOYMA
www.elsevier.es/regg

Cuando la memoria de sus pacientes esté en juego, siga confiando en KERN PHARMA.

compromiso con el médico

Rivastigmina Kern Pharma
parches transdérmicos EFG

El parche con efecto invisible[1]

- **Discreto en cualquier tono de piel**
- **Parche matricial de 4 capas**

KERN PHARMA CON EL ALZHEIMER: • Memantina KERN PHARMA comprimidos y solución oral EFG • Rivastigmina KERN PHARMA cápsulas y solución oral EFG • Galantamina KERN PHARMA EFG • Donepezilo y Donepezilo Flas KERN PHARMA EFG

Empresa nacional — Fabricación propia — Vademecum adaptado a precio menor

1. Parche transdérmico fino, de tipo matricial, compuesto por cuatro capas. La capa externa es de color blanco translúcido. Efecto aparentemente invisible una vez colocado en la piel.

KERN PHARMA genéricos

A la vanguardia de los genéricos

www.kernpharma.com

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Rivastigmina Kern Pharma 4,6 mg/24 h parches transdérmicos EFG. Rivastigmina Kern Pharma 9,5 mg/24 h parches transdérmicos EFG. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada parche transdérmico libera 4,6 mg de rivastigmina en 24 horas. Cada parche transdérmico de 5 cm2 contiene 9 mg de rivastigmina. Cada parche transdérmico libera 9,5 mg de rivastigmina en 24 horas. Cada parche transdérmico de 10 cm2 contiene 18 mg de rivastigmina. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección "Lista de excipientes". **3. FORMA FARMACÉUTICA** Parche transdérmico. Parche transdérmico fino, de tipo matricial, compuesto por cuatro capas. La capa externa es de color blanco translúcido y está marcada con "Rivastigmina 4.6 mg/24 h" ó "Rivastigmina 9.5 mg/24 h". **4. DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas** Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. **4.2. Posología y forma de administración** El tratamiento debe ser iniciado y estar supervisado por un médico experimentado en el diagnóstico y tratamiento de la demencia de Alzheimer. El diagnóstico debe basarse en las directrices actuales. Como con cualquier tratamiento en pacientes con demencia, sólo debe iniciarse el tratamiento con rivastigmina si se dispone de un cuidador que regularmente administre y controle el tratamiento. Dosis inicial Se inicia el tratamiento con 4,6 mg/24 h. Dosis de mantenimiento Tras un mínimo de cuatro semanas de tratamiento, y si el médico responsable del tratamiento considera que lo tolera bien, la dosis de 4,6 mg/24 h puede aumentarse a 9,5 mg/24 h, que es la dosis efectiva recomendada y que se debe utilizar mientras el paciente continúe demostrando beneficio terapéutico. Escalado de dosis 9,5 mg/24 h es la dosis diaria efectiva que se debe utilizar mientras el paciente continúe demostrando beneficio terapéutico. Si esta dosis se tolera bien y solo después de un mínimo de seis meses de tratamiento con 9,5 mg/24 h, el médico responsable del tratamiento puede considerar la dosis de 13,3 mg/24 h en pacientes que han demostrado un declive cognitivo (p.ej. disminución en el MMSE) y/o funcional (basado en el criterio del médico) significativo mientras estaban en tratamiento con la dosis diaria efectiva de 9,5 mg/24 h. El beneficio clínico de rivastigmina debe ser evaluado periódicamente. También debe considerarse la discontinuación cuando ya no exista evidencia de efecto terapéutico a la dosis óptima. Si se observan reacciones adversas gastrointestinales, debe interrumpirse el tratamiento temporalmente hasta que se hayan resuelto estas reacciones adversas. El tratamiento con el parche transdérmico puede reiniciarse a la misma dosis si no se ha interrumpido más de tres días. En caso contrario, el tratamiento debe iniciarse con 4,6 mg/24 h. Cambio de cápsulas o solución oral a parches transdérmicos Debido a que con la administración oral y transdérmica se obtiene una exposición comparable a rivastigmina, los pacientes en tratamiento con rivastigmina cápsulas o solución oral pueden cambiarse a rivastigmina parches transdérmicos como se indica a continuación: • un paciente con una dosis oral de 3 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. • un paciente con una dosis oral de 6 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. • un paciente con una dosis oral estable y bien tolerada de 9 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 9,5 mg/24 h. Si la dosis oral de 9 mg/día no ha sido estable y bien tolerada, se recomienda cambiar a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. • un paciente con una dosis oral de 12 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 9,5 mg/24 h. Tras el cambio a los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h y asegurándose de que se toleran bien durante un mínimo de cuatro semanas de tratamiento, la dosis de 4,6 mg/24 h se debe aumentar a 9,5 mg/24 h, que es la dosis efectiva recomendada. Se recomienda aplicar el primer parche transdérmico al día siguiente de haber tomado la última dosis oral. Poblaciones especiales • Población pediátrica: Rivastigmina no debe utilizarse en la población pediátrica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. • Pacientes con peso corporal inferior a 50 kg: Se debe tener especial atención en la titulación a dosis superiores a la dosis efectiva recomendada de 9,5 mg/24 h en pacientes con peso corporal inferior a 50 kg (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Estos pacientes pueden experimentar más reacciones adversas y tiene más probabilidad de discontinuar el tratamiento debido a reacciones adversas. • Insuficiencia hepática: No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática. Sin embargo, debido a un aumento en la exposición al fármaco en estas poblaciones de pacientes, como se ha observado en las formas orales, las recomendaciones de dosificación deben ser controladas cuidadosamente para ajustarse a la tolerancia individual en este grupo de pacientes, ya que los pacientes con insuficiencia hepática clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas. No se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). • Insuficiencia renal: No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo, debido a un aumento en la exposición al fármaco en estas poblaciones de pacientes, como se ha observado en las formas orales, las recomendaciones de dosificación deben ser controladas cuidadosamente para ajustarse a la tolerancia individual en este grupo de pacientes, ya que los pacientes con insuficiencia renal clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Forma de administración Los parches transdérmicos se deben aplicar una vez al día sobre la piel intacta, sana, limpia, seca y sin pelo de la zona alta o baja de la espalda, de la parte superior del brazo o pecho o en una zona donde no roce con la ropa ajustada. No se recomienda aplicar el parche transdérmico ni en el muslo ni en el abdomen, debido a que se ha observado una disminución de la biodisponibilidad de rivastigmina cuando el parche transdérmico se utiliza en estas zonas del cuerpo. No debe utilizarse el parche transdérmico sobre la piel enrojecida, irritada o con cortes. Se debe evitar repetir exactamente la misma zona de piel para la aplicación del parche transdérmico al menos durante 14 días para minimizar el riesgo potencial de irritación de piel. **Se debe instruir a los pacientes y cuidadores de las importantes instrucciones de administración:** • Cada día se debe retirar el parche del día anterior antes de aplicar un nuevo parche (ver sección "Sobredosis"). • El parche debe sustituirse por uno nuevo cada 24 horas. Sólo debe llevarse un parche al mismo tiempo (ver sección "Sobredosis"). • El parche transdérmico debe aplicarse presionando firmemente contra la piel con la palma de la mano durante un mínimo de 30 segundos hasta que los bordes estén bien pegados. • Si el parche se desprende, se debe aplicar uno nuevo durante el resto del día, y debe ser reemplazado a la hora habitual el siguiente día. • El parche puede utilizarse en todas las situaciones cotidianas, incluso durante el baño o épocas calurosas. • El parche no se debe exponer a ninguna fuente externa de calor (p.ej. excesiva luz solar, saunas, solario) durante un periodo de tiempo largo. • El parche no debe cortarse en trozos. **4.3. Contraindicaciones** El uso de este medicamento está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al principio activo rivastigmina, a otros derivados del carbamato o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". Historia previa de reacciones en el lugar de la aplicación sugestiva de dermatitis alérgica de contacto con parches de rivastigmina (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** La incidencia y gravedad de las reacciones adversas aumentan generalmente al aumentar la dosis, especialmente en los periodos de ajuste de dosis. Si se interrumpe el tratamiento durante varios días, debe reiniciarse con 4,6 mg/24 h. Mal uso del medicamento y errores en la dosificación que producen sobredosis El mal uso del medicamento y errores en la dosificación con rivastigmina parche transdérmico han llevado a reacciones adversas graves, algunos casos han requerido hospitalización, y raramente pueden tener consecuencias fatales (ver sección "Sobredosis"). La mayoría de los casos de mal uso del medicamento y errores en la dosificación estaban relacionados con no retirar el parche viejo cuando se aplicaba el nuevo y el uso de múltiples parches al mismo tiempo. Se debe instruir a los pacientes y a sus cuidadores de las importantes instrucciones de administración de Rivastigmina parches transdérmicos (ver sección "Posología y forma de administración"). Trastornos gastrointestinales Pueden producirse trastornos gastrointestinales dosis-dependientes, como náuseas, vómitos y diarrea, al inicio del tratamiento y/o al aumentar la dosis (ver sección "Reacciones adversas"). Estas reacciones adversas ocurren con más frecuencia en mujeres. Los pacientes que experimenten signos o síntomas de deshidratación debidos a vómitos o diarrea prolongados pueden ser controlados con fluidos intravenosos y reducción o discontinuación de dosis si son reconocidos y tratados rápidamente. La deshidratación puede asociarse con consecuencias graves. Pérdida de peso Los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden perder peso mientras estén tomando inhibidores de las colinesterasas, como la rivastigmina. Durante el tratamiento con rivastigmina parches transdérmicos debe monitorizarse el peso del paciente. Otras reacciones adversas Se recomienda precaución al recetar rivastigmina parche transdérmico: • a pacientes con síndrome del nodo sinusal o trastornos de la conducción (bloqueo sinoauricular bloqueo aurículoventricular) (ver sección "Reacciones adversas"); • a pacientes con úlcera gástrica o duodenal activa o con predisposición a estas enfermedades, ya que la rivastigmina puede provocar un aumento en las secreciones gástricas (ver sección "Reacciones adversas"); • a pacientes predispuestos a una obstrucción urinaria y convulsiones, ya que los colinérgicos pueden inducir o exacerbar estas enfermedades; • a pacientes con antecedentes de asma o enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC). Reacciones de la piel en el lugar de la aplicación Las reacciones de la piel en el lugar de la aplicación pueden aparecer con los parches de rivastigmina y generalmente son de intensidad leves a moderada. Se debe instruir adecuadamente a los pacientes y cuidadores. Estas reacciones adversas no son por sí mismas una indicación de sensibilización. Sin embargo, el uso de los parches de rivastigmina puede producir dermatitis alérgica de contacto. Se debe sospechar de dermatitis alérgica de contacto si la reacción en el lugar de la aplicación se extiende más allá del tamaño del parche, si hay evidencia de una reacción local más intensa (tales como eritema en aumento, edema, pápulas, vesículas) y si los síntomas no mejoran significativamente durante las 48 horas después de retirar el parche. En estos casos se debe interrumpir el tratamiento (ver sección "Contraindicaciones"). Los pacientes que experimenten reacciones en el lugar de la aplicación sugestivas de dermatitis alérgica de contacto a los parches de rivastigmina y que aún necesiten ser tratados con rivastigmina solo se deben cambiar a las formas orales de rivastigmina después de dar negativo en las pruebas de alergia y bajo monitorización médica cuidadosa. Puede que algunos pacientes sensibilizados a rivastigmina por exposición a los parches de rivastigmina, no puedan tomar ninguna forma de rivastigmina. Han habido notificaciones post-comercialización raras en pacientes que experimentaron reacciones de hipersensibilidad diseminadas de la piel cuando se les administró rivastigmina, independientemente de la vía de administración (oral, transdérmica). En estos casos se debe interrumpir el tratamiento (ver sección "Contraindicaciones"). Otras advertencias y precauciones La rivastigmina puede exacerbar o inducir síntomas extrapiramidales. Debe evitarse el contacto con los ojos tras manipular Rivastigmina parches transdérmicos. Después de retirar el parche las manos se deben lavar con jabón o agua. En caso de contacto con los ojos o si los ojos se enrojecen después de manipular el parche, se debe lavar inmediatamente con abundante agua y pedir consejo médico si los síntomas no se resuelven. Poblaciones especiales • Los pacientes con peso corporal inferior a 50 kg pueden experimentar más reacciones adversas, y es más probable que interrumpan el tratamiento por esta causa (ver sección "Posología y forma de administración"). Se debe titular y monitorizar cuidadosamente a estos pacientes de reacciones adversas (p. ej. nauseas o vómitos excesivos) y si aparecen estos efectos adversos considerar la reducción de la dosis de mantenimiento al parche transdérmico de 4,6 mg/24 h. • Insuficiencia hepática: Los pacientes con insuficiencia hepática clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas. En estos pacientes se debe considerar el uso de los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h tanto como dosis inicial como dosis **máxima**. • Insuficiencia renal: Los pacientes con insuficiencia renal clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver sección "Posología y forma de administración"). En estos pacientes se debe considerar el uso de los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h tanto como dosis inicial como dosis **máxima**.

Posología

Parches transdérmicos	Tasa de liberación *in vivo* de rivastigmina en 24 h
Rivastigmina 4,6 mg/24 h	4,6 mg
Rivastigmina 9,5 mg/24 h	9,5 mg

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción No se han realizado estudios de interacciones específicos con rivastigmina parches transdérmicos. Como inhibidor de las colinesterasas, la rivastigmina puede potenciar excesivamente los efectos de los relajantes musculares del tipo succinilcolina durante la anestesia. Se recomienda seleccionar cuidadosamente los agentes anestésicos. Si es necesario, debe considerarse un ajuste de dosis o una interrupción temporal del tratamiento. Teniendo en cuenta sus efectos farmacodinámicos, la rivastigmina no debe administrarse junto con otras sustancias colinérgicas, y además podría interferir con la actividad de medicamentos anticolinérgicos. En ensayos con voluntarios sanos, no se observó interacción farmacocinética entre la rivastigmina por vía oral y digoxina, warfarina, diazepam o fluoxetina. El aumento del tiempo de protrombina inducido por la warfarina no está afectado por la administración oral de rivastigmina. No se observaron efectos adversos sobre la conducción cardiaca tras la administración concomitante de digoxina y rivastigmina por vía oral. No se detectaron alteraciones en la farmacocinética de la rivastigmina ni un aumento del riesgo de sus efectos adversos clínicamente significativos tras la administración concomitante de rivastigmina con medicamentos recetados

Tabla 1

Infecciones e infestaciones	
Frecuentes	Infecciones del tracto urinario
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Anorexia, disminución del apetito
Poco frecuentes	Deshidratación
Trastornos psiquiátricos	
Frecuentes	Ansiedad, depresión, delirio, agitación
Poco frecuentes	Agresión
No conocida	Alucinaciones, intranquilidad
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Dolor de cabeza, síncope, mareo
Poco frecuentes	Hiperactividad psicomotora
Muy raras	Síntomas extrapiramidales
No conocida	Empeoramiento de la enfermedad de Parkinson, convulsiones
Trastornos cardiacos	
Poco frecuentes	Bradicardia
No conocida	Bloqueo atrioventricular, fibrilación atrial, taquicardia y síndrome del nodo sinusal
Trastornos vasculares	
No conocida	Hipertensión
Trastornos gastrointestinales	
Frecuentes	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal
Poco frecuentes	Úlcera gástrica
No conocida	Pancreatitis
Trastornos hepatobiliares	
No conocida	Hepatitis, pruebas de función hepática elevadas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
Frecuentes	Rash
No conocida	Prurito, eritema, urticaria, ampollas, dermatitis alérgica, reacciones de hipersensibilidad diseminadas de la piel
Trastornos renales y urinarios	
Frecuentes	Incontinencia urinaria
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Frecuentes	Reacciones cutáneas en el lugar de administración (p. ej. eritema prurito, edema, dermatitis, irritación), estados de astenia (p. ej. fatiga, astenia), pirexia, disminución de peso
No conocida	Caídas

frecuentemente, tales como antiácidos, antieméticos, antihipertensivos de acción central, betabloqueantes, bloqueantes de los canales de calcio, agentes inotrópicos, antianginosos, antiinflamatorios no esteroideos, estrógenos, analgésicos, benzodiazepinas y antihistamínicos. Teniendo en cuenta las características de su metabolismo, las interacciones metabólicas con otros medicamentos parecen poco probables, aunque la rivastigmina puede inhibir el metabolismo de otras sustancias mediado por la butirilcolinesterasa. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia** Embarazo No se dispone de datos clínicos sobre embarazos expuestos a rivastigmina. En estudios de toxicidad peri/postnatal en ratas, se observó un aumento en la duración de la gestación. La rivastigmina no debe utilizarse durante el embarazo salvo que sea claramente necesario. Lactancia En animales la rivastigmina se excreta en la leche materna. En humanos se desconoce si la rivastigmina se excreta en la leche materna; por tanto, las pacientes tratadas con rivastigmina no deben dar el pecho a sus hijos. Fertilidad No se observaron efectos sobre la fertilidad o el desarrollo embriofetal en ratas y conejos, excepto con dosis que inducen toxicidad materna. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La enfermedad de Alzheimer puede provocar un deterioro gradual de la capacidad para conducir o comprometer la capacidad para utilizar máquinas. Además, la rivastigmina puede provocar síncope o delirios. Por lo tanto, la influencia de rivastigmina sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña o moderada. Por tanto, en pacientes con demencia tratados con rivastigmina, el médico debe evaluar regularmente la capacidad para seguir conduciendo o manejando maquinaria compleja. **4.8. Reacciones adversas** Resumen del perfil de seguridad Las reacciones de la piel en el lugar de la aplicación (generalmente eritemas en el lugar de la aplicación de leves a moderados) son las reacciones adversas más frecuentes observadas con el uso de rivastigmina parche transdérmico. Las siguientes reacciones adversas más frecuentes son de naturaleza gastrointestinal, incluyendo náuseas y vómitos. Las reacciones adversas de la Tabla 1 se ordenan según el sistema de clasificación por órganos y sistemas MedDRA y por la categoría de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Tabla de reacciones adversas La Tabla 1 muestra las reacciones adversas registradas en 854 pacientes con demencia de Alzheimer tratados con rivastigmina parches transdérmicos durante 24-48 semanas en ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, controlado con placebo y comparador activo, y a partir de los datos post-comercialización. Descripción de las reacciones adversas seleccionadas En el ensayo clínico anteriormente mencionado, con dosis mayores a las de 13,3 mg/24 h, se observaron con mayor frecuencia insomnio y fallo cardiaco que con 13,3 mg/24 h o placebo, lo que sugiere una relación dosis-dependiente. Sin embargo, estos efectos no se produjeron con una mayor frecuencia con Rivastigmina 13,3 mg/24 h parches transdérmicos que con placebo. Las siguientes reacciones adversas sólo se han observado con rivastigmina cápsulas y solución oral, pero no en los ensayos clínicos con rivastigmina parches transdérmicos: somnolencia, malestar, temblor, confusión, aumento de la sudoración (frecuentes); úlcera duodenal, angina de pecho (raras); hemorragia gastrointestinal (muy rara); y algunos casos de vómitos graves asociados con ruptura de esófago (frecuencia no conocida, no puede estimarse a partir de los datos disponibles). *Irritación de la piel* En un ensayo clínico doble ciego controlado con placebo de 24 semanas de duración, las reacciones cutáneas se evaluaron en cada visita utilizando una escala de medida de la irritación cutánea que valora el grado de gravedad de los siguientes síntomas en el lugar de administración: eritema, edema, descamación, fisuras, prurito y dolor/picor/ardor. El síntoma más frecuentemente observado fue el eritema que desaparece a las 24 horas en la mayoría de los pacientes. En el ensayo doble ciego de 24 semanas, los síntomas más frecuentes (escala de irritación cutánea) con rivastigmina 9,5 mg/24 h parches transdérmicos fueron eritema muy leve (21,8%), leve (12,5%) o moderado (6,5%) y prurito muy leve (11,9%), leve (7,3%) o moderado (5,0%). Los síntomas graves más frecuentes con rivastigmina 9,5 mg/24 h parches transdérmicos fueron prurito (1,7%) y eritema (1,1%). La mayoría de las reacciones cutáneas se limitaron al lugar de administración y sólo causaron la interrupción del tratamiento en el 2,4% de los pacientes del grupo de rivastigmina 9,5 mg/24 h parche transdérmico. En un ensayo clínico controlado con activo de 48 semanas de duración los casos de irritación cutánea fueron recogidos como reacciones adversas notificadas por los pacientes o cuidadores. Los casos de irritación cutánea que fueron notificados más frecuentemente durante las primeras 24 semanas del periodo doble ciego con rivastigmina 13,3 mg/24 h parches transdérmicos y rivastigmina 9,5 mg/24 h parches transdérmicos fueron, respectivamente, eritema en el lugar de administración (5,7% frente a 4,6%) y prurito en el lugar administración (3,6% frente a 2,8%). Los porcentajes disminuyeron en ambos grupos de tratamiento con rivastigmina 13,3 mg/24 h parches transdérmicos y rivastigmina 9,5 mg/24 h. parches transdérmicos con el tiempo (>24 semanas): eritema en el lugar de la administración (0,8% frente a 1,6%) y prurito en el lugar de la administración (0,4% frente a 1,2%), respectivamente. El prurito en el lugar de administración llevó a la discontinuación en 1,1% de los pacientes de cada uno de los grupos de tratamiento durante el total de la fase de tratamiento doble ciego de 24 semanas. Las reacciones en el lugar de administración fueron mayoritariamente leves a moderadas en gravedad y fueron clasificadas como graves en menos del 2% de los pacientes. Debido a la diferencia de los métodos utilizados para recoger el índice de casos de irritación cutánea, no se puede hacer una comparación directa en cada uno de estos estudios. **4.9. Sobredosis** Síntomas En la mayoría de los casos, la sobredosis accidental de rivastigmina por vía oral no se ha asociado con signos o síntomas clínicos, y en casi todos los casos los pacientes continuaron el tratamiento con rivastigmina. En los casos sintomáticos, se produjeron náuseas, vómitos, diarrea, hipertensión o alucinaciones. Debido al efecto vagotónico conocido de los inhibidores de la colinesterasa sobre la frecuencia cardiaca, pueden producirse también bradicardia y/o síncope. En un caso de ingestión de 46 mg de rivastigmina, tras un tratamiento conservador, el paciente se recuperó totalmente al cabo de 24 horas. Durante la fase de post-comercialización se ha notificado sobredosis con rivastigmina parche transdérmico como resultado del mal uso/errores en la dosificación (administración de múltiples parches al mismo tiempo). Los síntomas típicos notificados entre estos casos son similares a los vistos en los casos de sobredosis asociada con las formulaciones orales de rivastigmina. Tratamiento Debido a que la semivida de eliminación plasmática de la rivastigmina es de aproximadamente. 3,4 horas, mientras que la duración de la inhibición de la acetilcolinesterasa es de aproximadamente. 9 horas, en caso de sobredosificación asintomática se recomienda retirar inmediatamente cualquier Rivastigmina Kern Pharma parches transdérmicos y no utilizar ninguno nuevo durante las 24 horas siguientes. En sobredosis acompañadas de náuseas y vómitos graves, debe considerarse el uso de antieméticos. Debe efectuarse el tratamiento sintomático de otros efectos adversos, si se considera necesario. En sobredosis masivas puede utilizarse atropina. Se recomienda una dosis inicial de 0,03 mg/kg de sulfato de atropina por vía intravenosa, y elegir las dosis posteriores en función de la respuesta clínica. No se recomienda el uso de escopolamina como antídoto. **5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes** Película: – Lámina de poliéster – Película de poliéster recubierta de silicona – Película de poliéster recubierta de fluoropolímero. Matriz de medicamento: – Adhesivo acrílico • 2-etil-hexil acrilato • Metil acrilato • Ácido acrílico – Copolímero acrílico • Butil-metacrilato • Co-metil-metacrilato – Acetato de etilo. Matriz adhesiva: – Silicona adhesiva. **5.2. Incompatibilidades** Para evitar interferencias con las propiedades adhesivas del parche transdérmico, no deber usarse ninguna crema, loción o polvos en la zona de la piel donde se vaya a aplicar el parche. **5.3. Periodo de validez** 2 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación** Conservar el parche transdérmico dentro del sobre hasta su uso. **5.5. Naturaleza y contenido del envase** Material de acondicionamiento primario Cada parche está individualmente envasado en sobres sellados por calor fabricados con papel/polietileno tereftalato (PET) / aluminio / poliacrilonitrilo (PAN). Material de acondicionamiento secundario Los sobres se acondicionan en una caja de cartón. Rivastigmina Kern Pharma 4,6 mg/24 h se encuentra disponible en envases que contienen 30 ó 60 sobres. Rivastigmina Kern Pharma 9,5 mg/24 h se encuentra disponible en envases que contienen 60 sobres. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Los parches transdérmicos utilizados se deben doblar por la mitad, con el lado adhesivo hacia dentro, meterlo en el sobre original y tirar de forma segura y fuera del alcance y vista de los niños. La eliminación de parches transdérmicos utilizados o no utilizados se realizará de acuerdo con las normativas locales, o devuelto a la farmacia. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Kern Pharma S.L. Polígono Ind. Colón II. Venus, 72. 08228 Terrassa (Barcelona). **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN 8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Marzo de 2013. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Febrero de 2013. **10. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica. Diagnóstico hospitalario. Incluido en la oferta de la SNS. Para más información, consultar la Ficha Técnica completa del producto.

56 Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

20 Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Barcelona, 21-23 de mayo de 2014

COMITÉ ORGANIZADOR/COMITÈ ORGANITZADOR

Copresidentes/Copresidents
José Antonio López Trigo
José Augusto García Navarro
Ramón Cristófol Allué

Vocales/Vocals
Elena del Barrio Truchado
Benito Fontecha Gómez
José Gutiérrez Rodríguez
José A. Martos Gutiérrez
Jordi Mascaró Lamarca
Norberto Moreno Villajos
César Obiol Madrid
Primitivo Ramos Cordero

COMITÉ CIENTÍFICO/COMITÈ CIENTÍFIC

Copresidentes/Copresidents
Domingo Ruiz Hidalgo
José Antonio López Trigo

Vocales/Vocals
Sergio Ariño Blasco
Iñaki Artaza Artabe
Lourdes Bermejo García
Consuelo Borrás Blasco
Elena del Barrio Truchado
Pura Díaz-Veiga
Juan Rafael Domenech Pascual
Joan Espaulella Panicot
Benito Fontecha
Francesc Formiga Pérez
Pedro Gil Gregorio
Marco Inzitari
Rosa López Mongil
Alfonso López Soto
Ester Martínez Almazán
Ramón Miralles
Reinald Pamplona Gras
Mercè Pérez Salanova
Pilar Rodríguez Rodríguez
Sebastiàn Santaeugenia
Francisco Tarazona Santabalbina
Carlos Verdejo Bravo

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEGG

Presidente/President
José Antonio López Trigo

Vicepresidente de Geriatría/Vicepresident de Geriatria
Carlos Verdejo Bravo

Vicepresidenta de Gerontología/Vicepresidenta de Gerontologia
Pilar Rodríguez Rodríguez

Secretario General/Secretari General
Primitivo Ramos Cordero

Vicesecretario/Vicesecretari
Iñaki Artaza Artabe

Tesorero/Tresorer
José Luis Gutiérrez Rodríguez

Vocal Área Biología/Vocal Àrea Biologia
Consuelo Borrás Blasco

Vocal Área Clínica/Vocal Àrea Clínica
Sergio Ariño Blasco

Vocal Área Social/Vocal Àrea Social
Elena del Barrio Truchado

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIETAT CATALANA DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA

Presidente/President
Domingo Ruiz

Vicepresidente/Vicepresident
Sebastià Santaeugenia

Secretario/Secretari
Josep Martos

Tesorero/Tresorer
César Obiol

Vocal Asistencial/Vocal Assistencial
Marco Inzitari

Vocal Clínico/Vocal Clínic
Joan Serra

Vocal Docencia/Vocal Docència
Olga Vázquez

Vocal Biología/Vocal Biologia
Sami Loufti

Vocal Residencias/Vocal Residències
Xavier Valldeperas

Vocal Social/Vocal Social
Maria Pilar Martínez

Tenemos **las piezas** para seguir ayudando
a sus pacientes con Alzheimer

compromiso K con el Alzheimer

Memantina Kern Pharma EFG

KERN PHARMA CON EL ALZHEIMER

Completamos* las opciones farmacológicas para el tratamiento del Alzheimer:

- **Memantina** Kern Pharma comprimidos y solución oral EFG
- **Rivastigmina** Kern Pharma cápsulas, solución oral y parches transdérmicos EFG
- **Galantamina** Kern Pharma cápsulas EFG
- **Donepezilo** y **Donepezilo Flas** Kern Pharma EFG

Empresa nacional — *Fabricación propia* — *Vademecum adaptado a precio menor*

* IMS Dataview, N7D Productos ANTI-ALZHEIMER.
Lanzamiento Memantina Kern Pharma solución oral EFG: 1 Agosto 2013.

KERN PHARMA
A la vanguardia de los genéricos
www.kernpharma.com

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Memantina Kern Pharma 10 mg comprimidos EFG Memantina Kern Pharma 20 mg comprimidos EFG **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Memantina Kern Pharma 10 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 10 mg de hidrocloruro de memantina, equivalentes a 8,31 mg de memantina. Excipientes con efecto conocido: Cada comprimido contiene 98,60 mg de lactosa. Memantina Kern Pharma 20 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 20 mg de hidrocloruro de memantina, equivalentes a 16,62 mg de memantina. Excipientes con efecto conocido: Cada comprimido contiene 197,20 mg de lactosa. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido. Memantina Kern Pharma 10 mg comprimidos: Los comprimidos son redondos, de color blanco y con una ranura en ambas caras. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. Memantina Kern Pharma 20 mg comprimidos: Los comprimidos son redondos, de color blanco, con una ranura en una cara. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas** Tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave. **Posología y forma de administración** El tratamiento debe ser iniciado y supervisado por un médico con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la demencia de Alzheimer. El tratamiento se debe iniciar únicamente si se dispone de un cuidador que monitorice regularmente la toma del fármaco por parte del paciente. Se debe realizar el diagnóstico siguiendo las directrices actuales. La tolerabilidad y la dosis de memantina se deben reevaluar de forma regular, preferiblemente dentro de los 3 meses posteriores al inicio del tratamiento. Por lo tanto el beneficio clínico de memantina y la tolerabilidad del paciente al tratamiento se deben reevaluar de forma regular de acuerdo a las directrices clínicas vigentes. El tratamiento de mantenimiento puede continuarse mientras el beneficio terapéutico sea favorable y el paciente tolere el tratamiento con memantina. La interrupción del tratamiento con memantina se debe considerar cuando ya no se evidencie su efecto terapéutico o si el paciente no tolera el tratamiento. Memantina debe administrarse una vez al día, siempre a la misma hora. Los comprimidos pueden tomarse con o sin alimentos. *Posología Adultos:* Ajuste de la dosis La dosis máxima diaria es de 20 mg al día. Para reducir el riesgo de sufrir reacciones adversas, la dosis de mantenimiento se alcanza incrementando la dosis 5 mg cada semana durante las primeras 3 semanas de la siguiente manera. Para realizar este ajuste de dosis existen comprimidos con diferentes dosis: Semana 1 (día 1-7): El paciente debe tomar la mitad de un comprimido de 10 mg (5 mg) al día durante 7 días. Semana 2 (día 8-14): El paciente debe tomar un comprimido de 10 mg (10 mg) al día durante 7 días. Semana 3 (día 15- 21): El paciente debe tomar un comprimido de 10 mg y medio (15 mg) al día durante 7 días. A partir de la semana 4: El paciente debe tomar dos comprimidos de 10 mg ó un comprimido de 20 mg (20 mg) al día. Dosis de mantenimiento La dosis recomendada de mantenimiento es de 20 mg al día. *Pacientes de edad avanzada:* Basándose en estudios clínicos, la dosis recomendada para los pacientes mayores de 65 años es de 20 mg al día, tal como se ha descrito anteriormente. *Niños y adolescentes:* No se recomienda el uso de memantina en niños menores de 18 años debido a una falta de datos de seguridad y eficacia. *Insuficiencia renal:* En pacientes con función renal levemente afectada (aclaramiento de creatinina de 50 - 80 ml/min), no es necesario ajustar la dosis. En pacientes con insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina de 30 - 49 ml/min), la dosis diaria debe ser de 10 mg al día. Si se tolera bien después de, al menos 7 días de tratamiento, la dosis podría aumentarse hasta 20 mg/día de acuerdo con el esquema de titulación estándar. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina de 5-29 ml/min.) la dosis diaria debe ser de 10 mg al día. *Insuficiencia hepática:* En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada (Child-Pugh A y Child-Pugh B) no es necesario ajustar la dosis. No existen datos disponibles sobre el uso de memantina en pacientes con insuficiencia hepática grave. No se recomienda la administración de memantina en pacientes con insuficiencia hepática grave. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". **Advertencias y precauciones especiales de empleo** Se recomienda precaución en el tratamiento de pacientes con epilepsia, antecedentes de crisis convulsivas o en pacientes con factores de riesgo para padecer epilepsia. Se debe evitar la administración concomitante de antagonistas del N-metil-D-aspartato (NMDA) como la amantadina, la ketamina y el dextrometorfano. Estos compuestos actúan sobre el mismo sistema receptor que memantina y, por lo tanto, las reacciones adversas (principalmente las relacionadas con el sistema nervioso central [SNC]) pueden ser más frecuentes o más intensas (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Todos aquellos factores que aumenten el pH urinario pueden requerir una monitorización rigurosa del paciente. Entre estos factores se incluyen cambios drásticos en la dieta, por ejemplo de carnívora a vegetariana, o una ingesta masiva de tampones gástricos alcalinizantes. Asimismo, el pH urinario puede estar elevado en estados de acidosis tubular renal (ATR) o infecciones graves del tracto urinario por bacterias del género *Proteus*. En la mayoría de los ensayos clínicos, se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de infarto de miocardio reciente, enfermedad cardíaca congestiva (NYHA III-IV) o hipertensión no controlada. Como consecuencia, los datos en estos pacientes son limitados y los pacientes que presenten estas condiciones deben supervisarse cuidadosamente. Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Debido a los efectos farmacológicos y al mecanismo de acción de la memantina, pueden producirse las siguientes interacciones: El mecanismo de acción sugiere que los efectos de la L-dopa, los agonistas dopaminérgicos y los anticolinérgicos pueden aumentar con el tratamiento concomitante de antagonistas del NMDA como memantina. Se pueden reducir los efectos de los barbitúricos y de los neurolépticos. La administración concomitante de memantina y agentes antiespasmódicos, como el dantroleno o el baclofeno, puede modificar sus efectos y hacer necesario un ajuste de la dosis. Se debe evitar el uso concomitante de memantina y amantadina, por el riesgo de psicosis farmacotóxica. Los dos compuestos están químicamente relacionados con los antagonistas del NMDA. Esto mismo podría aplicarse para la ketamina y el dextrometorfano (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). También hay un caso clínico publicado sobre el posible riesgo de la combinación de memantina y fenitoína. Otros principios activos, como cimetidina, ranitidina, procainamida, quinidina, quinina y nicotina, que utilizan el mismo sistema de transporte catiónico renal que la amantadina, posiblemente también interaccionen con la memantina lo que conlleva un riesgo potencial de aumento de los niveles plasmáticos. Cuando se co-administra memantina junto con hidroclorotiazida (HCT) o con cualquier combinación con HCT existe la posibilidad de que se produzca una disminución en los niveles séricos de la HCT. En la experiencia post-comercialización, se ha informado de casos aislados de incremento del cociente internacional normalizado (INR), en pacientes tratados concomitantemente con warfarina. Aunque no se ha establecido relación causal, es aconsejable realizar una monitorización estrecha del tiempo de protrombina o INR, en pacientes tratados concomitantemente con anticoagulantes orales. En estudios farmacocinéticos (FC) a dosis únicas realizados en sujetos jóvenes sanos, no se han observado interacciones relevantes principio activo-principio activo entre memantina y gliburida/metformina o donepezilo. En un ensayo clínico realizado en sujetos jóvenes sanos, no se han observado efectos relevantes de memantina sobre la farmacocinética de la galantamina. Memantina no inhibió las isoformas CYP 1A2, 2A6, 2C9, 2D6, 2E1, 3A, la flavina monooxigenasa, la epóxido hidrolasa o la sulfonación *in vitro*. **Fertilidad, embarazo y lactancia** No se dispone de datos clínicos sobre la utilización de memantina durante el embarazo. Estudios con animales indican un riesgo potencial de disminución del crecimiento intrauterino con niveles de exposición idénticos o ligeramente más altos que los niveles de exposición en humanos. No se conoce el riesgo potencial para humanos. Memantina no debe utilizarse durante el embarazo excepto que sea considerado claramente necesario. Se desconoce si memantina se excreta por la leche materna pero, teniendo en cuenta la lipofilia del principio activo, es probable que así sea. Las mujeres que tomen memantina deben suspender la lactancia materna. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La enfermedad de Alzheimer de moderada a grave afecta normalmente la capacidad de conducción y compromete la capacidad para utilizar máquinas. Además, memantina presenta una influencia de leve a moderada sobre la capacidad de para conducir y de utilizar máquinas, de forma que se debe advertir especialmente a los pacientes ambulatorios para que tomen precauciones especiales. **Reacciones adversas** En los ensayos clínicos en pacientes con demencia de leve a grave, en los que se incluyeron 1784 pacientes tratados con memantina y 1595 pacientes tratados con placebo, la incidencia global de reacciones adversas con memantina no difirió de la de aquellos tratados con placebo; las reacciones adversas fueron, por lo general, de leves a moderados en gravedad. Las reacciones adversas con mayor frecuencia de aparición que se observaron con una incidencia superior en el grupo de memantina respecto al grupo placebo fueron vértigo (6,3% frente a 5,6%, respectivamente), cefalea (5,2% frente a 3,9%), estreñimiento (4,6% frente a 2,6%), somnolencia (3,4% frente a 2,2%) e hipertensión (4.1% frente a 2.8%). Las reacciones adversas enumeradas en la siguiente tabla proceden de los ensayos clínicos realizados con memantina y la experiencia post-comercialización. Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Las reacciones adversas se categorizan conforme al sistema de clasificación por órganos, usando la siguiente convención: muy frecuentes (≥1/10), frecuentes (≥1/100 a <1/10), poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100), raras (≥1/10.000 a <1/1.000), muy raras (<1/10.000), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Sobredosis** Sólo se dispone de experiencia limitada en casos de sobredosis de los ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización. *Síntomas*: Sobredosis relativamente altas (200 mg y 105 mg/día durante 3 días respectivamente) se han asociado únicamente con síntomas como cansancio, debilidad y/o diarrea o han sido asintomáticas. En casos de sobredosis por debajo de 140 mg o dosis no conocida aparecieron en los pacientes síntomas a nivel del sistema nervioso central (confusión, adormecimiento, somnolencia, vértigo, agitación, agresividad, alucinaciones y alteraciones de la marcha) y/o de origen gastrointestinal (vómitos y diarreas). En el caso más extremo de sobredosis, el paciente sobrevivió a la ingesta oral de un total de 2000 mg de memantina con efectos a nivel del sistema nervioso central (coma durante 10 días, y posterior diplopía y agitación). El paciente recibió tratamiento sintomático y plasmaféresis, recuperándose sin secuelas permanentes. En otro caso de sobredosis grave, el paciente también sobrevivió y se recuperó. Dicho paciente había recibido 400 mg de memantina por vía oral, y experimentó síntomas a nivel del sistema nervioso central tales como inquietud, psicosis, alucinaciones visuales, proconvulsividad, somnolencia, estupor e inconsciencia. *Tratamiento*: En caso de sobredosis, el tratamiento debe ser sintomático. No existe antídoto específico para la intoxicación o sobredosis. Se deben utilizar procedimientos clínicos estándar para la eliminación del principio activo de forma apropiada, por ej.: lavado gástrico, carbón activado (interrupción de la recirculación enterohepática potencial), acidificación de la orina, diuresis forzada. En caso de aparición de signos y síntomas de sobrestimulación general del sistema nervioso central (SNC), se debe considerar llevar a cabo un tratamiento clínico sintomático cuidadoso. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes** Almidón de maíz pregelatinizado Celulosa microcristalina Lactosa monohidrato Almidón glicolato sódico (tipo A) (almidón de patata) Sílice coloidal anhidra Estearato de magnesio **Incompatibilidades** No procede. **Período de validez** 3 años **Precauciones especiales de conservación** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase** Memantina Kern Pharma 10 mg comprimidos: Los comprimidos se envasan en blíster de PVC/Al en estuches de 112 comprimidos y envase clínico de 490 comprimidos. Memantina Kern Pharma 20 mg comprimidos: Los comprimidos se envasan en blíster de PVC/Al en estuches de 56 comprimidos y envase clínico de 490 comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** KERN PHARMA, S.L. Pol. Ind. Colón II, C/ Venus 72 08228 Terrassa (Barcelona) España **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Abril de 2013 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO PRESENTACIONES DEL PRODUCTO Y PRECIO RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica. Diagnóstico hospitalario. Incluido en la oferta del SNS. Para más información, consultar la Ficha Técnica completa del producto.

Infecciones e infestaciones	Poco frecuentes	Infecciones fúngicas
Trastornos del sistema inmunológico	Frecuentes	Hipersensibilidad al medicamento
Trastornos psiquiátricos	Frecuentes Poco frecuentes Frecuencia no conocida	Somnolencia Confusión Alucinaciones[1] Reacciones psicóticas[2]
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes Poco frecuentes Muy raras	Vértigo Alteraciones del equilibrio Alteración de la marcha Convulsiones
Trastornos cardiacos	Poco frecuentes	Insuficiencia cardíaca
Trastornos vasculares	Frecuentes Poco frecuentes	Hipertensión Trombosis venosa/tromboembolismo
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuentes	Disnea
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes Poco frecuentes Frecuencia no conocida	Estreñimiento Vómitos Pancreatitis[2]
Trastornos hepatobiliares	Frecuentes Frecuencias no conocidas	Pruebas de función hepática elevadas Hepatitis
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Frecuentes Poco frecuentes	Cefalea Fatiga

[1]Las alucinaciones se han observado principalmente en pacientes con enfermedad de Alzheimer grave.
[2]Se han notificado casos aislados en la experiencia post-comercialización. La enfermedad de Alzheimer ha sido asociada con depresión, ideación suicida y suicidio. En la experiencia post-comercialización, se ha notificado la aparición de estos acontecimientos en pacientes tratados con memantina. Notificación de sospechas de reacciones adversas Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano; website: www.notificaRAM.es

Muestra sin valor comercial

ELSEVIER DOYMA

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

Volumen 49, Especial Congreso, Mayo 2014

Sumario

56 Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
20 Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia
Barcelona, 21-23 de mayo de 2014

Comunicaciones orales

Área Clínica 1
OC1: Paciente geriátrico complejo 1
OC2: Deterioro cognitivo. Comorbilidad 4
OC3: Atención geriátrica en el nivel hospitalario 7
OC4: Situaciones clínicas e investigación 10
OC5: Farmacogeriatría 13
OC6: El paciente mayor en el servicio de urgencias 17
OC7: Metabolismo óseo y fracturas 20

Área de Ciencias Sociales y del Comportamiento 23
OS1: La cognición como eje del trabajo 23
OS2: Tecnología y futuro 26
OS3: Envejecimiento activo 29
OS4: Atención centrada en la persona 32

Área de Ciencias Biológicas 35

Pósters

Área Clínica 38

Área de Ciencias Sociales y del Comportamiento 129

Área de Ciencias Biológicas 147

Índice de autores 150

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(**Espec Cong**):1-37

ELSEVIER DOYMA

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

Comunicaciones orales

ÁREA CLÍNICA

OC1: Paciente geriátrico complejo

OC-001. TENDENCIA CRECIENTE DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (PCC) SUBAGUDOS EN EL HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLÍ (HSSF) COMO ALTERNATIVA AL INGRESO EN EL HOSPITAL DE AGUDOS JOAN XXIII (HJ23) DE TARRAGONA: ESTUDIO DESCRIPTIVO 2011-2013

R. Qanneta, N. Martí Triguero, J. Pi i Sánchez, E. Moltó Llarena, O. Díaz Crombie, R. Martínez Ripoll y G. Claret Gispert
Hospital Sociosanitario Francolí. Tarragona.

Introducción: La tendencia de la red sociosanitaria es impulsar dispositivos asistenciales alternativos a la hospitalización aguda convencional (HAC), sin necesidad de alta tecnología diagnóstica, como es la Unidad Funcional de Subagudos (UFSA) con planes terapéuticos interdisciplinarios. El objetivo principal es potenciar la adecuación de los recursos del sistema sanitario en el Camp de Tarragona en el contexto de una atención integral a los PCC.
Métodos: Se incluyeron aquellos PCC que se ingresaron en la UFSA del HSSF entre 2011 y 2013 procedentes de Urgencias de HJ23. Se analizaron de forma retrospectiva las características epidemiológicas y clínicas. Se evaluó el cumplimiento de los indicadores de calidad estandarizados por el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) del Pla de Salut 2011-2015 del CatSalut: (1) estancia media < 12 días, (2) altas a domicilio > 70-80%, (3) derivación a otros recursos sociosanitarios < 15%, (4) regreso a HJ23 < 10% y (5) tasa de mortalidad < 10%. Se realizó el análisis estadístico descriptivo y comparativo mediante el test de chi cuadrado con el programa SPSSPC.
Resultados: Un total de 689 pacientes (80p en 2011, 138p en 2012 y 471p en 2013). Distribución por sexo (357 mujeres y 332 hombres). Edad media 81a. Los diagnósticos principales que motivaron el ingreso (GRD) fueron (patología respiratoria en 401p (58%), patología cardíaca en 149p (21%), patología genitourinario en 57p (8%), patología cutánea en 17p (3%), patología digestiva en 12p (2%) y otras en 53p (8%). Del total de pacientes: 483 (70%) tenían > 4 diagnósticos secundarios. Indicadores del PPAC respectivamente: (1) 18d en 2011, 19d en 2012 y 12d en 2013; (2) en 581p (84%); (3) en 57p (8%); (4) en 31p (5%) y (5) en 20p (3%). No se observaron diferencias en los indicadores por sexo, grupo de edad ni patología de ingreso.
Conclusiones: Nuestro programa cumplió los estándares premarcados por el PPAC con comportamiento creciente de ingresos/altas en el periodo del estudio. La derivación de PCC reagudizados correctamente seleccionados, procedentes de Urgencias HJ23, hacia UFSA de HSSF de atención intermedia es un modelo alternativo a la HAC que permite adecuar los gastos sanitarios.

OC-002. COSTE-EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN EL DOMICILIO

A. Vilà Santasuana, C. Araguás, J. Cruanyes, E. Villegas, J. Ortega y R.A. Sabaté
Hospital de Barcelona-SCIAS. Barcelona.

Objetivos: El Programa de Atención al Paciente Pluripatológico de Asistencia Sanitaria (PAPPA) se creó con el objetivo de racionalizar la asistencia, garantizar la continuidad asistencial, mejorar la eficacia clínica, optimizar los recursos sanitarios y reducir el coste económico.
Métodos: Estudio prospectivo de las variables demográficas y clínicas de los pacientes incluidos durante el periodo 2011-2013. Valoración de la satisfacción de pacientes y familiares con el programa. Análisis comparativo de los días de ingreso y estancia hospitalaria ajustada por paciente/mes, y estudio económico comparativo ajustado por paciente y día, ambos seis meses antes y después de su entrada en el programa.
Resultados: 261 (235 pluripatológicos) pacientes incluidos, edad media 84 años. Media de días en el PAPPA de 203 ± 192. En la valoración de la atención recibida según una escala analógica (0-10) se obtuvo una puntuación media de 9,3 ± 1,1. Estudio comparativo entre 6 meses previos al programa y durante su estancia en el PAPPA: ingresos hospitalarios de 0,36 ± 0,21 antes del programa a 0,19 ± 0,52 ($p < 0,05$) y estancia hospitalaria 3,5 días vs 1 día ($p < 0,05$); gastos generados 54,55 εuro por paciente y día vs 24,79 εuro, lo que representa una disminución de un 54,6% del coste. La disminución de ingresos y estancias ha permitido reducir 5 camas hospitalarias de agudos por cada 50 enfermos ingresados en el PAPPA.
Conclusiones: Un programa que coordine diferentes niveles de atención sanitaria en el domicilio de los pacientes crónicos pluripatológicos puede disminuir el número de ingresos y estancias hospitalarias, con un alto grado satisfacción de los pacientes y un menor coste. Los aspectos principales que han permitido reducir los reingresos han sido el trabajo multidisciplinar, el seguimiento proactivo, la historia

0211-139X/$ - see front matter © 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

clínica compartida y la posibilidad de utilizar recursos terapéuticos complejos en el domicilio.

OC-003. CONDICIONES ASOCIADAS AL CONSUMO DE RECURSOS HOSPITALARIOS: ESTUDIO FRADEA

T. Flores Ruano, M. Fernández Sánchez, S. Salmerón Ríos, M. Martínez Reig, J.L. Navarro López, P.M. Sánchez Jurado y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Analizar las condiciones asociadas a un mayor consumo de recursos hospitalarios.
Métodos: Estudio de cohortes concurrente sobre 993 mayores de 70 años incluidos en el estudio FRADEA. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, cognitivas, afectivas, nutricionales, enfermedades y fármacos. Durante el seguimiento se registraron el número de hospitalizaciones, visitas a urgencias, visitas a especialistas, cirugías y exploraciones radiológicas.
Resultados: Edad media 79,4 (DE 6,4), 601 (60,5%) mujeres. 212 (21,3%) institucionalizados y 781 (78,7%) de la comunidad. Tiempo medio de seguimiento 952 días (DE 408). Las condiciones que correlacionaron significativamente con hospitalización y visitas a urgencias fueron la mayor edad, menor Barthel, SPPB, MMSE, MNA-SF, SF-12, Peak-flow y mayor Charlson, número de fármacos consumidos y GDS de Yesavage. Sin embargo, las variables que correlacionaron significativamente con mayor número de visitas a especialistas fueron la menor edad y mayor Barthel, MMSE, Charlson, velocidad de marcha, número de fármacos y Peak-flow.
Conclusiones: Los mayores que ingresan más o acuden más a urgencias suelen presentar mayor edad, discapacidad, peor función, deterioro cognitivo, comorbilidad y polifarmacia, mientras que aquéllos que acuden más a especialistas son al contrario más jóvenes y con mejor situación funcional, cognitiva y afectiva a pesar de tener mayor comorbilidad y polifarmacia.

OC-004. CRITERIOS DE GRAVEDAD Y PROGRESIÓN COMO VARIABLES PREDICTORAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES Y CONDICIONES CRÓNICAS AVANZADAS: ANÁLISIS PROSPECTIVO A 1 AÑO

J. Amblàs Novellas[1], M. Martínez Muñoz[2], N. Molist Brunet[1], A. Torné Coromina[1], M. Espaulella Ferrer[1], X. Gómez Batiste[2] y J. Espaulella Panicot[1]
[1]Hospital de la Santa Creu. Vic. [2]Cátedra CPU. Vic.

Objetivos: Analizar la correlación entre mortalidad y el comportamiento estático (criterios de severidad) y dinámico (criterios de progresión) de las variables que determinan el proceso hacia el final de vida, en una cohorte de pacientes con enfermedades y condiciones crónicas avanzadas, evaluadas por profesionales de la salud mediante la herramienta NECPAL CCOMS -ICO®.
Métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo de cohortes de 922 pacientes, detectados en todos los niveles asistenciales del sistema sanitario. Se ha realizado seguimiento prospectivo durante 1 año. Las variables seleccionadas forman parte de la herramienta NECPAL CCOMS -ICO®.
Resultados: En el análisis descriptivo destaca edad media de 81,4 años, 61,4% mujeres, con predominio de trayectoria de demencia/fragilidad (55,1%) respeto enfermedad de órgano avanzada (32,2%) y cáncer (12,7%). Los pacientes estaban ubicados predominantemente en la comunidad (61,5%) y residencias sociales (24,1%), siendo la localización hospitalaria del 7,2% (hospital de agudos) y 7,2% (Centros sociosanitarios). En el análisis de supervivencia a 1 año, han mostrado correlación con mortalidad (de mayor a menor grado): Criterios de gravedad y progresión de enfermedad crónica principal (RR 1,69), marcadores funcionales de severidad–índice de Barthel basal ≤ 20-(RR 1,57) y de progresión –pérdida de ≥ 2 ABVDs en los últimos 6 meses-(RR 1,57), criterios de progresión nutricionales -pérdida de ≥ 10% del peso en los últimos 6 meses- (RR 1,44) y finalmente la comorbilidad –Índice de Charlson-(RR 1,16).
Conclusiones: El perfil del paciente con enfermedades y condiciones crónicas avanzadas es una persona predominantemente de perfil geriátrico (añoso y con predominio de fragilidad/demencia), que vive en la comunidad/residencia sociales. En el abordaje clínico de éstos parece pertinente la valoración combinada de variables estáticas (severidad) y con variables dinámicas (progresión), tanto de marcadores globales (funcionalidad, nutrición) cómo específicos de enfermedad. La valoración de la comorbilidad parece tener menor relevancia.

OC-005. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

A. González Sanz, O. Saavedra Obermann, C. Guirola García-Prendes, L. Pellitero Blanco, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: 1.) Conocer la prevalencia e incidencia de FA en pacientes hospitalizados por enfermedad aguda, 2.) Analizar el riesgo de tromboembolismo y de sangrado, 3.) Estudiar el manejo de la prevención cardioembólica.
Métodos: Estudio transversal descriptivo sobre pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría durante los 40 primeros días de 2014. Variables: sociodemográficas (edad, sexo y domicilio), clínicas (número de diagnósticos y diagnóstico de FA), funcionales (Barthel), cognitivas (Pfeiffer), terapéuticas (anticoagulantes y antiagregantes prescritos al ingreso), CHADSVASC y HASBLED.
Resultados: 340 pacientes fueron incluidos (edad media 87,5 ± 10,27 años, 56,2% mujeres, Charlson 7,20 ± 1,95, Barthel 64,93 ± 35,37, Pfeiffer 0,41 ± 1,41, número medio de diagnósticos 6,94 ± 3,48 y de fármacos 7,4 ± 3,31, estancia media 8,71 ± 4,40 días); 11,8% de los pacientes vivían solos, 64,7% acompañados y 20,9% institucionalizados. En el momento del ingreso el 31,5% presentaba FA; un 13,7% fue diagnosticado durante la hospitalización de FA. El riesgo trombótico se midió mediante CHADSVASC con puntuaciones: 0% de 1; 1,9% de 2; 9,3% de 3; 24,3% de 4; 24,3% de 5; 26, 2% de 6; 9,3% de 7 y 4,7% de 8. El riesgo de sangrado fue medido con HASBLED con puntuaciones de 1 el 5,6%, 2 el 28%, 3 el 37,4%, 4 el 20,6%, 5 el 6,5% y 6 el 1,9%. El 39,25% estaba siendo tratado con ACO, 9,35% con HBPM, 42,06% con antiagregantes y 9,35% con la combinación de ACO más antiagregante.
Conclusiones: La prevalencia de FA en nuestra población de estudio es de 1 de cada 3 sujetos. Se ha detectado una incidencia de FA durante el ingreso del 13.7%. Los pacientes incluidos en el estudio presentan elevado riesgo cardioembólico. Asimismo, tienen un alto riesgo de sangrado ante la pauta de tratamiento con ACO. La prevención de eventos cardioembólicos se realiza preferentemente con anticoagulantes.

OC-006. EFICACIA SOBRE EL CONSUMO DE RECURSOS HOSPITALARIOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO-QUIRÚRGICO

S. Ariño[1], R. Benavent[2], S. de las Cuevas[2], M.T. Barrera[2] y G. Pérez[2]
[1]Fundación Privada Hospital General de Granollers. Granollers.
[2]Fundación Hospital Asilo de Granollers. Granollers.

Objetivos: Demostrar la eficacia sobre el consumo de recursos hospitalarios del paciente crónico complejo (PCC), de perfil geriátrico; mediante un programa de atención especializada en Geriatría, en el hospital de día médico quirúrgico de un Hospital General.

Métodos: Se diseña un estudio cuasi experimental pre-post, de carácter prospectivo, con seguimiento a 6 meses. Las variables resultado son número de ingresos hospitalarios, días de estancia hospitalaria y visitas al servicio de urgencias. Se utilizan estadísticos descriptivos y T-test para comparación de medias entre datos apareados, se realiza análisis estadístico mediante aplicativo informático SPSS 18.0.
Resultados: Desde su puesta en marcha en Abril del 2013 se han atendido un total de 246 pacientes, edad media 86,1 años (± 5,58 DE), predominio sexo femenino 155 casos (63%). Disponemos de información de seguimiento a 6 meses en 82 pacientes, observando 64 ingresos hospitalarios y 1.133 estancias en el periodo previo a la intervención y 30 ingresos hospitalarios y 340 estancias en el periodo posterior. Apreciando un ahorro de 793 estancias hospitalarias en 6 meses. La comparación de medias del número de ingresos hospitalarios por paciente mostraba 1,5 (± 1,14 DE) vs 0,59 (± 0,84 DE) en los periodos pre y post inicio del programa respectivamente ($p < 0,000$). Con relación al número de visitas al servicio de urgencias en los últimos 90 días observamos un ahorro de 129 visitas (168 visitas frente a 39 visitas en los periodos pre y post inicio de la intervención). Con una media de 1,46 (± 1,06 DE) visitas por paciente antes de entrar en el programa frente a 0,34 (± 0,64 DE) después de iniciado ($p < 0,000$).
Conclusiones: El PCC de perfil geriátrico es un colectivo con un alto grado de utilización de recursos hospitalarios. La accesibilidad a una atención especializada en Geriatría, en un nivel asistencial como el Hospital de Día Médico Quirúrgico, permite asumir y controlar crisis y descompensaciones en estos pacientes reduciendo de forma importante los ingresos, las estancias y las visitas a urgencias hospitalarias.

OC-007. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTE CON ICTUS QUE SUFREN UN SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

C. Guirola García-Prendes, G. Guzmán Gutiérrez, J.M. Arche Coto, E. San Cristóbal Velasco, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Estudiar las diferencias en la evolución de los paciente ingresados en una unidad de ictus dependiente de un servicio de geriatría, que desarrollan un síndrome confusional agudo (SCA).
Métodos: Se desarrolla un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en el que se analizan los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus, durante el período comprendido entre 1-1-2013 al 31-12-2013. Se excluyen los que presentan un bajo nivel de conciencia. Se estudian variables funcionales (Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso y al alta, así como la ganancia funcional) y variables clínico-asistenciales (complicaciones y mortalidad, estancia media, programa de rehabilitación, valoración por la unidad de trabajo social y cambio de ubicación al alta) relacionados con haber presentado un SCA durante el ingreso.
Resultados: Se estudiaron 271 pacientes (58,8% mujeres, edad: 84,7 ± 6,9 años) los cuales presentaban un infarto isquémico en el 89,7%, siendo en un 46,1% hemisférico izquierdo. La prevalencia de SCA fue del 24%. En los pacientes con SCA se objetivan diferencias significativa en el IB al ingreso (11,7 ± 19,9 vs 23,5 ± 25,9) y en IB al alta (36,7 ± 50,7 vs 50,7 ± 33,2; 34,5% vs 55,8% en el grupo de ≥ 55 puntos), siendo la ganancia en el IB igual en ambos grupos. Los pacientes con SCA realizaron fisioterapia (32,5% vs 43,7%) y foniatría (1,5% vs 9,2%) en menor proporción que aquellos que no lo presentaron. Así mismo se derivaron al alta para seguir tratamiento rehabilitador al hospital de día (7,7% vs 13,1%) en menor frecuencia. No existieron diferencias en las complicaciones ni en la mortalidad (10,8% vs 11,2%). La estancia media (21,9 ± 16,5 vs (19,9 ± 16,7), la valoración por trabajo social (61,5% vs 62,6%) y el cambio de ubicación al alta (9,3% vs 19,9%) fue similar en ambos grupos.
Conclusiones: El SCA en la muestra estudiada se objetivó en un cuarto de los pacientes. El desarrollo de SCA se asoció a una peor situación funcional al ingreso y al alta. Los paciente con delirium no realizan de igual forma el programa de rehabilitación, por lo que actividades preventivas y un tratamiento precoz de estos pacientes, podría mejorar su evolución.

OC-008. FUNCIÓN SISTÓLICA E INSUFICIENCIA CARDIACA EN POBLACIÓN MUY ANCIANA

P. Gil Gregorio, L. Guardado, I. Carmona y V. Salido
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer las características clínicas de paciente ingresados en un unidad de agudos de Geriatría (UGA) por insuficiencia cardiaca (IC) y con función sistólica conservada o disminuida.
Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y de seguimiento. Pacientes ingresado por IC en UGA. Tiempo de recogida datos: enero-diciembre 2012: 125 Edad media: 88,6 años. Se recogen las siguientes variables: edad, género, comorbilidad (I. Charlson) factores de riesgo, grado NYHA. Función sistólica medida a través de la FEVI mediante ecocardiograma torácico, determinaciones analíticas, fármacos, respuesta inflamatoria (IL-6), grandes síndromes geriátricos, reingresos y fallecimientos durante la estancia hospitalaria. Programa estadístico STATA versión 12.0, con nivel de significación estadística del 95%.
Resultados: Se muestran en la tabla.
Conclusiones: 1. Los pacientes con disfunción sistólica tienen un mayor uso de beta-bloqueantes así como mayor presencia de cardiopatía isquémica. 2. Los pacientes con disfunción diastólica tienen una mayor capacidad de respuesta inflamatoria aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativa. 3. Los pacientes con disfunción sistólica presentan mayor mortalidad.
Esta trabajo FIS PI09/91116 ha sido subvencionado por el Instituto de Salud Carlos III.

Tabla. OC-008

	FEVI conservada	FEVI disminuida	
Edad	89,3 ± 5,9	86,9 ± 5,9	NS
Mujeres (%)	75,6	71,4	NS
I Charlson	7,6	7,5	NS
NHYA II/III	80,8	82,1	NS
C. isquémica	7,8	32	0,001
Uso beta-bloqueantes	32%	64,3%	0,003
IL-6	15,1	6,4	0,4
Exitus	6,4%	14,3%	NS
Reingresos	48,8%	53,6%	NS

OC-009. CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES Y ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ICTUS EN LOS AÑOS 2003 Y 2013. ¿EXISTEN CAMBIOS?

L. Pellitero Blanco, O. Saavedra Obermann, E. San Cristóbal Velasco, J.M. Arche Coto, M. Alonso Álvarez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Comparar las características funcionales y asistenciales de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Ictus dependiente de un Servicio de Geriatría, en los años 2003 y 2013.
Métodos: Se analizan los pacientes ingresados, durante el año 2003 y durante el año 2013, realizando un análisis comparativo, en lo que se refiere a variables funcionales (Índice de Barthel (IB) previo, al ingreso y al alta, así como la ganancia funcional) y asistenciales (estancia media, programa de rehabilitación, valoración por la Unidad de Trabajo Social y cambio de ubicación al alta).
Resultados: Durante los periodos de estudio ingresan 673 pacientes (357 en el año 2003 y 316 en el año 2013) con una edad media de 83,4 ± 7 años, siendo el 58,8% mujeres. Se encuentran diferencias en la situación funcional previa con menor dependencia en los pacientes ingresados durante el año 2003 (IB previo de 82 ± 27,6 vs 72,6 ± 31; 83,8% vs 68,4% en el grupo de ≥ 60 puntos), sin embargo no hubo diferencias en el IB al ingreso ni al alta. Fueron valorados para rehabilitación un mayor número de pacientes (70,6% vs 49,1%), llegando a realizar fisioterapia (52,9% vs 35,4%) una mayor proporción en el año 2003. Sin embargo el número de pacientes incluidos para realizar terapia ocupacional (8,4% vs 17,1%) fue mayor en 2013, sin diferencias en el numero de sesiones. La Unidad de trabajo social valoró el 49,3% de los pacientes en el año 2003 y el 57,3% en el 2013 existiendo una diferencia significativa; sin embargo no se objetivaron diferencias en el cambio de ubicación ni en la institucionalización al alta. La estancia media fue similar en los 2 periodos (17 ± 13 vs 19 ± 16 días) estudiados.
Conclusiones: Con el paso de los años el paciente que ingresa en nuestra Unidad de Ictus es mayor y con peor situación funcional previa. Solamente la tercera parte de nuestros pacientes se benefician del programa de rehabilitación funcional. Se debería adecuar nuestro programa a las necesidades actuales de los pacientes.

OC2: Deterioro cognitivo. Comorbilidad

OC-010. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

N. Gual Tarrada[1], T. Roig[1], D. Colprim[1], M.Y. Saldarriaga[2], C. Pérez-Bocanegra[2], L. Espinosa[1] y M. Inzitari[1]
[1]Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona. [2]Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: En Cataluña, las unidades de subagudos, integradas en hospitales de atención intermedia, son dotadas de baja tecnología y especializadas en el manejo del paciente complejo con descompensación de patología crónica, que ingresa desde urgencias. Personas con demencia y patología médica crónica reagudizada son candidatos a estos ingresos. Sin embargo, hipotetizamos que estos pacientes, por sus características clínicas y discapacidad asociada, podrían tener peores resultados en estas unidades.
Objetivos: Analizar y comparar resultados de pacientes con demencia ingresados en una unidad de subagudos, con aquellos pacientes sin demencia ingresados en la misma unidad, para valorar su efecto sobre los resultados al alta.
Métodos: Durante 14 meses se recogen datos demográficos y de valoración geriátrica (comorbilidad, función cognitiva, estado funcional) de pacientes ingresados en nuestra unidad de Subagudos. Se compara mortalidad, destino al alta y días de ingreso de pacientes con y sin demencia.
Resultados: 330 pacientes (edad media ± DE = 85,3 ± 7,7 años, 67,2% mujeres), con infección respiratoria como motivo de ingreso más frecuente (n = 97; 53,9%), seguido de insuficiencia cardiaca (n = 41; 22,8%). Pacientes con demencia (n = 126; 38,2%) tenían más años ± DE (86,8 ± 6,6 vs 84,4 ± 8,2; p = 0,01), peor Barthel previo ± DE (28 ± 30 vs 67 ± 30; p < 0,001) y más úlceras por decúbito (n = 32; 25,2% vs n = 24; 11,8%; p = 0,002). Ni motivo de ingreso, comorbilidad o días de hospitalización ± DE (14,3 ± 9,3 vs 14,6 ± 7,7) mostraron diferencias entre pacientes con y sin demencia. La mortalidad fue superior en pacientes dementes (n = 17; 13,5% vs n = 9; 4,4%; p = 0,003). Al realizar un modelo multivariado de regresión logística con toda la muestra, edad y Barthel previo fueron las únicas variables asociadas a mayor mortalidad (p = 0,04; p = 0,005). El reingreso hospitalario a los 30 días fue menor en pacientes dementes (n = 9; 10,8% vs n = 25; 15,5%), pero no significativo (p = 0,3).
Conclusiones: En nuestra muestra, pacientes con demencia presentan similar días de hospitalización y mayor mortalidad, pero también peor índice de Barthel previo, que se asocia a mayor mortalidad en el análisis multivariado. La indicación paliativa al ingreso, que no era criterio de exclusión, no se recogió. Estudios futuros deberían comparar evolución y mortalidad de estos pacientes entre unidades de subagudos y unidades médicas tradicionales, inclusive para pacientes dementes con intención paliativa que acudan a urgencias.

OC-011. MÉTODOS DE EXAMEN EN OFTALMOLOGÍA PARA APOYO DEL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE

E.S. García Martín[1], B. Rojas[1], R. de Hoz[1], P. Gil[2], R. Yubero[2] y J.M. Ramírez Sebastián[1]
[1]Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. [2]Servicio de Geriatría. Unidad de Memoria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: La enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza por una pérdida de las neuronas del cerebro dando como resultado una atrofia cerebral. Estudios post-mortem muestran en esta enfermedad neurodegenerativa una pérdida de células ganglionares de la retina. El propósito de este estudio fue comparar el espesor de la capa de fibras de la retina (CFNR) en la región macular mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) entre los pacientes con leve EA y el grupo control y analizar el comportamiento de la función visual mediante el estudio de la sensibilidad al contraste (SC).
Métodos: Fueron examinados 23 pacientes con EA leve, GDS 4, procedentes Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España) y 27 controles. Los pacientes se sometieron a un examen oftalmológico completo (agudeza visual, refracción, prueba de color, biomicroscopia, PIO, fondo de ojo dilatado, sensibilidad al contraste y OCT). Las medidas del espesor macular se realizaron dividiendo la mácula en 9 áreas: i) una zona central de radio de 1 mm (fóvea), ii) dos anillos concéntricos de 3 mm (interno) y 6 mm (externo) cada uno, los cuales se subdividieron en 4 regiones: nasal, temporal, superior e inferior. Se analizó la SC con el test CSV-1OOO de Vectorvision, en las frecuencias espaciales 3, 6, 12, 18 ciclos/grado.
Resultados: En comparación con el grupo control, los pacientes con leve EA presentaron una reducción significativa (p < 0,05) del espesor de la CFNR en el área central y en el anillo interno. En el anillo externo la disminución significativa de espesor estaba restringida solo al cuadrante temporal. En la SC se observó una reducción significativa en todas las frecuencias espaciales, con una disminución más pronunciada en la frecuencia más alta, 18 ciclos/grado.
Conclusiones: En estadios leves de la EA (GDS4), el espesor macular se encuentra disminuido y se presenta una pérdida de sensibilidad al

contraste en todas las frecuencias espaciales, viéndose más incrementada en la frecuencia más alta. La medida del espesor macular mediante OCT y el análisis de la SC pueden ser una herramienta complementaria para el diagnóstico precoz y para el control de la progresión de la enfermedad.

OC-012. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POSTALTA EN ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y DETERIORO COGNITIVO

J.L. González Guerrero[1], T. Alonso Fernández[1], N. García Mayolín[2], L. García Martín[1], M.A. Domínguez Domingo[1] y J.M. Ribera Casado[3]
[1]Hospital Ntra. Sra. de la Montaña. Complejo Hospitalario de Cáceres. [2]Hospital San Pedro Alcántara. Complejo Hospitalario de Cáceres. [3]Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: El deterioro cognitivo (DC) es frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y se ha asociado a mayor morbimortalidad. Estudios previos han demostrado que los programas de gestión de la IC (PGE) en pacientes de alto riesgo pueden reducir la tasa de reingresos y mortalidad, pero estos beneficios no están claros en pacientes con DC. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de un PGE en ancianos con IC y DC evaluando la supervivencia libre de eventos (definidos como reingreso o defunción por cualquier causa), los reingresos y la mortalidad.
Métodos: Subanálisis de un estudio previo, prospectivo y aleatorizado, en el que se evaluó la eficacia de un PGE vs la atención habitual (AH). Se incluyeron 116 pacientes: 59 asignados a un PGE y 57 a la atención sanitaria habitual. El DC se evaluó mediante la Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg.
Resultados: Un 20% presentaba DC (16,9% en el PGE vs 22,8% en la AH). Tras un año de seguimiento se observó mayor número de pacientes con eventos (65% vs 54%) y mortalidad (50% vs 26,4%; p = 0,031) entre aquellos con DC. Comparando los subgrupos DC vs no DC, en los 2 grupos de intervención, se objetivó que: a) en el PGE hubo más pacientes con DC que tuvieron eventos, reingresos y fallecieron (p = NS); b) en la AH fue similar el número de pacientes de ambos subgrupos con eventos, fue menor el número de pacientes con DC que reingresaron pero, por el contrario, mayor la cifra de fallecidos (p = NS). Analizando la supervivencia libre de eventos, la probabilidad de no padecer un evento entre los pacientes sin DC en los 2 grupos de intervención fue significativamente más alta en los pacientes del PGE (log rank 6,23; p = 0,013), no habiendo diferencias entre aquellos con DC.
Conclusiones: El DC es frecuente entre pacientes con IC y está asociado a peores resultados sanitarios. El PGE desarrollado mejora la supervivencia libre de eventos entre los pacientes sin DC, pero no entre aquellos con DC.

OC-013. ESTUDIO SOBRE INFECCIONES DE ORINA EN PERSONAS MAYORES INGRESADAS EN RESIDENCIAS. IMPLICACIONES EN LA ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA Y DIRIGIDA

F. Argentina[1], F. Robles Agudo[1], M.A. García Viejo[2] y F. Bermejo Corrales[3]
[1]Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. [3]Residencia Los Jardines Manzanares. Ciudad Real.

Objetivos: La infección del tracto urinario (ITU) es la infección bacteriana más frecuente en la población anciana institucionalizada. Es importante disponer de datos actualizados sobre los gérmenes más frecuentes, sus patrones de resistencia y los antibióticos más utilizados.
Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y prospectivo sobre las ITU en ancianos institucionalizados. Durante 12 meses se han reclutado 481 casos por 30 médicos de 25 residencias en toda España. Se han registrado variables de filiación, factores de riesgo para ITU complicada, urocultivos y antibióticos utilizados de forma empírica y dirigida.
Resultados: El patógeno más frecuente fue E. coli (62,4%), seguido de Klebsiella pneumoniae (8,9%), Proteus mirabilis (6,4%), Enterococcus faecalis (7,1%), Pseudomonas aeruginosa (5,6%) y Enterococcus faecium (1%). En 38 casos (7,9%) se aislaron otros gérmenes y en el 2,5% Cándidas spp. El 15%de los gérmenes eran productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). E. coli presentaba tasas de resistencia altas a: ciprofloxacino (53,9%), cotrimoxazol (46,6%), amoxicilina-clavulánico (34,5%) y cefuroxima (26,7%); más bajas a: cefalosporinas de tercera (21,3%), fosfomicina (5,1%) y nitrofurantoína (2,6%). El antibiótico empírico más utilizado fue el ciprofloxacino (27,6%), seguido de amoxicilina-clavulánico (23,28%) y fosfomicina (16,21). Los antibióticos más utilizados como tratamiento dirigido fueron: fosfomicina (22,24%), amoxicilina-clavulánico (20,16%) y ciprofloxacino (18,71%). La duración media del tratamiento antibiótico fue de 9,34 días. Transcurrieron una media de 8,25 días (valores entre 2 a 41días) entre la recogida de la muestra y la recepción del urocultivo/antibiograma. El resultado derivó en cambio de antibiótico en 158 casos (32,9%), alcanzando el 44,2% en los portadores de sonda vesical.
Conclusiones: Las quinolonas no deberían ser los fármacos de primera línea para el tratamiento empírico de las ITU en residentes, sobre todo en los portadores de sonda vesical permanente. Por las altas tasas de resistencia descritas a los fármacos de uso más habitual deberían realizarse más cultivos de orina y acortar el tiempo en recibir los resultados (8,25 días/rango: 2-41 días). Esta medida permitiría ajustar el tratamiento de forma más precoz, disminuir la morbilidad, la mortalidad, los ingresos hospitalarios y el consumo de recursos.

OC-014. UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES PARA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA

P.A. Hernández Zegarra, E. López Jiménez, P. Atienzar Núñez, G. Paterna Mellinas, A. Noguerón García, I.M. Soler Moratalla y P. Abizanda Soler
Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete.

Objetivos: Determinar la utilidad de los biomarcadores de líquido cefalorraquídeo (LCR) para enfermedad de Alzheimer (EA) en el diagnóstico y manejo farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo en una consulta externa de geriatría.
Métodos: 77 pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo seguidos en consulta externa de geriatría con sospecha de EA, y que tras estudios analíticos, neuroimagen y valoración neuropsicológica persiste duda diagnóstica, por lo que se les propuso realizarse punción lumbar para la determinación de biomarcadores (AB 42, tau total y P-tau) en LCR.
Resultados: La edad media fue de 74 años (65 a 83 años), mayoritariamente eran mujeres (75,3%). Respecto al nivel educativo mayoritariamente presentaban estudios primarios incompletos 40 (51,9%) y primarios completos 30 (39%). 44 personas (57%) tenían antecedentes familiares. Tiempo de enfermedad medio fue de 2,9 años (0,5 a 7 años). Los principales factores de riesgo encontrados fueron hipertensión 40 (51,9%), diabetes 17 (22,1%), trastorno depresivo 27 (35,1%), déficit auditivo 18 (23,4%), déficit visual 23 (29,9%), recibían benzodiacepinas 29 (37,7%) y antidepresivos 28 (36,4%). Índice Barthel medio 97, FAC medio 4,9, e índice de Lawton medio 6,2. El MMSE medio fue 23,4 (15-29); Test del Reloj medio 7,7 (2 - 10) y fluencia de animales media de 10,9 (2-20). Respecto a los biomarcadores en LCR la AB 42 media fue 909 pg/ml, T-tau media 490 pg/ml y P-tau media 98 pg/ml. Tras los resultados de biomarcadores los principales diagnósticos fueron deterioro cognitivo leve múltiples dominios amnésico 33 (42,9%), demencia mixta 12 (15,6%), EA GDS 4 típica 10 (13%),

EA prodrómica GDS 3 5 (6,5%), y alteración cognitiva vascular 7 (9,1%). Existió cambio respecto al diagnóstico previo en 44 pacientes (57,1%). Tras el diagnóstico se retiraron inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) en 6 pacientes (7,8%) y en 42 (54,5%) no se prescribieron nuevos fármacos anticolinesterásicos. Recibieron tratamiento con IACE 22 (28,6%) pacientes, 4 (5,2%) memantina, 2 (2,6%) tratamiento combinado (IACE y memantina), 15 (19,5%) antidepresivos, y 34 (44,2%) ningún tratamiento.
Conclusiones: Los biomarcadores en LCR modificaron de manera significativa el diagnóstico clínico que existía previo a estos resultados, y facilitó un menor uso de fármacos anticolinesterásicos.

OC-015. RESULTADOS POSHOSPITALIZACIÓN POR PATOLOGÍA MÉDICA AGUDA EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

P. López Pardo, B. Perdomo Ramírez, A. Socorro García, M. Vásquez, V.M. Reyes Reyes, J.J. Baztán Cortés e I. Ruipérez Cantera
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Conocer los resultados al alta y al año de de los pacientes con deterioro cognitivo ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes que ingresaron en UGA durante 2009. Los pacientes se categorizaron en función de su estado cognitivo previo al ingreso según la Escala Mental de Cruz Roja (CRM) en 3 grupos: 0-1 (no deterioro); 2-3 (deterioro leve-moderado) y 4-5 (grave). Como variable resultado se analizó situación funcional (I. Barthel) y mortalidad al alta, estancia hospitalaria, y mortalidad a los 3 meses y al año del alta (según registro en el Índice Nacional de Defunciones). Finalmente se realizó un análisis multivariante de Cox ajustando el riesgo de presentar deterioro cognitivo por variables al ingreso sociodemográficas (edad, sexo, convivencia), clínicas (I. comorbilidad de Charlson), nutricionales (albúmina), funcionales (IB previo; pérdida funcional porcentual al ingreso (medida como ((IBP-IBI) × 100)/IBP).
Resultados: Se estudiaron 1151 pacientes, con una edad media de 86,6 años (DE: ± 6,7), 66% mujeres. No presentaban deterioro cognitivo previo el 54,1%, era leve-moderado en el 31,6% y severo en 14,3%. Los pacientes con deterioro cognitivo tenían significativamente peor situación funcional previa y nutricional al ingreso, mayor deterioro funcional al ingreso, vivían más frecuentemente en residencia, sin diferencias en edad ni sexo. A mayor deterioro cognitivo hubo mayor deterioro funcional durante el ingreso, así como mayor mortalidad al alta (5,7%, 11,6% y 23,9% para no deterioro, deterioro leve-moderado y grave, respectivamente; $p < 0,001$), 3 meses (17%, 30% y 48,5%; $p < 0,001$) y al año (31,7%, 50,4% y 63,8%), sin diferencias en la estancia hospitalaria. El riesgo (HR) no ajustado de mortalidad a los 3 meses fue de 1,90 (IC95%: 1,45-248) para deterioro leve-moderado y de 3,69 (IC95%: 2,75-4,94) para deterioro grave. En el análisis multivariante, los resultados fueron de HR = 1,08 (IC95%: 0,73-1,59) para deterioro leve-moderado y de HR = 1,65 (IC95%: 0,94-2,89) para deterioro severo.
Conclusiones: En nuestra cohorte los pacientes con deterioro cognitivo tuvieron un peor pronóstico derivado de la hospitalización pero dicho riesgo podría estar condicionado por otras características asociadas a los pacientes con deterioro cognitivo.

OC-016. INTERVENCIÓN DE NUESTRA UNIDAD GERIÁTRICA DE PROGRAMA DE ATENCIÓN A DOMICILIO EQUIPO DE SOPORTE (PADES) SOBRE EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LAS DEMENCIAS

M. Gas Mola, N. Albiol Tomàs, R. Padilla Clemente, E. Martínez Almazán y J. Miralles Subirats
Complex Assistencial de la Santa Creu de Tortosa. Tortosa.

Introducción: Una de las principales patologías valoradas en nuestra Unidad de PADES son las demencias avanzadas, muchas de ellas aún en tratamiento específico. Esta situación genera más derivaciones a nuestra Unidad para revalorar la necesidad de su continuación.
Objetivos: Describir el perfil clínico e intervenciones de nuestra Unidad de PADES en las demencias estudiadas con tratamiento específico (DECTE) y sin tratamiento específico (DESTE).
Métodos: Estudio transversal. Se incluyen todos los pacientes con DECTE y DESTE, valorados en PADES entre febrero de 2013 y febrero de 2014. Se recogen: edad, situación funcional al ingreso (índice de Barthel –IB-), comorbilidad (índice de Charlson abreviado -IC-), perfil clínico de demencia y estadio mediante la escala GDS (Geriatric Dementia Scale*)*. En DECTE se registra: tipo de tratamiento en la valoración inicial (IACE, IACE + memantina, memantina) e intervenciones realizadas (mantenimiento, retirada o renovación). En DESTE se recogen los motivos por los que no llevan tratamiento específico e intervención de PADES sobre éstos. Para el análisis estadístico se utilizó el test chi-cuadrado y el test de análisis de la varianza (ANOVA). SPSS 17.0.1.
Resultados: En las DECTE se registra: n = 84: IB medio 28,98 ± 2,83, IC medio 1,81 ± 0,99, edad media 82,43 ± 0,68, la DTA era la más frecuente (40,47%), GDS medio: 6,42. Tratamiento al momento de la valoración: IACE 50%, IACE + memantina 15,9%, memantina 34,1%. Intervenciones sobre tratamiento específico: mantenimiento 40,7%, renovaciones 10,7% y retirada 46,6%. El motivo más frecuente de retirada fue enfermedad evolucionada (87,2%). En DESTE se registra: n = 78, IB medio 23,77 ± 2,91, edad media 82,43 ± 0,68, IC medio 2,06 ± 1,06. La DTA era la más frecuente (78,20%). GDS medio: 6,55. La mayoría (47,4%) no llevaban tratamiento por enfermedad evolucionada. En ningún caso de este grupo se consideró la introducción de tratamiento específico por parte de PADES.
Conclusiones: La intervención más frecuente realizada por PADES en DECTE fue la retirada de tratamiento específico debido a enfermedad evolucionada. El motivo principal por que las demencias estudiadas estaban sin tratamiento específico era enfermedad avanzada. En ningún caso de este grupo se consideró la introducción de este tratamiento por parte de PADES.

OC-017. ¿CÓMO INFLUYE LA DEMENCIA EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS UNA FRACTURA DE CADERA?

C. Herrera Bozzo y P. Mesa Lampre
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: 1. Conocer las características de los pacientes con demencia que presentan fractura de cadera. 2. Analizar la influencia de la demencia sobre la recuperación funcional.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. La muestra incluye a todos los pacientes intervenidos de fractura de cadera ingresados en la unidad de ortogeriatría de nuestro Hospital durante los años 2010, 2011 y 2012. Se les realizó seguimiento durante un año en consultas externas. Evaluamos variables recogidas en el ingreso: sociodemográficas, nutricionales (MiniMNA y parámetros analíticos), funcionalidad previa, ingreso y alta (Barthel), ganancia funcional (B. alta-B. ingreso ≥ 20), si realiza rehabilitación y eficacia de ésta mediante I. de Montebello (> 0,5 resultado satisfactorio de la rehabilitación), cantidad de sesiones, diagnóstico previo de demencia, puntuación en MEC de Lobo, comorbilidad, índice de Charlson, tipo de fractura, estancia, complicaciones generales, reingreso, destino al alta y mortalidad al año. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS.
Resultados: 403 pacientes. De ellos 155 (38,5%) estaban diagnosticados de demencia, 83,2% mujeres, edad media 86 años ($p = 0,004$), 45,8% provenían de residencia ($p = 0,000$). Albúmina media 2,9 g/dl, colesterol medio 126 mg/dl, 52,9% en riesgo de malnutrición o malnutridos según miniMNA ($p = 0,000$). Barthel previo ≥ 60: 50,9% ($p = 0,000$), Barthel ingreso y al alta < 20 el 90,3% ($p = 0,000$) y 39,3% ($p = 0,000$) respectivamente; ganancia funcional 45,8% ($p = 0,000$), 35,6%

I. de Montebello > 0,5 (p = 0,000). Realizan rehabilitación 92,3%, cantidad media de sesiones 22. Valor medio de MEC 15 ± 7 puntos (p = 0,000), Índice de Charlson medio 2 (p = 0,000); comorbilidad más frecuente: Hipertensión 56,1% (p = 0,003) y artrosis 45,2%. El 46,5% presentó fractura pertrocantérea. Complicaciones generales: anemia 80,6%, impacto fecal 61,3% (p = 0,000) y delirium 59,4% (p = 0,000). Estancia media 19 días; reingresa el 27,4%, Tras el alta se institucionaliza 56%; mortalidad al año 23% (p = 0,003). En análisis multivariante se mantiene asociación de I. Montebello < 0,5, OR 6,3 IC95% (1,4-27,9).
Conclusiones: La demencia empeora todos los registros en los pacientes con fractura de cadera: Peor situación funcional previa y al alta, mayor institucionalización, peor estado nutricional, mayor comorbilidad y mortalidad. La recuperación funcional es menor en cuanto a ganancia funcional y eficacia rehabilitadora, asociándose a presentar peor I.de Montebello, 6 veces más que en pacientes sin demencia.

OC-018. CONSUMO DE ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3 Y MENOR PROBABILIDAD DE DESARROLLO DE DETERIORO COGNITIVO

V. Chazín Tirado
Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

Introducción: Estudios apuntan que la ingesta de EPA y DHA (omega 3), podría contribuir a la prevención y/o ser coadyuvantes en el tratamiento de algunas enfermedades neurodegenerativas. La ingesta de grasa omega 3 en España es baja e insuficiente.
Objetivos: Establecer una relación entre una ingesta con un cociente desproporcionado de ácido graso omega 6 y omega 3 y mayor probabilidad de deterioro cognitivo. Asegurar un correcto aporte de omega 3 a nuestros pacientes. Educar nutricionalmente al enfermo y cuidadores así como explicarles las recomendaciones de omega 3 y como incluirlo en su dieta.
Métodos: Estudio descriptivo realizado a 180 pacientes, 104 mujeres, 76 hombres, de 85 años (± 5,236) y 82 años (± 5,3745) respectivamente. Valoramos nutricionalmente al enfermo al ingreso y señalamos enfermos con deterioro cognitivo Realizamos encuestas preguntando sobre hábitos dietéticos del paciente previos al ingreso (frecuencia y tipo de consumo de pescado, bollería, frutos secos...). Revisamos dietas de pacientes ingresados e incorporamos dos días por semana pescado azul. Evaluamos los pescados de mejor aceptación por el paciente tanto por elaboración, preferencia y fácil masticación, con encuestas y con el método del desbarrasado. Damos recomendaciones nutricionales al paciente y cuidadores según su patología.
Resultados: Tras las encuestas realizadas vemos que el 81% de pacientes con deterioro cognitivo tiene ingestas de omega 3 prácticamente nulas y sólo un 11% tendría una ingesta habitual. El coeficiente omega 6 /omega 3 esta desproporcionado en un alto porcentaje. Cambios en elaboración y elección del pescado mejoran notablemente su ingesta. Un 72% de pacientes muestra agrado a la túrmix de omega 3. El 69% de familiares no conoce las necesidades nutricionales del enfermo y el 87% admite no saber que es omega 3 y donde se encuentra.
Conclusiones: El consumo de omega 3 es muy bajo y existe bastante desconocimiento acerca de este nutriente. Incluir en menús alimentos y túrmix con omega 3 de forma habitual. Dar recomendaciones nutricionales a pacientes y cuidadores durante su ingreso. Plantear posibles estudios retrospectivos evaluando mejoras en pacientes con deterioro cognitivo y aporte de omega 3.

OC3: Atención geriátrica en el nivel hospitalario

OC-019. UNIDAD DE POST-AGUDOS: RESULTADOS ASISTENCIALES INICIALES

E. da Costa Venancio, M. Riera Cañadell, N. Bas Costas,
J.M. Muniesa Portoles, O. Vázquez Ibar y M.D. Sánchez Rodríguez
Centre Fòrum. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Describir la actividad asistencial inicial de Post-Agudos.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de cohorte de pacientes sucesivos ingresados en Post-Agudos [abril-diciembre 2013]. Valoradas demografía (edad, sexo), procedencia, comorbilidad (Charlson), cognición (Mini-Mental State Examination), patologías, objetivo, situación (Lawton, Barthel) y mejoría funcional (ganancia, eficiencia, Heinemann corregido), motivo de ingreso, estancia y ubicación.
Resultados: Evaluados 128 pacientes (77,8 ± 10,4 años, 30,5% hombres); 100% derivados desde unidades de Agudos: 70 pacientes (54,7%) de Servicio de Rehabilitación [23 (18%) Neurológico; 47 (36,7%) Locomotor]; 58 (45,3%) de otros servicios hospitalarios [12 (9,4%) Geriatría; 11 (8,6%) Unidad de Soporte a Urgencias; 7 (5,5%) Interna; 7 (5,5%) Cirugía General...]. Moderada comorbilidad (Charlson 2,5 ± 2,1; MMSE 16,7 ± 5,2); 43 pacientes (33,6%) con diabetes mellitus, 37 (28,9%) enfermedad pulmonar; 32 (25%) insuficiencia cardiaca; 32 (25%) demencia; 32 (25%) enfermedad cerebral... El objetivo del ingreso fue realizar tratamiento rehabilitador (100%). La enfermedad motivo de ingreso que había motivado el deterioro fue proceso neurológico (21 pacientes, 16,4%), artroplastias programadas [rodillas 21 pacientes (16,4%), caderas 11 (8,6%)], infecciones respiratorias 15 (11,6%), insuficiencia cardiaca 11 (8,6%)... La situación funcional previa (Lawton 4,8 ± 3,1; Barthel 82,7 ± 23,3), por el proceso agudo, se encontraba deteriorada al ingreso (Barthel 44,1 ± 22,6). Tras 14,7 ± 5,1 días de tratamiento integral, lograban mejoría al alta (Barthel 70,4 ± 26,3); con índices de impacto de la rehabilitación siguientes: ganancia funcional 29,4 ± 13,8, eficiencia rehabilitadora 2,1 ± 1,2; Heinemann corregido 74%. Recibieron alta domiciliaria 101 (78,9%) pacientes; 13 (10,2%) Convalecencia; 1 (0,8%) Larga Estancia; 7 (5,5%) traslados urgentes, 1 (0,8%) exitus y 5 (3,9%) institucionalizaciones en residencia.
Conclusiones: Presentaban leve-moderada comorbilidad y deterioro funcional previos; deteriorado mayoritariamente por cirugías electivas o procesos médicos agudos. Precisaban rehabilitación y retornaban mayoritariamente a su ubicación previa. Los índices de impacto de la rehabilitación indicaban actividad elevada.

OC-020. ¿POSEEN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS MAYOR RIESGO DE NEUMONÍA POR GÉRMENES RESISTENTES?

O.H. Torres Bonafonte[1], E. Gil Olivas[1], E. Pérez Macho[1],
H.D. Ramírez Velandia[1], M. Mateo Roca[1], C. Pacho Pacho[2]
y D. Ruiz Hidalgo[1]
[1]*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.* [2]*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

Objetivos: Analizar si la edad, la comorbilidad, el riesgo de aspiración y el estado funcional se asocian con mayor riesgo de neumonía por gérmenes resistentes (GR) entre los pacientes procedentes de la comunidad e identificar los factores de riesgo de neumonía por GR entre estos pacientes.
Métodos: Estudio prospectivo observacional incluyendo adultos atendidos en Urgencias por neumonía (Dic09- Dic10). Se valoró la presencia de neumonía asociada al cuidado sanitario (NACS, criterios IDSA-ATS 2005), la gravedad (Índice-I- de Fine), la comorbilidad (I. Charlson) y el estado funcional (I. Barthel y autonomía para 7 activi-

dades instrumentales). La variable resultado fue la etiología por GR: *S. aureus meticilín-resistente* (MRSA) o *P. aeruginosa*. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple.
Resultados: Fueron incluidos 139 pacientes (75,9 ± 15,2 años, 63% varones), el 79,9% mayores de 65 años. El 33,8% cumplieron criterios de NACS: 13,7% hospitalizados en los 90 días previos, 12,2% residían en centros asistidos, 2,1% recibían tratamiento endovenoso, 2,1% con curas crónicas y 0,7% conviviente de un portador crónico de GR y 0,7% en hemodiálisis. Los pacientes con NACS presentaron mayor edad, dependencia funcional, comorbilidad, gravedad y riesgo de aspiración ($p < 0,01$). Se estudió la etiología en el 98,6%, identificándose germen causal en el 36%. Entre los gérmenes aislados destacan *S. pneumoniae* 40%, *P. aeruginosa* 20% y MRSA 10%. En el análisis univariado, las únicas variables asociadas a etiología por GR fueron: cumplir criterios de NACS, menor saturación de oxígeno y menor albúmina ($p < 0,05$). En el análisis multivariado, se asoció a mayor riesgo de GR pertenecer al grupo de NACS, (OR 10,9 [IC95% 1,2-98,4]; $p = 0,033$), mientras que fueron factores protectores la saturación de oxígeno (OR, 0,92 [IC95% 0,85-0,98]; $p = 0,021$) y la albúmina, (OR 0,88 [IC95% 0,77-1]; $p = 0,051$).
Conclusiones: Ninguna de las variables inicialmente analizadas (edad, comorbilidad, riesgo de aspiración y estado funcional) se asociaron a mayor riesgo de GR. En cambio los criterios de NACS, que aglutinan a una población mayoritariamente geriátrica, son un factor independiente de GR junto con la saturación de oxígeno y la albúmina.

OC-021. COSTES DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN SUBAGUDA EN ANCIANOS CRÓNICOS

D. Ruiz Hidalgo[1], J. Martín Marcuello[1], M. Puig Campanya[1], E. Pallarés[2], J. Bartolomé[2] y J. Ris Romeu[1]
[1]Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. [2]CSS Palau. Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el coste de una estrategia de ingreso desde un servicio de Urgencias hospitalario a un centro socio-sanitario (CSS) de ancianos con patología crónica descompensada.
Métodos: Una de las acciones del Programa de Atención a la Cronicidad de un Área de Salud de la ciudad de Barcelona es el ingreso de ancianos con patologías crónicas descompensadas directamente desde las urgencias hospitalarias a un CSS de proximidad. Se han analizado dos bases de datos administrativas del año 2012. Se han considerado las facturaciones por alta hospitalaria (3000 euros) y en el CSS (89,3 euros por día de estancia) bajo el supuesto que si no hubiere existido el recurso del CSS los pacientes hubieran ingresado en el hospital. También se han registrado la mortalidad y los reingresos.
Resultados: Ingresaron en el CSS 536 ancianos con patología crónica descompensada que tuvieron una estancia de 11,84 días ([IC] 95% 10,64-13,05) con una mortalidad del 15,67% y una tasa de reingresos del 6,5%. De los 452 supervivientes fueron dados de alta a su domicilio el 77,21%, el 5,9% a recurso sociosanitario y 9,0% a residencia. El coste en el CSS fue de 566.787,1 euros (6.347 estancias × 89,3 euros/estancia) y el coste si hubiesen ingresado en el hospital hubiese sido de 1.608.000 euros (3.000 euros × número de altas). El ahorro bruto ha sido 1.041.213 euros, descontando los reingresos del CSS al hospital (35 × 3.000 = 105.000) el ahorro neto es de 936.213 euros anuales o 1.746,66 euros por paciente ingresado en el CSS. La estructura de ambos centros ni el personal asignado no han sido modificados.
Conclusiones: El ingreso de ancianos crónicos descompensados directamente desde las Urgencias hospitalarias a CSS permite una atención segura con un ahorro importante de costes para el sistema sanitario.

OC-022. USO INAPROPIADO DEL SONDAJE VESICAL EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS

N. Pérez Abascal, C. Miret Corchado, L. García Cabrera, J. Mateos-Nozal, M.E. Baeza Monedero, N. Vaquero Pinto y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Valorar la prevalencia del uso inapropiado del sondaje vesical, en personas mayores de 65 años hospitalizadas y analizar los factores asociados con el uso inapropiado.
Métodos: Durante 3 meses se revisaron semanalmente los pacientes ≥ 65 años ingresados en los principales servicios médicos de un hospital terciario, seleccionando aquellos que portasen sonda vesical (SV). Se recogieron los antecedentes, el motivo y el lugar del sondaje, la continencia urinaria, la movilidad y el uso de restricciones físicas. El sondaje se consideró adecuado, cuando cumplía las recomendaciones de la "Guía para la prevención de la infección urinaria asociada al sondaje 2009" del HICPAC. Se excluyeron los portadores de sonda antes del ingreso hospitalario.
Resultados: n = 277. Edad media: 83 años, 61% mujeres. La prevalencia de portadores de SV por día, osciló entre 12-24%. El 36% tenían demencia, 34% diabetes, 46% incontinencia urinaria, 48% dependencia física para caminar, el 47% de los hombres patología prostática y el 11% tenían sujeciones mecánicas. El 62% de las SV fueron colocadas en Urgencias. En el 52% no se encontró en la historia clínica el registro médico de su indicación. El 77% de las SV insertadas estaban justificadas, sin diferencias entre los sondados en urgencias y en planta. Tras una mediana de 4 días tras la colocación de la SV, el 57% no cumplían criterios para permanecer sondados. Los principales motivos del sondaje fueron: control de diuresis en pacientes inestables (56%), control de diuresis sin datos de inestabilidad (14%), retención/obstrucción urinaria (13%), cuidados paliativos (3%), hematuria (3%), otros motivos (5%), no identificables (2%), recogida de muestra de orina (1%) y úlceras sacras (1%). No se encontraron asociaciones significativas entre tener demencia, incontinencia urinaria, inmovilidad o ser > 80 años, con el sondaje inadecuado.
Conclusiones: En los pacientes mayores hospitalizados en servicios médicos, uno de cada cuatro sondajes vesicales no está justificado y más de la mitad se prolongan innecesariamente. La indicación de sondaje se omite en la historia clínica en la mitad de los casos.

OC-023. NUEVO RECURSO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL (HDI) COMO ADAPTACIÓN DEL ESQUEMA *EARLY SUPPORTED DISCHARGE* A ANCIANOS ESPAÑOLES

M.A. Mas[1], S. Santaeugènia[1], A. Sicras[2] y J. Cunill[1]
[1]Servicio de Geriatría y Cuidados Paliativos. Badalona Serveis Assistencials. Hospital Municipal de Badalona. CSS El Carme. Badalona. [2]Unitat de Recerca i Innovació. Badalona Serveis Assistencials. Badalona.

Objetivos: Evaluar resultados clínicos de un nuevo esquema *de Early Supported Discharge*, desarrollado desde un servicio de geriatría y cuidados paliativos, como recurso de hospitalización domiciliaria *hecho a medida* de pacientes ancianos con discapacidad por enfermedad aguda. Se pretenden comparan resultados funcionales y de destino al alta del esquema HDI versus los del manejo hospitalario geriátrico habitual (agudos más media estancia rehabilitadora), para diferentes procesos.
Métodos: Se presentan datos retrospectivos de dos cohortes de enfermos médicos y ortogeriátricos consecutivamente atendidos durante dos años: HDI está adaptado a pacientes ancianos con procesos agudos que comportan deterioro funcional y se activa de manera precoz desde la unidad médica o ortogeriátrica aguda correspondiente (siempre que se cumplan requerimientos de estabilidad sanitaria y de capacidad del entorno cuidador); el recurso habitual de hospitalización geriátrica lo forman hospitalización aguda más hos-

pitalización en unidad de Atención Intermedia. Se compararon características al ingreso (en base a Valoración Geriátrica Integral) y se analizaron al alta: ganancia funcional y destino, para procesos médicos y ortogeriátricos.
Resultados: 173 enfermos médicos (47 HDI vs 126 habitual) y 331ortogeriátricos (66 HDI vs 265 habitual). Las características y resultados fueron: médicos HDI (vs habitual) edad 85 ± 8,1 (80 ± 11,1), p < 0,01, Barthel previo 82,4 ± 14,9 (88,1 ± 14), 0,02, Barthel ingreso 48 ± 19,7 (45,5 ± 24), p 0,51, Charlson 2,2 ± 1,5 (2,7 ± 1,9), p 0,11, número síndromes geriátricos 4,6 ± 1,7 (4,2 ± 1,7), p 0,21, ganancia funcional 23,6 ± 22,7 (23,1 ± 34,4), p 0,92, alta a domicilio/agudos/otros en% 62/25/13 vs (78/10/12), p < 0,01; ortogeriátricos HDI (vs habitual) edad 81,8 ± 7,2 (80,8 ± 9,2), p 0,07, Barthel previo 87,7 ± 15 (90,9 ± 12,6), p 0,07, Barthel ingreso 51,2 ± 24,1 (49,4 ± 20,3) p 0,07, Charlson 1,3 ± 1,4 (1,7 ± 1,9), p 0,18, número síndromes geriátricos 4,5 ± 1,8 (4 ± 1,8), p 0,06, ganancia funcional 27 ± 20,1 (29,2 ± 21,4), p 0,45, alta a domicilio/agudos/otros en % 89/9/2 (90/5,5/4,5), p 0,43.
Conclusiones: El esquema HDI parece una buena adaptación del modelo Early Supported Discharge a ancianos españoles, en base a resultados de estabilización clínica y recuperación funcional de nuestra cohorte comparada con una similar del recurso habitual. Precisamos una mayor y más sólida evidencia de este nuevo recurso para la posible implementación en nuestro entorno asistencial.

OC-024. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CONTROLADO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO PARA MEJORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE EDAD MÁS AVANZADA (AGECAR)

M.C. Hidalgo Gamarra, M. López Tatis, J. Ortiz Alonso, M. Javier González, M. Valades Malagón, C.F. González Salazar y M.T. Vidán Astiz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: El Activity in Geriactric Acute Care (AGECAR) es un ensayo clínico aleatorizado y controlado que estudia la eficacia de un programa intrahospitalario de deambulación y fortalecimiento de miembros inferiores sobre la capacidad funcional.
Métodos: 182 pacientes mayores de 74 años, dados de alta vivos, con deambulacion previa al ingreso, fueron asignados a un grupo de intervención (GI N = 99) o grupo control (GC n = 83). El grupo de intervención recibió sesiones de fortalecimiento de miembros inferiores y caminatas. La atención habitual en la Unidad Geriátrica de Agudos está dirigida a prevenir el delirio y el deterioro funcional. Las variables principales fueron el cambio en el estado funcional físico durante el ingreso medidos por el índice de Katz (rango 0-6), la deambulación por el FAC, (rango 0-5) y el Short Physical Performance Battery (SPPB, rango 0-12).
Resultados: Ambos grupos fueron similares en edad (88 vs 88 años), género femenino (55 vs 48%), índice de Charlson (6,9 vs 6,6), APACHE -II (16 vs 16). El grupo de intervención presentaba mayor deterioro cognitivo (22 VS10%), depresión (34 vs 15%), antecedentes de caídas (37 vs 21%), y fragilidad (66 vs 49%) (todas p < 0,05). Basalmente ambos grupos tenían FAC (3,4 ± 1,0 vs 3,4 ± 1,0, p = 0,6) e índice de Katz (3,7 ± 1,9 vs 4,3 ± 1,9, p = 0,6) similares. El SPPB al ingreso (2,86 ± 2,23 vs 2,99 ± 2,52, p = NS) y la estancia hospitalaria fueron similares (7,7 vs 8,6 días). Al alta, la proporción de pacientes que recuperaron el FAC (64% vs 46%, p = 0,03) e índice de Katz (57% vs 40%, p = 0,03) basales fue mayor en el grupo de intervención. El SPPB mostró una leve mejoría entre el ingreso y el alta en ambos grupos (p = 0,02), pero de magnitud similar.
Conclusiones: Un programa intrahospitalario de fortalecimiento de miembros inferiores y deambulación durante una estancia hospitalaria corta mejora la situación funcional al alta en una población de pacientes frágiles y de edad muy avanzada.

OC-025. VALORACIÓN FUNCIONAL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN SEIS HOSPITALES ESPAÑOLES AL AÑO DE SEGUIMIENTO

R. Menéndez Colino[1], P. Condorhuaman Alvarado[1], J. Díez Sebastián[1], C. Dorado[1], E. Paredes[2], A.I. Ferrero Martínez[2] y C. Rodríguez Pascual[2]
[1]Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Hospital do Meixoeiro. Vigo.

Objetivos: Determinar el valor predictivo de la valoración funcional sobre la mortalidad en pacientes ingresados con insuficiencia cardiaca (IC) tras un año de seguimiento.
Métodos: *HF-Geriatrics* es un ensayo multicéntrico aleatoriado en pacientes de edad muy avanzada con IC e importante comorbilidad ingresados en una unidad geriátrica de agudos en seis hospitales españoles. Seguimiento durante 12 meses. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), escalas de valoración funcional, depresión, valoración cognitiva, comorbilidad, NT-proBNP y tratamiento. Analizamos la mortalidad al año de seguimiento.
Resultados: Incluimos 652 pacientes. Tras un año de seguimiento 161 (24,6%) murieron y 25 (3,8%) no finalizaron el estudio. Los pacientes que fallecieron eran mayores (87,26 ± 5,234 vs 85,21 ± 5,011, p < 0,001), más dependientes en actividades básicas (índice de Katz (3,13 ± 1,924 vs 2,36 ± 1,517, p < 0,001) e instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton 2,47 ± 2,335 vs 3,53 ± 2,374, p < 0,001); tenían mayor comorbilidad (índice de Charlson 7,99 ± 2,033 vs 7,29 ± 1,976, p < 0,05), mayores niveles de NT-proBNP al ingreso (11.333 ± 10.851 vs 6.492,93 ± 8.154,59, p < 0,001) y al alta (6.489,14 ± 7.001,38 vs 3.686,85 ± 5.034,94, p < 0,05), peor resultado en la escala de Yesavage (5,53 ± 3,42 vs 4,79 ± 2.97, p < 0,05), peor situación cognitiva según la Escala de Deterioro Global (GDS) (2,55 ± 1,808 vs 2,15 ± 1,566, p < 0,05) y Miniexamen cognoscitivo (20,73 ± 9,346 vs 23,02 ± 8,213, p < 0,05) que los pacientes que sobrevivieron. En el análisis de regresión de Cox, la edad (OR 1,063, IC 1,023-1,104, p < 0,05), índice de Charlson (OR 1,141, IC 1,045-1,247, p < 0,05), tratamiento con Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) (OR 0,230, IC 0,107-0,497, p < 0,001), Antagonistas de receptores de angiotensina (ARA II) (OR 0,248, IC 0,109-0,567, p = 0,001), betabloqueantes (OR 0,322, IC 0,156-0,665, p < 0,05) y el índice de Lawton (OR 0,906, IC 0,830-0,990, p < 0,05) se asociaron con mortalidad. Cuando se ajusta por índice de Lawton, el índice de Katz (OR 1,131, IC 1,012-1,265, p < 0,05) también se asoció con el fallecimiento.
Conclusiones: La valoración funcional tanto de actividades básicas como instrumentales de la vida diaria es un factor predictor de mortalidad al año en pacientes ancianos ingresados por IC. La mayor edad y comorbilidad son factores independientes de mortalidad al año. El tratamiento con IECA, ARA II y beta bloqueantes se relacionó de forma independiente con la supervivencia.

OC-026. ALTA HOSPITALARIA Y REINGRESO DE ANCIANOS MUY ANCIANOS: ¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO?

Y. Constante Pérez, C. Cánovas Pareja y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Analizar la prevalencia de utilización de recursos asistenciales de pacientes antes y después del ingreso en Geriatría y conocer el perfil de "paciente reingresador".
Métodos: Estudio descriptivo en pacientes ingresados desde enero a abril de 2013. Se analiza atención en consulta de especialidades, urgencias u hospitalización, 3 meses pre-ingreso o 3 meses post-alta y la causa que lo motivó. Se registran datos ambientales, comorbilidad, nivel cognitivo, funcional y mortalidad. Historia electrónica intranet SALUD. SPSS.
Resultados: 290 pacientes, 60% mujeres. Edad media 85,76 años. 30% mayores de 90 años. El 66,7% vivían en domicilio. 45% dependencia severa (Barthel < 20). Charlson medio: 2,73. Índice Profund medio:

9, > 11: 46%. El 40% tomaba más de 7 fármacos. Estancia media 12 días. Ingreso por patología infecciosa 48,6% (neumonía 28,2%). Comorbilidad: Demencia con alteraciones de conducta 39%, ictus 17%, insuficiencia cardiaca 37%, respiratoria 32%, anemia 40%, insuficiencia renal 20,1%, diabetes 21,5%, deshidratación 6,9%, desnutrición 20%, disfagia 20,5%, impacto fecal 21,3%, úlceras por presión 9,7%. Fallecieron un 14% (41). El 21,6% (63) tuvo algún ingreso 3 meses antes (18 en Geriatría y 18 en otros servicios en 4 hospitales diferentes). El motivo coincidió en el 13,7%. Predominio de patología cardiorespiratoria o subsidiarios de cuidados paliativos ($p < 0,05$). El 16,3% acudió a urgencias 3 meses antes y el 20,6% a consultas de especialidades. El 20,4% (51) tuvo algún ingreso 3 meses post-alta (26 en Geriatría y 25 en otros servicios en 4 hospitales diferentes). Mayor prevalencia de demencia con trastornos de conducta ($p < 0,05$). El motivo de ingreso coincidió en el 8,8%. El 16,3% acudió a urgencias y el 20,6% a consultas de especialidades. 10 pacientes fallecieron.
Conclusiones: La revisión de la Historia electrónica unificada permite conocer "el circuito del paciente geriátrico" y confirma la elevada utilización de recursos asistenciales en nuestro entorno. El perfil del paciente reingresador es un anciano con elevada comorbilidad, descompensación de patología cardiorrespiratoria y demencia con trastornos de conducta o subsidiario de cuidados paliativos. El conocimiento de estos datos debería facilitar la gestión de los recursos disponibles en nuestro medio y mejorar estrategias de coordinación entre niveles asistenciales.

OC-027. FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO HOSPITALARIO TRAS EL ALTA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

L. Carpio García, L.D.R. Evangelista Cabrera, M.E. Portilla Franco, A.M. Birghilescu y F.M. Cuesta Triana
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Analizar factores predictores de reingreso en una Unidad de Agudos de Geriatría.
Métodos: Estudio descriptivo-analítico, observacional, prospectivo. Datos de codificación de los primeros 679 ingresos (noviembre 2011-octubre 2013). Riesgos proporcionales de Cox (RPC). Regresión logística binaria (RLB).
Resultados: 66,3% mujeres; edad mediana 88 años (RI 83-92); estancia mediana 10 días (RI 7-14); número de fármacos 7 (RI 5-9). Comorbilidades frecuentes: HTA 75,3%, diabetes mellitus 30,0%, FA 26,8%, cardiovascular 21,1%, insuf. renal 20,3%, ICC 18,3%, neoplasia 17,1%, infarto miocardio 15,2%, EPOC 14,0%, deterioro cognitivo leve, moderado y severo (22,2, 26,4 y 16,6%). Katz A-D: 49%. Barthel 50,0 (RI 20-85). FAC 3 (RI 1-4). 56,4% con ayudas técnicas. Charlson (2 o más comorbilidades) 84,4%. Vive solo 8,4%, institucionalizado 12,4%, centro de día 7,7%. Teleasistencia 29,5%; ayuda domiciliaria 27,5%. Diagnósticos principales al alta: ITU 32,2%, ICC 25,3%, neumonía 23,3%, infección respiratoria 18,0%. Exitus 1,2%. Tipo de seguimiento: consultas Geriatría 22,7%, hospital de día 3,3%, atención a Domicilio: 12,8%, hospitalización a domicilio 0,9%. Primer, segundo y tercer reingresos 62,0, 23,9 y 13,0% de la muestra. Tiempo hasta reingresos 1,2 y 3: 49,0 (RI 16,0-124,0), 57,5 (RI 16,0-135,5) y 37,0 (RI 13,3-120,0) días. Diagnóstico reingreso 1: ICC 21,7%, ITU 21,7%, neumonía 15,5%, infección respiratoria 10,1%, FA 9,2%, cuadro confusional 6,8%, ICTUS 4,8%. Ubicación tras reingreso: urgencias 32,7%, UCE 11,2%, unidad de Geriatría 53,2%, otro hospital 2,4%, exitus tras reingreso 7,2%. Variables relacionadas con el reingreso (RPC): cardiopatía isquémica (HR 1,92; IC 1,25-2,94) e ICC (HR 1,31; IC 1,05-1,62). (RLB): número de fármacos (OR 1,12; IC 1,07-1,17), Clostridium (OR 12,69; IC 1,69-95,1), ictus (OR 2,74; IC 1,11-6,74), ICC (OR 1,68; IC 1,15-2,44), vivir solo (OR 0,52; IC 0,30-0,89), ayudas técnicas (OR 1,48; IC 1,08-2,03), Katz > C (OR 1,77; IC 1,26-2,47), Charlson > 3 (OR 1,58; IC 1,15-2,17). Tras análisis multivariante se mantienen número de fármacos, Clostridium, ictus, ICC, Katz > C.
Conclusiones: La existencia de cardiopatía isquémica y el diagnóstico de ICC se comportan como predictores de reingreso precoz. La probabilidad de reingreso es mayor con los diagnósticos al alta: ictus, Clostridium e ICC. También es mayor en los sujetos más dependientes y que consumen más fármacos.

OC4: Situaciones clínicas e investigación

OC-028. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL EFECTO DEL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO EN MUJERES CLIMATÉRICAS COMO NUEVO HORIZONTE DE ATENCIÓN

A. del Valle Ramiro, C. Prado Martínez y M.M. Carmenate Moreno
U.A.M. Biología. Madrid.

El trabajo muestra parte de los resultados de un ensayo clínico (Nº registro 01934016) realizado en Madrid sobre mujeres climatéricas metabólicamente sanas. Se valora el efecto de la administración de un complemento alimentario y/o un patrón de vida saludable, en un momento de crisis involutiva de la mujer. La muestra estuvo formada por cien mujeres, con edad media de 48 ± 7,4 años, se aplicó un diseño doble ciego y se siguieron los Protocolos de Bioética de la Declaración de Helsinki. Se realizaron tres valoraciones a lo largo del estudio: una inicial, otra al finalizar la toma del suplemento (dos meses), y una tercera a los dos meses de finalizar la complementación alimentaria. Las variables antropométricas se tomaron siguiendo las recomendaciones del IBP, se determinó la composición corporal tanto por plicometría como por bioimpedancia tetrapolar de ocho electrodos (TANITA). Las pautas para la recogida de la tensión arterial fueron las recomendadas por la American Society of Hypertension. Las valoraciones analíticas se realizaron mediante sistema Reflotron (ROCHE Diagnostics). Se utilizó el sistema estadístico de procesamiento de datos y variables del programa SPSS. Las medias obtenidas para las variables cuantitativas al inicio del ensayo fueron: IMC: 30,9 ± 3,8 kg/m^2; circunferencia de cintura: 94,5 ± 10 cm; circunferencia de cadera: 109,9 ± 9 cm; porcentaje graso total: 41,8 ± 4,3%; masa magra: 48,2 ± 4,1 Kg; grasa visceral 9,4 ± 2,4 Kg; contenido hídrico 43,1 ± 3,1%; y edad metabólica de 60.2 ± 8.5 años). Tras dos meses de tratamiento con el complemento alimentario, se observó una disminución significativa en la circunferencia de cintura y en el acúmulo de grasa tanto troncal como periférica. A partir del análisis de la bioimpedancia se detectó diferencias significativas en la situación metabólica de las tratadas con suplementos, así se encontró un menor componente graso, masa muscular aumentada, disminución de un año en la edad metabólica y mejoría de la tensión arterial diastólica y la glucemia basal. No se identificaron efectos rebote en la tercera valoración. Resultados doblemente interesantes dada la transición metabólica en mujeres climatéricas.

OC-029. FRAGILIDAD Y MORTALIDAD O DISCAPACIDAD INCIDENTE EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. ESTUDIO FINAL

N. García Cantos, E. Villarreal Bocanegra, M. Martínez García, M.D.M. González Teruel, C. Luengo Márquez, J.L. Oliver Carbonell y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Determinar la asociación entre fragilidad y mortalidad o discapacidad incidente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en ancianos institucionalizados.
Métodos: Estudio de cohortes concurrente sobre 324 mayores de 65 años institucionalizados en dos residencias de Albacete, con un año de seguimiento. La fragilidad se determinó mediante criterios Fried.

Se consideró discapacidad incidente en ABVD cuando se detectó una menor puntuación en alguno de los siguientes ítems del índice de Barthel entre la visita basal y el seguimiento al año: Baño, aseo, vestido, retrete, transferencias y comer. Como covariables de estudio se consideraron la edad, sexo, IMC, índice de Barthel en la visita basal, MMSE e índice de Charlson > 2. Se analizaron las diferencias entre los grupos de frágiles y no frágiles (prefrágiles y no frágiles conjuntos) mediante comparaciones de medias y proporciones y se construyeron modelos de regresión logística para determinar la asociación ajustada entre fragilidad y las variables de resultados: Mortalidad, discapacidad incidente en ABVD y el evento combinado (muerte + discapacidad).
Resultados: De los 324 residentes, 21 (5,5%) se perdieron al año de seguimiento. De los 303 restantes, 63 (20,8%) fallecieron, 91 (30,0%) desarrollaron discapacidad incidente, y 140 (49,2%) no presentaron ninguno de los dos eventos adversos. 16 participantes tuvieron datos incompletos. Edad media de los 287 residentes con datos válidos fue 84,2 años, con 187 (65,2%) mujeres. 199 (69,3%) fueron frágiles y 72 (25,1%) tenían alta comorbilidad. Media del IMC 27,6 kg/m^2, del Barthel 53,4 y del MMSE 14,2. Durante el seguimiento, 43 (21,6%) de los residentes frágiles y 15 (17,0%) de los no frágiles fallecieron. 73 (46,8%) de los residentes frágiles y 16 (21,9%) de los no frágiles desarrollaron discapacidad incidente (p < 0,001). La fragilidad se asoció de manera independiente con discapacidad incidente o mortalidad (OR 3,3; IC95% 1,7-6,6) ajustada por todas las covariables del estudio.
Conclusiones: En una cohorte de ancianos institucionalizados, la fragilidad se asoció de manera independiente con mortalidad o discapacidad incidente en ABVD. La determinación de la fragilidad en ancianos institucionalizados puede ser de valor para identificar subpoblaciones en riesgo de eventos adversos graves de salud.

OC-030. VALIDEZ DE LAS HERRAMIENTAS FUNCIONALES PARA EVALUAR ACTIVIDAD FÍSICA: ESTUDIO FRADEA

I. Huedo Rodenas, P.T. Peña Labour, I.G. Torres Torres, G. Juncos Martínez, S. Salmerón Ríos, M. León Ortiz y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar la validez concurrente de las principales herramientas de valoración funcional empleadas en práctica clínica habitual para evaluar actividad física.
Métodos: La validez concurrente de las diferentes herramientas [Barthel, Lawton, Calcumed®, Functional Ambulation Classification (FAC) y *Late Life Function and Disability Instrument* (LLFDI) como cuestionarios y velocidad de marcha (VM), *Timed Up and Go* (TUG), POMA de Tinetti, escala de equilibrio de Berg (EEB), *Sit to stand Test* (STST), Fuerza premnsora (FP) y *Short Physical Performance Battery* (SPPB) como instrumentos de ejecución] se analizó mediante la rho de Spearman (r) tomando como referencia la *Physical Activity Scale for the Elderly* (PASE).
Resultados: 587 participantes del estudio FRADEA que completaron el cuestionario PASE en la tercera ola. Edad media 81,5 (DE 3,8). Media PASE 62,3 (DE 59,6). El PASE se asoció con edad (r = -0,488, p < 0,001), con la comorbilidad medida con el índice de Charlson (r = -0,249; p < 0,001), con el MMSE (r = 0,382; p < 0,001) y fue mayor en hombres que en mujeres (77,9 vs 52,5; p < 0,001). Número de sujetos, media y DE de los diferentes instrumentos analizados: Barthel (585; 80; 29), Lawton (568; 4,7; 3,0), LLFDI discapacidad (585; 22,8; 8,6), LLFDIfunción (569; 46,3; 16,6), Calcumed (513; 1717; 489), FAC (581; 3,9; 1,7), SPPB (516; 7,3; 3,8), VM (486; 0,68; 0,30), POMA (306; 51,3; 6,5), EEB (306; 51,3; 6,5), TUG (427; 13,5; 6,2), STST (410; 14,5; 5,8) y FP (522; 19,7; 11,6). Validez concurrente entre PASE y los diferentes test: Barthel (0,694; p < 0,001), Lawton (0,790, p < 0,001), LLFDI discapacidad (0,787, p < 0,001), LLFDIfunciÓn (0,767, p < 0,001), Calcumed (0,538, p < 0,001), FAC (0,749, p < 0,001), SPPB (0,676, p < 0,001), VM (0,558, p < 0,001), POMA (0,186, p < 0,001), EEB (0,275, p < 0,001), TUG (-0,430, p < 0,001), STST (-0,347, p < 0,001), FP (0,526, p < 0,001). Edad -0,299 (p < 0,001).
Conclusiones: El cuestionario *Late Life Function and Disability Instrument* y la prueba *Short Physical Performance Battery* son las mejores herramientas para determinar de manera indirecta actividad física en práctica clínica habitual.

OC-031. ANÁLISIS DE UNA MEDIDA DE HIGIENE EN LA PREVALENCIA DE PORTADORES DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN INTERNAMIENTO DE LARGA DURACIÓN

M.I.D.L. Ugarte[1], A. Gutiérrez Valdizan[1], A. Cambra López[1], L. Carol Vila[2], C. Alonso Tarrés[2] y B. Fontecha Gómez[1]
[1]Consorci Sanitari Integral. Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet. Hospitalet de Llobregat. [2]Consorci Sanitari Integral. Hospital de L'Hospitalet. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La prevalencia de colonización por gérmenes multiresistentes (GMR) está relacionada con la duración del internamiento, el estado inmunitario-nutricional del paciente, la presión antibiótica y la presencia de úlceras por presión, sondas o catéteres como factores principales. La hospitalización de larga duración se comporta como gran reservorio de GMR. En Unidades de Cuidados Intensivos se ha demostrado que el lavado diario con clorhexidina disminuye tanto la colonización como las tasas de infección por GMR.
Objetivos: Dado que la clorhexidina es irritante, y no es razonable el lavado diario indefinido nos planteamos estudiar el impacto de un lavado secuencial (higiene con clorhexidina 2 veces por semana) en una cohorte de pacientes en internamiento de larga duración.
Métodos: Estudio prospectivo, tipo antes – después, a través de un corte basal de prevalencia de GMR, instauración de la medida a estudiar durante 6 meses (abril a octubre 2013) y nuevo corte. Es un estudio naturalístico donde no se limitan las altas ni los ingresos. El estudio ha contado con la aprobación del CEIC.
Resultados: El primer corte consta de 42 pacientes y el segundo de 37 (23 presentes en ambos cortes). La proporción de colonizados en el 1º y 2º corte fue de 16 (38%) y 21 (57%) respectivamente (p = 0,144). Los GMR más frecuentemente aislados fueron: *Estafilococo dorado oxacilina resistente* MRSA, *Klebsiella portadoras de BLEE,* y especies de *Pseudomonas MR*. Se observó un aumento en la colonización por MRSA, *Acinetobacter baumannii y Klebsiella MR*, siendo esta última estadísticamente significativa y una disminución por *Pseudomonas MR*. De los 23 pacientes que pertenecen a los dos cortes, 14 estaban colonizados por un GMR de los cuales 6 mantuvieron el mismo germen y 4 pasaron de estado no portador a portador.
Conclusiones: La proporción de colonizados ha sido superior en el segundo corte. La no eficacia de la medida puede ser debida a múltiples factores, entre ellos la interacción de la clorhexidina con las toallas jabonosas. Se discuten los resultados y las posibles causas de la ineficacia de la medida.
Este estudio ha contado con una Beca de la Fundación Catalana de Gerontología.

OC-032. VALOR PREDICTIVO DE PARÁMETROS SÉRICOS AL INGRESO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

V.M. Reyes Reyes, C.P. Saavedra García, A. Socorro García, M. de la Puente Martín, M. Vásquez, J.J. Baztán Cortés e I. Ruipérez Cantera
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Conocer el valor pronóstico en población muy anciana de diversos parámetros bioquímicos (albúmina, colesterol, creatinina, ferritina, vitamina B12) y hematológicos (hemoglobina, linfocitos) descritos en la literatura.

Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes que ingresaron en la UGA del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid durante 2009. En las primeras 48 horas de su ingreso se realizó una analítica completa que incluía los parámetros bioquímicos y hematológicos analizados. Para su análisis dichos parámetros de categorizaron con sentido clínico (albúmina en > 3,5 mg/dl; 3-3,5 y < 3; filtrado glomerular calculada por MDRD: < 30 ml/min; 30-60 y > 60; hemoglobina: > 12 mg/L; 10-12 y < 10) o en cuartiles (colesterol, ferritina, vitamina B12 y linfocitos). Las variables resultado fueron mortalidad al alta y a los 3 meses y deterioro funcional al alta (medida como IBPrevio-IBAlta ≥ 10) y estancia hospitalaria. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar asociación de parámetros bioquímicos con deterioro funcional al alta y mortalidad al alta y 3 meses y de regresión múltiple para estancia hospitalaria. El riesgo para cada parámetro bioquímico fue ajustado por edad, sexo, situación funcional (Í. Barthel-IB) y mental (Escala Cruz Roja Mental) previa, comorbilidad (I. Charlson) y deterioro funcional al ingreso (IB Previo-IB Ingreso).
Resultados: Se estudiaron 1.321 pacientes, con una edad media de 86,9 años (6,64), 66% mujeres. En el análisis bivariante: niveles bajos de albúmina, colesterol y filtrado glomerular se asociaron de manera directa a mortalidad al alta y a los 3 meses y niveles bajos de ferritina de manera inversa. Se Asociaron a mayor mortalidad al alta y a los 3 meses. Ningún parámetro bioquímico se asoció a deterioro funcional al alta y solo la albúmina normal se asoció a menor estancia hospitalaria. En el análisis multivariante, la albúmina < 3 mg/dl persistía como variable independiente de mortalidad al alta (OR = 2,23; IC95% = 1,17-4,24) y 3 meses (OR = 2,14; IC95% = 1,43-3,21) y deterioro funcional al alta (OR = 1,81; IC95% = 1,15-2,85) y estancia (coeficiente beta -0,85; p = 0,02).
Conclusiones: De los parámetros séricos evaluados, la albúmina se comporta como factor predictor más estable y global ya que se asocia mortalidad, deterioro funcional y estancia hospitalaria

OC-033. GDR 845. DIARREA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. ¿SON TODOS LOS QUE ESTÁN?

M. García-Salmones, C. García-Salguero, B. Saavedra-Cervera, T.I. Wu Lai, P. Merino y P. Alonso-Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Comparar las características de los pacientes según tengan o no confirmación microbiológica en el diagnóstico de diarrea por *Clostridium difficile* (GDR 8.45) al alta.
Métodos: Estudio retrospectivo de los altas hospitalarias con GRD 8.45 con y sin confirmación microbiológica durante 2013 en un hospital madrileño de tercer nivel.
Resultados: De 33.317 altas hospitalaria encontramos 143 diagnósticos, de los que sólo 105 estaban confirmados microbiológicamente. En el resto (26,6%) el estudio había sido negativo (14%) o no se había realizado (12,6%). Aquellos pacientes con confirmación microbiológica tuvieron una estancia más prolongada (28,84 frente a 15,97 días, p 0,001) y fallecieron más frecuentemente (17,14% frente a 2,63%, p 0,025). Asimismo, mostraron mayor índice de Charlson (3,16 frente a 2,54, p 0,13). No existieron diferencias en edad, sexo o situación funcional basal (en los pacientes ingresados en Geriatría). Su origen fue diferente en ambos grupos (p 0,03). Aunque Medicina Interna y Geriatría fueron los servicios más frecuentes en ambos grupos, sólo en los procedentes de urgencias, fue más frecuente el diagnóstico sin confirmación microbiológica. Las causas de ingreso también fueron diferentes en ambos grupos (p 0,028), siendo la causa infecciosa especialmente frecuente en el grupo sin confirmación (71% frente a 52,4%) y de manera especial la infección respiratoria, 53% frente a 35% (p 0,061). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de ciclos antibióticos (p 0,19), aunque sí se observó que aquellos con confirmación microbiológica siguieron más frecuentemente más de un ciclo antibiótico (p 0,084). Al analizar el tipo de tratamiento antibiótico para tratar el *Clostridium difficile,* se objetivó que no había diferencias entre los dos grupos en el primer ciclo seguido, sin embargo la distribución de tratamientos fue diferente en el aquellos que precisaron otro nuevo ciclo (p 0,048), comprobándose que un uso de fidaxomicina más frecuente en el grupo sin confirmación microbiológica.
Conclusiones: El diagnóstico de *Clostridium difficile* no se documenta microbiológicamente hasta en un 26,6% de los casos. Aquellos pacientes con confirmación microbiológica presentan mayor mortalidad y estancia hospitalaria, aspectos que podrían relacionarse con que tengan una mayor comorbilidad y hayan seguido mayor número de ciclos antibióticos.

OC-034. ALTERACIÓN DEL EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIO: BUSCANDO CULPABLES

C. Bibián Getino, Y. Constante Pérez, B. Gamboa Huarte y E. Rubio García
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: 1. Analizar la prevalencia y factores asociados a la alteración de prolactina (PRL) en ancianos hospitalizados en una planta de agudos de Geriatría. 2. Determinar si existe relación entre la alteración de PRL y el tratamiento habitual de nuestros pacientes. 3. Comparar los resultados con los existentes hasta el momento según la bibliografía.
Métodos: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Inclusión de pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría del HNSG de Zaragoza durante el mes de febrero de 2014 que estuviesen en tratamiento prolongado con alguno de los fármacos relacionados con el aumento de PRL, según la bibliografía encontrada. Registro de datos sociodemográficos, clínicos, funcionales (Í. Barthel), comorbilidad (Í. Charlson), tratamiento habitual y valores analíticos de laboratorio. Relación con la bibliografía encontrada hasta la fecha. SPSS.
Resultados: Incluimos 67 pacientes. Procedencia de urgencias 83,6%. Predominio femenino (53,7%). Edad media de 87,25 años. IB previo < 20 (49,3%). Í. Charlson medio de 6,31. Motivo ingreso: infeccioso (45,5%), respiratorio (46,3%) y neurológico (9%). Antecedentes: sensorial (64,2%), neurológico (61,2%), demencia (52,2%), hipotiroidismo (4,5%), cardiológico (80%), respiratorio (37,3%). Prevalencia de alteración de PRL: 35,8%. Relación entre alteración de PRL y tratamiento previo con antidepresivos ISRS: 4,4%, tetracíclicos: 7,4%, omeprazol: 25,3%, furosemida: 10,4%, AAS: 11.9%, neurolépticos: 10,4%, sin encontrar significancia estadística. Existe alteración de PRL con función renal comprometida MDRD-4 < 90 en el 31,3%. Se observa relación estadísticamente significativa con hipotiroidismo subclínico (p < 0,001) y albúmina < 3,5 g/dl (p < 0,028).
Conclusiones: 1. Existe una elevada prevalencia de alteración de PRL en nuestro entorno. 2. En nuestro estudio no encontramos relación estadísticamente significativa entre la medicación y la alteración de PRL, pudiendo ser explicado por el bajo número de muestra. 3. Observamos relación entre la alteración de PRL y bajos niveles de albúmina sérica, así como hipotiroidismo subclínico que parece ser un posible marcador de fragilidad según la bibliografía encontrada.

OC-035. TRASTORNO CONDUCTUAL Y RESULTADOS DE SALUD EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE GERIATRÍA

E. Barranco Rubia, S. Ariño Blasco, S. Bertrán Galofré, J.E. Mandujano Valencia y A. Román Guerrero
Fundació Hospital Asil de Granollers. Barcelona.

Introducción: Los síntomas conductuales en el anciano tienen prevalencias, curso y determinantes diferentes y están relacionados con malos resultados de salud. Desconocemos la prevalencia y pronóstico de los trastornos conductuales en las unidades de media estancia (UME), el presente estudio pretende describir estos aspectos.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y comparativo de una cohorte de pacientes ingresados en nuestra UME durante el periodo 2009-2013. Se registró información referente a deambulación errante, agresividad verbal, agresividad física, comportamiento social inadecuado y resistencia al cuidado a través del CMDSS al ingreso y al alta. Se aplica la escala de conducta agresiva (Agressive Behavior Scale), se crea la variable presencia de cualquier alteración conductual y se comparan grupos frente a las variables resultado ganancia funcional y exitus. Se presentan estadísticos descriptivos y se analizan hipótesis con pruebas de T-test para muestras independientes en análisis bivariante y regresión logística binaria para el análisis multivariante. Se utiliza el programa SPSS 18.0.
Resultados: Se analizan 1.804 episodios, 1.102 (61,1%) mujeres, edad 82,40 (± 8,07) con una estancia media de 26,98 (± 18,03) días. Alta a domicilio 1476 (81,8%), traslado a hospital de agudos 75 (4,2%) y defunción 118 (6,5%). La prevalencia de síntomas conductuales al ingreso fueron deambulación errante 5,6%, agresividad verbal 3,8%, agresividad física 2,2%, comportamiento social inadecuado 4,9% y resistencia al cuidado 4,1%. Cualquier trastorno conductual 12,1%. La escala de conducta agresiva ABS al ingreso fue de 0,22 (DE ± 0,98). Se observa asociación estadísticamente significativa entre incidencia de trastorno conductual y mejora funcional, manteniendo valor predictivo en análisis multivariante. También se observa asociación entre presencia de trastorno conductual tipo agresividad física ($p < 0,021$) y resistencia al cuidado ($p < 0,042$) en la valoración pre-alta con mortalidad.
Conclusiones: En nuestra experiencia los trastornos conductuales al ingreso no se asocian a un peor pronóstico funcional en el proceso asistencial de media estancia. Sin embargo se observa una asociación entre mortalidad y agresividad física y resistencia al cuidado en la valoración pre-alta. La incidencia de trastorno conductual en la UME tiene valor predictivo independiente para la mejora funcional.

OC-036. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN POBLACIÓN GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

R. López Mongil[1], J.C. Bureo Dacal[2], A. Gordaliza Ramos[3], M.J. Carranza Priante[1], L. Alonso Rodríguez[1] y J.A. López Trigo[4]
[1]Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid. [2]Hospital Universitario. Badajoz. [3]Universidad de Valladolid. [4]Ayuntamiento de Málaga.

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tienen un mayor riesgo de sufrir un hiperparatiroidismo secundario (HPTS), por elevación de la parathormona (PTH), que puede afectar al hueso, los vasos sanguíneos, el corazón y otros órganos.
Objetivos: Determinar la prevalencia de HPTS por elevación de la PTH en pacientes que presentan ERC. Analizar la prevalencia de ERC y su clasificación en grados: 3A, 3B y 4 según las guías K/DOQI, así como la clasificación de la insuficiencia renal crónica. Conocer las alteraciones del metabolismo mineral (calcio y fósforo).
Métodos: Es un estudio descriptivo, transversal y sin intervención, realizado en 2013. Incluimos 114 pacientes ingresados en 2 unidades geriátricas y 1 psicogeriátrica. La IRC se clasifica en los siguientes grados: 1: Daño renal: > 90; 2: Leve: 60-89; 3: Moderada: 30-59 (3A: 45-59; 3B: 30-44); 4: Grave: 15-29 y 5: Fallo renal: < 15. ERC: tasa de filtrado glomerular estimada (TFGE) entre 15- 60 ml/min/1,73 m^2, medido por las fórmulas de MDRD4. Atendiendo a las guías K/DOQI, los valores de PTHi considerados objetivo son: PTHi: 30-70 pg/ml en el estadio 3 y 70-110 pg/ml en el estadio 4. Niveles de calcio: 8,4-9,5. Niveles de fósforo: 2,7-4,6 Los datos han sido procesados con el paquete estadístico Statgraphics Centurion XVI.I (U. de Valladolid).
Resultados: Clasificación de insuficiencia renal: grados: 1: > 90: 28,95%; 2: 60-89: 37,62%; 3: 30-59: 13,16%; 3A: 45-59: 7,89% 3B: 30-44: 5,26%; 4: 15-29: 2,63%; 5: < 15: 0,8%. La prevalencia de ERC: 15,89%. Alteraciones del calcio: < 8,4: 1,7% y > 9,5: 47,86% y alteraciones del fósforo: > 4,6: 6%: No existe asociación estadística entre las mismas y la ERC. Clasificación de los niveles de PTH: < 35: 21,98%, > 70: 27,47%. PTH elevada en los que presentan ERC: 87,50%. La asociación entre ambas es estadísticamente significativa p: 0,0000.
Conclusiones: 1. En la población estudiada existe poca afectación renal. 2. La elevación de fósforo, que es predictora independiente de mortalidad de causa cardiovascular, se encuentra en solo un 6% de pacientes. 3. Los datos permiten afirmar que en la población analizada la prevalencia de hiperparatiroidismo secundario en pacientes con ERC (estadios 3, 4) es altísima: 87,5%, con una diferencia estadísticamente muy significativa respecto a los pacientes sin ERC. El riesgo de enfermedad cardiovascular en estos pacientes está muy incrementado y sería conveniente intentar reducir el valor de la PTH.

OC5: Farmacogeriatría

OC-037. FUNCIÓN FÍSICA Y MORTALIDAD O DISCAPACIDAD INCIDENTE EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. ESTUDIO FINAL

M. Martínez García, M.D.M. González Teruel, N. García Cantos, P.A. Hernández Zegarra, I.G. Torres Torres, J.L. Oliver Carbonell y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Determinar la asociación entre la función física y mortalidad o discapacidad incidente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en ancianos institucionalizados.
Métodos: Estudio de cohortes concurrente sobre 324 mayores de 65 años institucionalizados en dos residencias de Albacete, con un año de seguimiento. La función física global se determinó mediante la fuerza prensora (FP) (miembro superior), velocidad de marcha (VM) a ritmo normal en m/s (miembro inferior) y Peak Flow (PF) (tronco). Se consideró mala función física cuando los residentes presentaban valores en el cuartil inferior para cualquiera de las tres variables. Covariables de estudio: edad, sexo, Barthel en la visita basal, MMSE e índice de Charlson > 2. Se construyeron modelos de regresión logística para determinar la asociación ajustada entre la función física y las variables de resultados: Mortalidad, discapacidad incidente en ABVD y el evento combinado (muerte + discapacidad).
Resultados: De los 324 residentes mayores de 65 años incluidos en la visita basal, 21 (5,5%) se perdieron al año, y otros 125 no tenían datos completos. De los 178 restantes, 30 (16,9%) fallecieron, 59 (33,1%) desarrollaron discapacidad incidente y 89 (50%) no presentaron ninguno de los dos eventos adversos. Edad media 83,7 años, 96 (53,9%) mujeres. Media del PF 151, de la VM 0,63, de la FP 16,7, del índice de Barthel 77,6 y del MMSE 17,8. 62 residentes (34,8%) presentaron mala función física. Durante el seguimiento, 14 (22,6%) de los residentes con mala función física y 16 (13,8%) de aquellos con buena fallecieron. Así mismo, 30 (62,5%) de los residentes con mala función física y 29 (29,0%) de aquellos con buena desarrollaron discapacidad incidente en ABVD ($p < 0,001$). Presentaron el evento combinado el 71% de los participantes con mala función física frente al 38,8% de aquéllos con buena ($p < 0,001$). La mala función física se asoció de manera independiente con discapacidad incidente o mortalidad (OR 2,43; IC95% 1,11-5,31) ajustada por todas las covariables del estudio.
Conclusiones: En una cohorte de ancianos institucionalizados, la mala función física se asoció de manera independiente con mortalidad o discapacidad incidente en actividades básicas de la vida diaria.

OC-038. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS CENTRADA EN EL PACIENTE

N. Molist Brunet[1], D. Sevilla Sánchez[2], J. Amblàs Novellas[1], C. Codina Jané[3], M. Espaulella Ferrer[1], J. Altimiras Roset[2] y J. Espaulella Panicot[1]
[1]Hospital Santa Creu. Vic. [2]Hospital General de Vic. [3]Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Estudiar prevalencia de prescripción potencialmente inadecuada y presencia de efectos adversos. Adecuar la prescripción a la situación global del paciente.
Métodos: Datos recogidos: demográficos; clínicos: diagnóstico principal. Identificación paciente crónico complejo (PCC) o enfermedad crónica avanzada (MACA) *http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/metodologia_maca.pdf; Farmacológicos: número y fármacos prescritos, existencia prescripción potencialmente inadecuada y efectos adversos. Los tratamientos fueron evaluados mediante un proceso de tres fases: 1. Valoración centrada en el paciente: la valoración geriátrica integral permite determinar el nivel de complejidad terapéutica del que cada paciente se beneficia. Tener en cuenta sus valores y preferencias; 2. Valoración centrada en el diagnóstico: listar problemas de salud con los fármacos prescritos (clasificados según objetivo (preventivo, terapéutico, sintomático)). Valorar aplicabilidad de Guías de Práctica Clínica con los objetivos terapéuticos planteados en el primer estadio; 3. Valoración centrada en el fármaco: análisis de cada fármaco. Ajustar dosis según función renal o hepática. Revisar fármacos de alto riesgo por efectos adversos.
Resultados: Revisamos un total de 309 pacientes, con una edad media de 86,7 años, de los cuales un 15,2% eran PCC y un 28,2% MACA. Media de fármacos que tomaban al ingreso 7,2. Pacientes con: 5-9 medicamentos: 55,4%; 10 o más: 22,65%. Pacientes MACA con: 5-9 medicamentos: 54,1%; 10 o más 26,4%. 39,8% del total presentaba prescripción potencialmente inadecuada. Porcentaje superior analizando exclusivamente pacientes MACA, el 52,9% ($p < 0,01$). Fármacos inadecuados: antihipertensivos (20,3%), antiagregantes/anticoagulantes (18,6%), analgésicos (13,9%), hipolipemiantes (12,8%), hipoglucemiantes (7,55%), digoxina (7%), psicofármacos (5,2%). Presencia efectos adversos en 18,1% de pacientes. Más frecuentes: hipotensión –bradicardia sintomáticas- caída (30%), parámetros de colesterol sugestivos de desnutrición tomando tratamiento hipolipemiante (17,1%), agudización insuficiencia renal crónica tomando fármaco nefrotóxico (12,8%), hematoma-anemia- hiperdescoagulación (12,8%). Existe asociación estadísticamente significativa entre recibir prescripción inadecuada y presentar algún efecto adverso (37,7% vs 5,4%, $p < 0,01$).
Conclusiones: Aplicar un modelo de prescripción centrada en el paciente permite identificar y adecuar un elevado porcentaje de prescripciones inapropiadas a su situación vital, especialmente en la población más vulnerable. La prescripción inadecuada y los efectos adversos se concentran en un número reducido de grupos farmacológicos.

OC-039. INADECUADA UTILIZACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL ANCIANO CON FIBRILACIÓN AURICULAR: PERSPECTIVA DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

V. Mazoteras Muñoz[1], V. Hernández Jiménez[1], J. Saavedra Falero[2], M.T. López Lluva[1], J. Piqueras Flores[1] y M. Osorio Muñoz[1]
[1]Hospital General de Ciudad Real. [2]Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los pacientes ancianos. Sólo por la edad, estos pacientes tienen un riesgo elevado de embolias según la clasificación de CHA2DS2-VASc. Sin embargo, la decisión de anticoagulación en este grupo etario puede ser difícil. Quisimos estudiar el manejo de la anticoagulación oral (ACO) en pacientes octogenarios con fibrilación auricular ya conocida en un entorno clínico real.
Métodos: Es un estudio retrospectivo, transversal y sin intervención. Estudiamos todos los pacientes con fibrilación auricular conocida vistos en la Consulta de Geriatría de julio a noviembre de 2013.
Resultados: Estudiamos 90 pacientes, con edad media de 85,5 años (DE 4,5), el 59% eran mujeres. La media de la puntuación de CHA2DS2-VASc fue de 4,7 (DE 1,2) y la media de HAS-BLED fue de 2 (DE 0,7). A pesar del alto riesgo embólico y moderado riesgo hemorrágico, estaban sólo con ACO el 53%. El 94% de los pacientes que estaban sin ACO tomaban antiagregantes. De los pacientes anticoagulados, el 96% tomaban acenocumarol y sólo un 4% los nuevos ACO (2% dabigatran y 2% rivaroxaban). En el análisis multivariante, la edad y al antecedente de demencia se asoció a la decisión de no anticoagulación. Los pacientes con antecedentes de insuficiencia cardiaca tendían a estar anticoagulados.
Conclusiones: Según nuestros resultados: 1. Un alto porcentaje de pacientes mayores están sin anticoagulación oral a pesar del alto riesgo embólico. 2. El antecedente de demencia y la edad pesan más que la clasificación CHAD2DS2-Vasc a la hora de decidir la anticoagulación. 3. El uso de los nuevos anticoagulantes orales es todavía infrecuente en estos pacientes.

OC-040. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DURANTE EL INGRESO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. CRITERIOS STOPP/START Y VALORACIÓN GERIÁTRICA

R. Gómez Cortijo[1], M. Iparraguirre Azcona[1], A. Castellarnau Font[1], P. Flotats Dam[1], I. Oller Sales[2], A. Arnau Bartés[2] y D. Cubí Montanyà[1]
[1]Fundació Sociosanitària de Manresa-Hospital de Sant Andreu. Manresa. [2]Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa.

Objetivos: Valorar la aceptación de los criterios STOPP/START para la adecuación de la prescripción potencialmente inapropiada (PPI) al alta de los pacientes que ingresan en un centro sociosanitario.
Métodos: Estudio de cohortes prospectivo que incluye los pacientes mayores de 65 años que ingresaron y que fueron dados de alta en unidades de convalecencia y larga estancia de un centro sociosanitario de febrero a diciembre del 2013. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, situación funcional y cognitiva al ingreso y al alta. Se aplicaron los criterios STOPP/START referidos a la medicación ambulatoria previa al ingreso y a la medicación al alta, registrándose los motivos de no aceptación de la recomendación de los criterios STOPP/START por parte de los clínicos responsables en la prescripción al alta.
Resultados: Se incluyeron 231 pacientes, edad media de 82,4 años (DE 7,3), 71,6% eran mujeres, 37,2% tenían índice de Charlson ≥ 2, 37,2% presentaban deterioro cognitivo, índice de Barthel previo de 71,9 (DE 28,5); media de número de fármacos previos al ingreso de 7,1 (DE 3,8). El 79,6% de los pacientes tenía alguna PPI previa al ingreso (44,5% cumplía algún criterio STOPP y el 60,9%, algún criterio START). El sistema cardiovascular y el musculoesquelético fueron los más frecuentemente implicados. Al ingreso se detectaron un total de 470 PPI (165 STOPP y 305 START). Al alta, el 47,7% de pacientes tenía alguna PPI (19,9% cumplía algún criterio STOPP y el 34,8%, algún criterio START). Las PPI-STOPP fueron aceptadas y corregidas al alta en un 74,5%. Los motivos de no aceptación fueron: riesgo-beneficio favorable 80,4%%, revisión incompleta (19,6%). El 66,9% de la PPI-START fueron aceptadas. Los motivos de no aceptación fueron: riesgo-beneficio desfavorable (55,4%), contraindicación (18,8%), intolerancia (16,8%) y omisión (8,9%).
Conclusiones: La aplicación de los criterios STOPP/START y la valoración geriátrica consiguen una reducción importante de la PPI. La valoración del riesgo-beneficio es el motivo principal de los clínicos para no aceptar los criterios STOPP/START.

OC-041. LISTA EUROPEA DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADECUADOS (*POTENTIALLY INAPPROPRIATE MEDICATION* - PIM) PARA PERSONAS ANCIANAS – ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN

A. Renom Guiteras[1], S. Holt-Noreiks[1], P.A. Thürmann[1], R. Miralles[2], S. Bernard[1] y G. Meyer[3]
[1]Witten/Herdecke University. Witten. Alemania. [2]Parc de Salut Mar. Barcelona. [3]Martin-Luther University. Halle-Wittenberg. Alemania.

Objetivos: El objetivo del proyecto es preparar una lista PIM europea para personas ancianas utilizando un método de consenso con expertos de 6 países europeos y validarla utilizando los datos de prescripción de 2,014 personas mayores con demencia de 8 países europeos que participaron en el proyecto del séptimo programa marco europeo *Right Time Place Care* (RTPC) (Verbeek et al, 2012).
Métodos: Se siguieron los siguientes pasos: 1) creación de una lista PIM preliminar basada en la lista PRISCUS alemana (Holt et al, 2010) y otras listas PIM internacionales (Beers, 1997, Laroche et al, 2009); 2) reclutamiento de expertos en medicación geriátrica de Estonia, Finlandia, Francia, Holanda, España y Suecia; 3) expansión estructurada de la lista PIM preliminar con medicamentos específicos de cada país por parte de 8 expertos; 4) elaboración de la lista PIM final por medio de un método de consenso Delphi por internet (dos rondas), en el que 23 expertos evaluaron la adecuación de los medicamentos propuestos, y recomendaron ajustes de dosis y alternativas terapéuticas; 4) breve encuesta final para decidir sobre aspectos inconclusos; 5) validación de la lista final utilizando datos de prescripción del estudio RTPC.
Resultados: 283 medicamentos y grupos de medicamentos han sido considerados PIM, perteneciendo a casi todos los grupos terapéuticos según el sistema de clasificación ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*). Una parte importante de PIMs pertenece al grupo de fármacos psicotrópicos. Algunos medicamentos han sido considerados PIM sólo a partir de cierta dosis diaria o duración de tratamiento (por ejemplo: haloperidol > 2 mg o risperidona usada > 6 semanas. La lista y los resultados preliminares de la validación serán presentados en el congreso de la SEGG de la SCGiG 2014.
Conclusiones: Un número considerable de medicamentos utilizados frecuentemente han sido considerado PIMs. La lista final contendrá también ajustes de dosis y alternativas terapéuticas. La validación de la lista incluirá la evaluación de efectos adversos asociados al uso de PIM en una población de personas con demencia. La lista PIM europea puede ser utilizada en la práctica clínica y para el análisis de prácticas de prescripción en población anciana en distintos países europeos.

OC-042. UNA ESTRATEGIA FORMATIVA E INFORMATIVA DISMINUYE LAS PRESCRIPCIONES INADECUADAS EN MAYORES DE 75 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

D. Ruiz Hidalgo, D. Serrano Barreda, T. Puig e I. Castro Celis
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Disminuir las prescripciones inadecuadas (PI) en ancianos mayores de 75 años en un hospital general universitario mediante una estrategia multicomponente formativa e informativa (EMFF).
Métodos: Se realizó un estudio transversal en hospital general y universitario para evaluar las PI utilizando los criterios de Beers (2011). Se analizaron las áreas donde se daban con mayor frecuencia las PI y aquellos fármacos que estaban mal utilizados. Posteriormente se llevó a cabo la EMFF durante 1 mes y consistió en la divulgación a través de la intranet como salvapantallas ("evitad las prescripciones de fármacos inadecuados en pacientes mayores de 75 años utilizando alternativas más seguras"), correo electrónico a todos los médicos del hospital indicando aquellos fármacos que no deben administrarse en ancianos y una tabla con las alternativas más adecuadas, en las bandejas del comedor laboral apareció la misma información que en la intranet, en la prescripción electrónica del hospital se insertaron alertas cuando se prescribía un fármaco inadecuado y finalmente se realizaron sesiones clínicas en los servicios explicando los resultados del estudio, los criterios de Beers y STOPP y las consecuencias de la prescripción inadecuada por parte de un geriatra. Posteriormente en 2012 y 2013 se volvieron a realizar nuevos cortes transversales.
Resultados: La intervención ha disminuyó el 2012 los ancianos con PI de 83/209 (39,7%) a 53/226 (23,4%); p = 0,001 y las PI en un 48,5% (107 a 55). Los fármacos que disminuyeron mayormente fueron el cloracepato dipotásico (26,1% vs 14,5%), la atropina (11,2% vs 1,8%) y la fluoxetina (8,4% vs 1,8%). Los servicios en los disminuyeron las PI fueron Medicina Interna (13% vs 10,9%), Cardiología (11,2% vs 9%) y Semicríticos (6,5% vs 1,8%). En el 2013 los pacientes con PI fueron 55/191 (28,7%) y no se objetivó el descenso del año 2012.
Conclusiones: Una estrategia multicomponente formativa e informativa en un hospital disminuye las PI en ancianos mayores de 75 años, sin embargo a nuestro entender para mantener el efecto de la intervención deberían realizarse un refuerzo de la estrategia como mínimo de forma anual.

OC-043. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN UNA POBLACIÓN FRÁGIL (1014 FRACTURAS DE CADERA) I. ÁREA CARDIOVASCULAR

B. González Glaría e I. Iraizoz Apezteguía
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Descripción y análisis de la utilización de fármacos del área cardiovascular en una población frágil.
Métodos: Se recogen datos de todos los pacientes seguidos por la unidad de ortogeriatría ingresados a lo largo de 5 años (marzo 2008-febrero 2013) en el servicio de traumatología del Hospital de Navarra con diagnóstico de fractura de cadera. Demográficos; estancia y tiempo para cirugía; lugar de procedencia y ubicación al alta; tipo de fractura y cirugía; antecedentes personales; síndromes geriátricos; funcionales (Lawton; Barthel; Holden); complicaciones periquirúrgicas. Fármacos al ingreso: polifarmacia, ACO/antiagregantes, cardiovasculares. Se realiza descripción y análisis Chi cuadrado de la relación de fármacos del área cardiovascular con demás datos.
Resultados: n: 1.014; edad 85,9 años; mujer 77,4%. Duración ingreso: 10 días, espera quirúrgica: 3 días. Tipo de fractura: subcapital/ transcervical: 37,8; basicervical/troncánteres: 60,1. Cirugía: osteosíntesis: 51,2; prótesis: 36,6. Antecedentes: HTA 61,8; dislipemia: 25,4; DM: 22,4; FA: 19,4; IC: 12,5; CPHTA: 6,5; CP isquémica: 10,3; CP valvular: 7,5; EPOC: 8,5; I. renal: 16,7; enf. Cerebrovascular (cevasc): 17,6; artrosis: 25,7; osteoporosis: 32,6. Síndromes geriátricos: demencia: 38,1; alt. conductual: 19,2; alt. sueño: 44,2; s. ansioso-depresivo: 35,5; estreñimiento: 22,6; pérdida peso: 18,7; disfagia: 11,6; dolor: 11,1; caídas: 29,3; déf. visual: 10,3 L; déf. auditivo: 16. Funcional: Lawton: 2,34; Barthel 69,34. Complic. preqx: 47,2: estreñimiento: 7,9; cardiovascular (cv): 9,5; metabólico: 7,5; infección: 9,6; trasfusión: 14,8; confusional: 20,3. Complic. postqx: 83,9: estreñimiento: 26,5; cv: 20,7; metabólico: 15,2; infección: 18,7; trasfusión: 50,7; confusional 29,3. S. social: solos 13,9, residencia 26,9. Ubicación alta: unidad rehabilitación 41,9; domicilio 25; residencia 24,4; exitus 6, 4. Fármacos: > 3: 76,8. Antiagregante: 28,8, anticoagulante: 11,9, antiagregante/anticoagulante: 39,9. Amiodarona: 1,9, digoxina: 8,4, hipolipemiante: 18,5, nitrato: 7,3. AntiHTA: 65,2: IECA/ARAII: 39,4; calcioantag: 11,4, (dihidropiridínico: 1,7); betabloqueante (BB): 12,5; diurético: 40,9; tiazídico: 15,8; ahorrador potasio: 2,4; de asa: 27,1. Tras aplicar chi cuadrado destacan las siguientes significaciones (p < 0,05): ACO/AAS: hombres, pat. cv, cevasc, ins. renal, EPOC, disfagia, (-) Barthel 100, complic. Preqx (infección/cv), confusional prepostqx, exitus. AAS: demencia, < Barthel, trasfusión. ACO: (-) confu-

sión, de residencia. Digoxina/amiodarona: patología cv, (-) alt. conductual, complic. cv, confusión. Hipolipemiante: hombre, cv, (-) osteoporosis, (-) demencia, (-) alt conductual, > Barthel/Holden. Nitratos: cv, EPOC, alt. sueño, complic. pre (metabol, cv), complic. Post (cv, confusion), (-) alta RHB, exitus. AntiHTA: > 85 años (diurético> 95), BB hombres, tiazidas mujeres, patol.cv, artrosis, (-) demencia, (-) alt. conductual, dolor, > Barthel/Holden, complic. preqx (metabol/cv), complic. post (diurético), infecciones post (asa/calcioantag), de residencia, exitus (antiHTA/BB/diuréticos).
Conclusiones: 1. Uso amplio de ACO/AAS (40%), más en hombres. Su utilización se asocia con patología cardiovascular y EPOC; con disfagia; con peor situación funcional y de la marcha. Presentaban más complicaciones periquirúrgicas cardiovasculares e infecciosas. Únicamente el uso de AAS se asoció con mayor requerimiento de trasfusión prequirúrgico. Mayor mortalidad. 2. Los antihipertensivos es el grupo terapéutico más utilizado (IECA/ARAII y diuréticos) tras los psicótropos. Su uso se asocia con: patología cardiovascular y artrosis; menos demencia y alteración conductual; mejor situación funcional y marcha. Presentaban más complicaciones metabólicas y cardiovasculares y mayor mortalidad.

OC-044. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE EVENTOS CARDIOEMBÓLICOS EN FA EN FUNCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE PACIENTES?

O. Saavedra Obermann, A. González Sanz, L. Pellitero Blanco, C. Guirola García-Prendes, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: 1) Determinar las diferencias terapéuticas en prevención de eventos cardioembólicos en pacientes con FA en el momento del ingreso en una unidad de agudos de geriatría. 2) Analizar la posible existencia de diferencias clínicas, funcionales y mentales en la toma de decisiones terapéuticas.
Métodos: Estudio transversal descriptivo sobre una población de pacientes ingresados en 2014 en la unidad de agudos de geriatría con diagnóstico de FA. Variables: sociodemográficas (edad, sexo, procedencia y estancia), clínicas (número de diagnósticos), funcionales (Barthel), cognitivas (Pfeiffer), terapéuticas (fármacos prescritos para la prevención de eventos cardioembólicos en la FA).
Resultados: 107 pacientes del total de ingresados en ese periodo de tiempo tenían diagnóstico de FA previo (edad media 87,35 ± 5,02 años, 61,7% mujeres, Charlson 7,78 ± 1,79, Barthel 65,91 ± 34,48, Pfeiffer 0,71 ± 1,91, número medio de diagnósticos 8,56 ± 2,96 y de fármacos 8,93 ± 2,71); el 6,5% de los pacientes vivían solos, 72,9% acompañados y 18,7% institucionalizados. El 57% estaba siendo tratado con ACO o HBPM, 38,3% con algún antiagregante y el 4,7% no recibía ningún tratamiento preventivo. Respecto a las variables analizadas se detectaron diferencias significativas en la puntuación del Índice de Barthel: 57 ± 34,75 en pacientes sin tratamiento vs 76,9 ± 29,46 en pacientes tratados con ACO vs 49,59 ± 35,57 en pacientes tratados con algún antiagregante ($p < 0,0001$). No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad (87,6 ± 6,58 vs 85,31 ± 4,41 vs 87,61 ± 5,22; $p > 0,05$), Índice de Charlson (6,96 ± 0,67 vs 7,80 ± 1,83 vs 7,83 ± 1,83; $p > 0,05$), Pfeiffer (0,0 ± 0,0 vs 0,67 ± 1,69 vs 0,82 ± 2,32; $p > 0,05$), CHADSVASC (5 ± 1,23 vs 5,03 ± 1,39 vs 5,22 ± 1,35; $p > 0,05$) y HASBLED (2,6 ± 0,89 vs 2,89 ± 1,08 vs 3,22 ± 1,06; $p > 0,05$).
Conclusiones: Para nuestra población de estudio con fibrilación auricular, la mayoría de pacientes reciben anticoagulantes orales como tratamiento preventivo de eventos cardioembólicos. El único criterio que se asocia estadísticamente con la toma de decisiones terapéuticas, es la situación funcional medida por el índice de Barthel. Se tiende a no realizar prevención, en aquellos pacientes con peor situación funcional.

OC-045. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN UNA POBLACIÓN FRÁGIL (1014 FRACTURAS DE CADERA) III: FÁRMACOS ANTIOSTEOPORÓTICOS, ANALGÉSICOS Y ANTISECRETOR GÁSTRICO

I. Iráizoz Apezteguía y B. González Glaría
Complejo Hospitalario Navarra. Pamplona.

Objetivos: Descripción y análisis de la utilización de fármacos antiosteoporóticos, analgésicos y antisecretor gástrico.
Métodos: Se recogen datos de todos los pacientes de la unidad de ortogeriatría ingresados a lo largo de 5 años (marzo 2008- febrero 2013) en el servicio de traumatología del Hospital de Navarra con diagnóstico de fractura de cadera. Demográficos; estancia y tiempo para cirugía; lugar de procedencia y ubicación al alta; tipo de fractura y cirugía; antecedentes personales; síndromes geriátricos; funcionales (Lawton, Barthel, Holden); complicaciones periquirúrgicas. Fármacos antiosteoporóticos, analgésicos y antisecretor gástrico. Se realiza una descripción y análisis de la relación de uso de estos fármacos con los demás datos.
Resultados: n: 1.014; edad 85,9 años; mujer 77,4%. Duración ingreso: 10 días, espera quirúrgica: 3 días. Tipo de fractura: subcapital/transcervical: 37,8; basicervical/troncánteres: 60,1. Cirugía: osteosíntesis: 51,2; prótesis: 36,6. Antecedentes: HTA 61,8; dislipemia: 25,4; DM: 22,4; FA: 19,4; IC: 12,5; CPHTA: 6,5; CP isquémica: 10,3; CP valvular: 7,5; EPOC: 8,5; I. renal: 16,7; enf. Cerebrovascular (cevasc): 17,6; artrosis: 25,7; osteoporosis: 32,6. Síndromes geriátricos: Demencia: 38,1; alt. conductual: 19,2; alt. sueño: 44,2; s. ansiosodepresivo: 35,5; estreñimiento: 22,6; pérdida peso: 18,7; disfagia: 11,6; dolor: 11,1; caídas: 29,3; déf. visual: 10,3 L; déf. auditivo: 16. Funcional: Lawton: 2,34; Barthel 69,34. Complic. preqx: 47,2: estreñimiento: 7,9; cardiovascular (cv): 9,5; metabólico: 7,5; infección: 9,6; trasfusión: 14,8; confusional: 20,3. Complic. postqx: 83,9: estreñimiento: 26,5; cv: 20,7; metabólico: 15,2; infección: 18,7; trasfusión: 50,7; confusional 29,3. S. social: solos 13,9, residencia 26,9. Ubicación alta: unidad rehabilitación 41,9; domicilio 25; residencia 24,4; exitus 6,4. Fármacos: antiosteoporótico: 15,1: calcio/vit. D: 12,8, bifosfonatos: 5,6, ranelato estroncio: 0,5, teriparatida: 0,4, calcitonina: 0,6. Analgésico: 19, paracetamol: 12,2, AINE: 6,6, mórfico menor: 3,3, mórfico mayor: 3,7. Antisecretor gástrico: 42,2. Tras aplicar Chi cuadrado destacan las siguientes significaciones ($p < 0,05$): 1. Antiosteoporótico: mujer, (-) cv, EPOC, artrosis, osteoporosis, depresión, dolor, (-) pérdida de peso, (-) Barthel < 50, Holden> 3, (-) caídas (bifosfonatos), (-) complicaciones posquirúrgicas, salvo bifosfonatos que tiene más complicaciones cv posquirúrgicas, alta a residencia (calcio/vitamina D). Exitus-ranelato de estroncio. 2. Analgésicos: artrosis, osteoporosis, alt. sueño, depresión, estreñimiento, dolor, caídas-opiáceo menor. (-) Barthel 100, (-) Holden 5, complic. prequirúrgicas (paracetamol), trasfusión, exitus (analgésicos/AINE), alta a residencia. 3. Antisecretor gástrico: < 85 años, hombre, dislipemia, CPI, insuf. renal, enf. cerebvasc, EPOC, artrosis, depresión, pérdida peso, dolor, caídas, (-) Barthel 100, Barthel < 75, (-) Holden 5, complic. cv prequirúrgicas, de residencia, (-) vive solo, alta a residencia, exitus.
Conclusiones: 1. Antiostepororóticos: Uso, mayormente en mujeres, bajo teniendo en cuenta la patología que motiva el ingreso. Se asoció con depresión, menos patología cardiovascular, menos pérdida de peso, mejor situación funcional y menos complicaciones periquirúrgicas. 2. Analgésicos: su utilización, además de con artrosis, se asoció con alteración del sueño y sintomatología ansioso-depresiva. Los que utilizaban opiáceos menores se caían más. Precisaron más trasfusión. Eran con más frecuencia dados de alta a residencia. Se observó más exitus en estos pacientes. 3. Antisecretor gástrico: un grupo terapéutico ampliamente utilizado en < 85 años, hombres con patología cardiovascular, EPOC, artrosis, depresión y pérdida de peso con peor situación funcional. Presentaron más complicaciones cardiovasculares y exitus.

OC6: El paciente mayor en el servicio de urgencias

OC-046. LA ESCALA "IDENTIFICATION OF SENIORS AT RISK" (ISAR), HERRAMIENTA PARA LA SELECCIÓN EN URGENCIAS DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EXACERBADAS, SUSCEPTIBLES DE INGRESO EN LAS UNIDADES DE SUBAGUDOS DE HOSPITALES INTERMEDIOS

T. Roig González[1], N. Gual Tarrada[1], M.Y. Saldarriaga Infante[2], D. Colprim[1], C. Pérez-Bocanegra[2], A. San José[2] y M. Inzitari[1]
[1]Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona. [2]Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El ingreso en unidades de subagudos (US) de hospitales intermedios con experiencia geriátrica y bajo nivel tecnológico, representa una alternativa a la hospitalización convencional aguda para los adultos mayores que acuden a urgencias por enfermedades crónicas reactivadas o eventos agudos menores superpuestos. Una adecuada selección de estos pacientes es importante, por ello hemos evaluado diversas herramientas pronósticas, validadas y de fácil aplicación, como posibles predictores de resultados al alta en pacientes geriátricos trasladados de urgencias a US.
Métodos: Muestra: pacientes ingresados en la Unidad de subagudos del Hospital durante 14 meses de 2012 a 2013, con enfermedades crónicas reagudizadas bien diagnosticados. El Hospital cuenta con un médico geriatra 24 horas al día, enfermería especializada, fisioterapeuta y trabajador social, así como pruebas de laboratorio urgentes y radiología simple. Al ingreso se recogieron datos demográficos y una valoración geriátrica integral, además de la puntuación en las escalas ISAR y Silvercode, validadas para detectar pacientes frágiles en urgencias, y la escala de Walter, un predictor de mortalidad en adultos mayores hospitalizados. Se describe como resultado desfavorable un destino al alta diferente del retorno a la situación habitual (defunción, re-ingreso al hospital de agudos o necesidad de otro recurso sociosanitario).
Resultados: De 334 pacientes (edad media ± DE = 85 7,7 años, 67% mujeres, 59% diagnosticados de infección respiratoria aguda y 38% con antecedente de demencia), el 73% volvieron a su situación habitual previa después de 14 7,8 días (media ± DE). Sólo un ISAR ≥ 4 puntos (OR [IC95%] = 2,5 [1,4 a 4,6]) y las úlceras por presión (OR [IC95%] = 3,0 [1,5 a 5,9]) predijeron una destino al alta diferente de la situación previa, con independencia de otras variables.
Conclusiones: La escala ISAR, una prueba sencilla y rápida de administrar, puede ayudar a la selección de aquellos pacientes geriátricos con enfermedades crónicas reagudizadas atendidos en Urgencias, tributarios de ingresar en unidades de Subagudos.

OC-047. HOSPITALIZACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO EN PERSONAS FRÁGILES

X. Rojano I Luque[1], R. Monteserín Nadal[2], B. Ichazo Tobella[2] y A. Salvà Casanovas[1]
[1]Institut de l'Envelliment de la UAB. Barcelona. [2]EAP Sardenya. Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia de hospitalización previa en las personas frágiles.
Métodos: La población está constituida por las personas mayores de 65 años no institucionalizadas, excluyéndose quienes tenían demencia avanzada o enfermedad terminal. Se seleccionaron aleatoriamente del registro de usuarios de un centro de salud 321 personas sin problemas cognitivos, 117 con problemas de memoria y 50 con demencia. Se les preguntó el antecedente de hospitalización en los últimos 12 meses. A cada persona se le evaluó el grado de fragilidad con los siguientes cuestionarios: Bright, Sheerbrock, GPSSSS, Groningen, Tilburg, SOF, FRAIL y 3 adaptaciones de los criterios de Fried. Análisis mediante chi cuadrado.
Resultados: La edad media de los participantes fue de 77 años, siendo superior en las personas con demencia (82 años). La prevalencia de fragilidad en la comunidad oscila ampliamente en función del instrumento utilizado (rangos: 6% a 73%; 11% a 89%; 24% a 94% para las personas sin problemas cognitivos, con problemas de memoria y con demencia respectivamente). Esta variabilidad se incrementa en el caso de las personas hospitalizadas (rangos: 2 a 78%; 12 a 100%; 13 a 100% respectivamente). El porcentaje de personas frágiles en la comunidad que han sido hospitalizadas en el último año osciló entre el 10% (según el cuestionario de Groningen) y el 43% (según el cuestionario de Fried3) entre las que no tenían problemas cognitivos; entre el 17% (Sheerbrock) y el 39% (FRAIL) entre las que tienen problemas de memoria; y entre el 16% (Bright) y el 67% (Fried3) en las personas con demencia. En las personas con demencia no se ha encontrado asociación entre hospitalización y fragilidad con ningún instrumento, mientras que en las personas sin problemas cognitivos únicamente se ha encontrado con los criterios de Fried y en las personas con problemas de memorias con todos menos con el cuestionario de Sheerbrock y el GPSSSS.
Conclusiones: En las personas con problemas de memoria la fragilidad parece incrementar la probabilidad de hospitalización en el año previo, mientras que no se ha encontrado esta asociación con las personas cognitivamente intactas ni con demencia.

OC-048. ATENCIÓN A LA FRAGILIDAD AVANZADA EN EL ÁREA DE SALUD DE LANZAROTE

E. Corujo Rodríguez[1], R. García Zerpa[1], M. Venegas[2] y N. Pereyra Venegas[3]
[1]Hospital Molina Orosa. Arrecife. [2]Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife. [3]Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Este programa conlleva el abordaje del paciente anciano en situación de fragilidad avanzada y terminal en el domicilio por la Unidad de Valoración Geriátrica el Hospital Dr. José Molina Orosa de Arrecife junto con los Equipos de Atención Primaría. Se pretende detectar y tratar, de forma precoz, los problemas intercurrentes o reagudizaciones de sus patologías para dar la máxima cobertura en su medio, mejorar la calidad de vida del paciente y familia, y evitar el uso recurrente de los recursos sanitarios.
Métodos: Se realizaron sesiones de formación y asesoramiento en los distintos centros de salud de la Isla con el fin de dar a conocer: Aspectos sobre la valoración geriátrica y bioéticos, y características del anciano en situación de terminalidad. En dichas sesiones se ha planteado el perfil del paciente atender: mayor de 80 años, hospitalización reciente, síndromes geriátricos establecidos, comorbilidad asociada que produce grave deterioro funcional y/o fragilidad socio-familiar. Los EAP detectan las circunstancias que imperan en un mayor deterioro del anciano con fragilidad avanzada y lo ponen en conocimiento de la UVG del Hospital. Entre las 24 y 48 horas se lleva a cabo valoración en el domicilio de forma conjunta donde se realiza la VGI. Tras la misma se pactan objetivos con su EAP, familia y servicios sociales con el fin de dar la máxima cobertura en el espacio de vida. En el caso de no ser así deriva al hospital, UCCPP a domicilio o bien el ingreso en los niveles asistenciales del Hospital Insular: UGA, UME y HDG.
Conclusiones: Necesidad de atención al anciano con gran dependencia en el domicilio. Se logra, tras plantear el plan de cuidados y atención a la familia, que las reiteradas interconsultas a otros niveles de atención disminuyan. Atención de calidad en el proceso de terminalidad el anciano no oncológico en el domicilio. El asesoramiento familiar y el inicio de proceso de voluntades anticipadas cuando no exista facilitan mayor implicación de las familias. El apoyo y asesoramiento a los EAP en la atención al anciano con fragilidad en el domicilio, favorece la implicación de ellos en el seguimiento.

OC-049. IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE GERIATRÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PARA LA VALORACIÓN Y GESTIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS CRÓNICOS COMPLEJOS

A.B. Vena Martínez[1], N. Rico[1], A.I. Martínez[1], M. Roca[2], M. Serrano[1] y R. García Gutiérrez[1]
[1]Hospital Santa Maria. Lleida. [2]Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción: Los ancianos crónicos complejos representan el 12-24% visitas urgencias. La valoración lineal del problema agudo implica mayor riesgo descompensación de su alta morbimortalidad que junto con la polifarmacia presentan un mayor riesgo (2,5-4,6) de hospitalización prolongada.
Objetivos: Se estableció un equipo interdisciplinario (geriatra, enfermera, asistente social) en urgencias, con el objetivo de clasificar la tipología de paciente mediante la valoración geriátrica integral, establecer un plan de cuidados multidimensional, determinar el nivel asistencial hospitalario/extrahospitalario y realizar la conciliación terapéutica durante su estancia.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo (año 2013) El equipo de geriatría valora a todos los paciente anciano complejos> 80 años y < 80-70 con delirium, caídas o demencia en el área médica y en el área quirúrgica. Aplica la valoración geriátrica integral, identificación de los síndromes geriátricos, index de comorbilidad, problema agudo y descompensación problemas crónicos, necesidades de enfermería y estructura social. Indicando abordaje terapéutico/recurso (hospitalización convencional, subagudos, UCA, atención domiciliaria)
Resultados: N 1739 (E: 83,83/0,8). Ingresos: 45% Hospitalizacion/14% subagudos/8% R. extrahospitalario/32% domicilio.Estancia media en urgencias 98% < 24h. Anciano enfermo (26%). Edad media 75. VGI (Barthel (75%> 60). Pfeiffer (< 4 err: 80%). Demencia 16,67%. CAM +8%. Í. Charlson < 4 79,94%. Sind. geriátrico> fr Polifarmacia). Dxppal IC y ACV. Ingreso (60%). Hospital 89%. Paciente complejo crónico (PPC) 30,5%: Edad media 82,63. VGI (Barthel (45% > 60). Pfeiffer (< 4 err: 55%). Demencia 23,62%. CAM +22%. Í. Charlson < 4 60%. Sind. geriátrico> fr Polifarmacia). Dxppal ICC descompensada. Ingreso (59%) hospitalario 70% E, crónico avanzado (32%). Edad media 85,93. VGI (Barthel (53% < 20). Pfeiffer (NV: 82,86%). Demencia 59,30%. CAM +37%. Í. Charlson > 4 63%. Sind. Geriátrico > fr. Incontinencia urinaria. Dxppal ITU. Ingreso (38%) Extrahospitalario (hospitalización domiciliaria) 61.03%. Paliativo no oncológico (12%). Edad 84,53. VGI (Barthel (86% < 20). Pfeiffer (V: 82,83%). Demencia 51,23%. CAM +11%. Í. Charlson > 4 62%. Sind. geriátrico> fr Inmovilismo). Dxppal ACV catastrófico. Ingreso (30%) (atención domiciliaria) 48,30%.
Conclusiones: La VGI por un equipo experto interdisciplinario en Urgencias aporta una visión global que permite realizar una elección del nivel asistencial más idóneo siendo esta una de las claves del éxito de los recursos alternativos al ingreso hospitalario (identificación de cuidador principal, orientaciones del esfuerzo terapéutico y conciliación terapéutica) y disminución estancia en urgencias.

OC-050. ABORDAJE DEL PACIENTE CON DEMENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: DEMENCIA VERSUS PATOLOGÍA ORGÁNICA

A.B. Vena Martínez[1], A.V. Arias Pastor[1], M. de Miguel Artal[1], L. Nadal Baras[1], M. Martínez[1], M. Roca Monsó[2] y M. Serrano Godoy[1]
[1]Hospital Santa Maria. Lleida. [2]Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción: Los pacientes con demencia son consumidores habituales de los recursos de urgencias. La presentación atípica de la enfermedad en el paciente geriátrico junto con la dificultad de entrevista clínica reglada en los estadios moderados graves son dos hándicaps a la hora de su valoración y su dificultad de abordaje.
Objetivos: Valoración del perfil demográfico y clínico del paciente con demencia estadio gds5/6 tanto vascular como degenerativa que acuden al servicio de urgencias así como las diferencias entre ambos grupos.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo (enero-diciembre2013) del perfil paciente con demencia > 70 años diagnosticada (gds5/gds6) que acude a urgencias y es evaluado por un grupo interdisciplinar de geriatría analizando la relación síntoma guía-diagnostico final, síndromes geriátricos y el consumo de recursos así como la diferenciación entre demencia vascular/degenerativa.
Resultados: n: 465. (381 degenerativa/84 vascular). Demencia degenerativa (58% gds6): Edad media 84,05, Sexo 0,8 H:M .Í. Barthel (72% < 60). Í. Charlson > 4 (34%). Derivados por atención primaria 63,25%, residencia 30%. Destino: 41% hospital, 28% domicilio, 29% recurso extrahospitalario 2% exitus. Síntoma guía (38% pérdida de función, 27% somnolencia, 11% anorexia) .Diagnóstico final (13% ITU, 10% infección respiratoria, 6% ACV, 5% ICC). Síndromes geriátricos (polifarmacia 71%, agitación 10,50%, caídas 8,92%, delirium 8%). Demencias vasculares (51% gds 6): Edad media 85, Sexo 1,2 H/M. Í. Barthel (86% < 60). Í. Charlson> 4 (54%). Derivados por atención primaria 55% residencia 45%. Destino: 67% hospital, 19% domicilio, 12% recurso extrahospitalario, 3% exitus. Síntoma guía (51% pérdida de función, 20% somnolencia, 12% disnea). Diagnóstico final (14% infección respiratoria, 12% ACV, 8%, ITU 6% ICC). Síndromes geriátricos (polifarmacia 81%, inmovilismo 70%, disfagia 51,19%, caídas 7,14%, delirium 5,95%).
Conclusiones: Los pacientes con demencia que acuden a urgencias son derivados en su mayoría por la atención primaria. El peso de su comorbilidad es mayor en las d. vasculares. Presentan como síntoma guía más frecuente la pérdida funcional. En el caso de las d. degenerativas el diagnostico principal son los eventos infecciosos respecto a los eventos vasculares de la d. vasculares. El síndrome geriátrico en ambos grupos más frecuente es la polifarmacia, existiendo una diferencia significativa en la agitación en el grupo d. degenerativas y la disfagia en la d. vasculares. El alta a recursos extrahospitalarios fue más frecuente en el grupo d. degenerativas marcado por un elemento facilitador que fue el diagnostico y un elemento limitador que fue la agitación.

OC-051. IMPACTO DE LOS EAR (EQUIPOS DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA EN VALLÈS OCCIDENTAL ESTE

M. Mozos[1], I. González[1], E. Suárez[1], A. Torner[1], S. Blanco[2] y A. Ríos[3]
[1]Mutuam EAR. Vallès Occidental. [2]Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. [3]ICS Vallès Occidental. Sabadell.

Objetivos: Medir el impacto de la implantación de los EAR (Equipos de Atención a Residencias) en la frecuentación del servicio de urgencias del hospital de referencia, por parte de los pacientes institucionalizados en residencias geriátricas. Valorar de forma cualitativa el tipo de derivaciones realizadas antes y después de la implantación de los EAR.
Métodos: El hospital de referencia ha proporcionado los datos de pacientes institucionalizados en residencias geriátricas visitados en urgencias desde el año 2012 hasta la actualidad. Las variables recogidas son: número de pacientes institucionalizados atendidos, diagnóstico principal, fecha y hora de entrada y salida, destino al alta, nivel de triage y motivo de consulta. Se han comparado las dos franjas horarias, la que cubre el servicio de atención continuada de los EAR (8 a 20h) y el resto de la noche (20h a 8h). Los datos se han analizado con SPSS v22.0.0.
Resultados: Los EAR atienden al 87% de la población residencial del Vallès Occidental Este. Desde la implantación en mayo de 2013 a febrero de 2014 en el horario de atención continuada, (8 a 20h) el volumen de pacientes atendidos en urgencias se ha reducido un

17,31%, 201 pacientes menos, respecto al periodo mayo 2012 a febrero 2013. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una p < 0,001. De un total de 2.020 residentes, se realizaron 1.694 visitas en Urgencias en 2012 con una media mensual de 141,17 y una desviación estándar de 11,4. En 2013 se realizaron 1.554 visitas con una media mensual de 129,5 y una desviación estándar de 13,59. Se ha observado una disminución del 8,26% estadísticamente significativa, con una p < 0,05.
Conclusiones: El servicio de atención continuada de los EAR disminuye el volumen de pacientes atendidos en los servicios de urgencias de referencia. Como limitaciones a nuestro trabajo destacamos que el proyecto está en su fase inicial en el Vallès Occidental Este, menos de un año de desarrollo, y sería conveniente seguir recogiendo datos para analizar la evolución de los resultados.

OC-052. CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA: HERRAMIENTA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE GERIÁTRICO POLIMEDICADO EN URGENCIAS

M. Roca Monsó[1], A.B. Vena Martínez[2], A. Pons[1], E. Blasco[2], M. Serrano Godoy[2] y T. Noguera Rico[2]
[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. [2]Hospital Santa Maria. Lleida.

Objetivos: Describir el grado de conciliación terapéutica realizado en un servicio de urgencias en los pacientes pluripatológicos > 80 años con polifarmacia que son valorados, al día siguiente, por un equipo de geriatría en dicho servicio. Analizando grupo-fármacos más frecuentes, las causas del error y los efectos secundarios.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo (enero-febrero 2014) (n: 162) sobre los paciente > 80 años que acuden a urgencias y son valorados al día siguiente por un equipo de geriatría en dicho servicio. Se aplico protocolo (datos demográficos, revisión de la receta electrónica actualizada, cheking-llist de los fármacos administrados según ordenes medicas, causas de no administración)
Resultados: N: 162 (edad media 87,4, Sexo 0,9 H:M, Í. Barthel < 60 57%, Í. Charlson> 4 62%, receta electrónica actualizada 93%). Fármacos administrar < 4h: gotas· (12%) No conciliación 80% secundario al olvido del médico responsable ADOS (18%). No concilio en ningún caso porque en nuestro hospital se suspenden los ados al ingreso Insulina (7%). No conciliación 9% secundario a efectos secundarios de la misma. Agonistas β (12%). No concilio 22% secundario > fr no tenía indicación en el momento, seguido de la contraindicación con la patología que les había llevado a urgencias. anticolinérgicos (21%). No concilio 15% no había claramente uno que destacara sobre el resto. Antiarrítmicos (10%). Concilió 100%. IECA (35%).No concilio 46%> fr no tenía indicación con la patología que presentaba el paciente. ARA II (21%). No concilio 50% > fr no tenía indicación en ese momento β-bloqueantes· (31%). No concilio 59%> fr estaba contraindicado con patología actual α-bloqueantes (15%). No concilio (50%)> fr por olvido del facultativo. antagonistas calcio· (24%). No concilio (28%) > fr estaban contraindicados con la patología actual antibiótico (38%) concilio 100%. Fármacos administrar < 24h benzodiacepinas 36%. No conciliación 48%> fr estaban contraindicados con la patología actual ISRS· (21%). No concilio (53%) por olvido del facultativo. Antipsicóticos 20%. No conciliación (50%) > fr olvido facultativo. AINE (6%) ninguno se concilio digoxina (10%). No concilio 7% > fr contraindicada por patologia aguda diurético (45%). No concilio 37% > fr no tenía indicación.
Conclusiones: La receta electrónica permitió mejor conciliación terapéutica siendo la etiología más frecuente de la no conciliación el olvido del profesional y el diagnostico ingreso. La conciliación terapéutica es una herramienta fundamental para un proceso seguro en urgencias/al derivar a otros niveles hospitalarios siendo necesario implementar protocolo de cumplimiento.

OC-053. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA EN URGENCIAS (INTERRAI-ED). COMPARACIÓN CON RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTINACIONAL "PERFIL DE ANCIANOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS"

S. Ariño, J. Mandujano, B. Tineo y P. Mantilla
Fundació Hospital Asil de Granollers.

Introducción: Este estudio nace de la corporación interRAI con la finalidad de desarrollar nuevos instrumentos específicos, con algoritmos de predicción de riesgo, que faciliten la toma de decisiones en el colectivo de pacientes ancianos atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios.
Métodos: Estudio observacional, prospectivo y comparativo de una muestra secuencial de pacientes atendidos en el servicio de urgencias hospitalario. Se utilizó el instrumento de valoración del paciente geriátrico en el servicio de urgencias (interRAI Emergency Department) y se compara con los resultados del estudio multinacional interRAI-ED (2.282 pacientes de 7 naciones)[(1)].
Resultados: Se reclutaron en nuestro centro 99 pacientes ancianos, 48 (48,5%) de ellos varones, con una edad media global de 83,5 ± 5,8 (DE). El 19,4% vivían solos, se registró estrés del cuidador en 34 casos (37,8%) y sentimiento de claudicación del cuidador en 61 (67,8%). Una cuarta parte de los pacientes estudiados habían estado ingresados en un hospital durante los últimos tres meses. Mientras que 39 pacientes habían visitado el servicio de urgencias en una o más ocasiones. El perfil funcional de nuestros pacientes previo al ingreso revela una población con necesidad de supervisión o ayuda en el baño 53,5%, en la higiene personal en el 40,4%, en el vestido de la parte inferior del cuerpo en el 45,5%, y para la deambulación en el 39,2%. Los resultados adversos observados a 28 días de su visita al servicio de urgencias fueron: 7 (7,1%) fallecimientos, 5 (5,6%) institucionalizaciones, 15 (17%) reingresos en urgencias, 5 (5,1%) reingresos hospitalarios. Comparando nuestros resultados con el estudio internacional destacan diferencias en porcentaje de soledad y dependencia funcional premórbida y en cuanto al lugar de derivación al alta (a unidades de media estancia/paliativos) después de la hospitalización.
Conclusiones: El instrumento de valoración del paciente geriátrico en el servicio de urgencias nos permite describir los perfiles funcionales y síndromes geriátricos de forma estructurada y sistemática facilitando la identificación y posterior priorización de intervenciones en este colectivo vulnerable.

OC-054. CENTENARIOS EN URGENCIAS: ¿CUÁNDO, CÓMO Y POR QUÉ?

J. Mateos-Nozal, L. García Cabrera, S. Fernández Villaseca, B. Montero Errasquín, M.L. Álvarez-Nebreda y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Describir las características, diagnóstico principal y destino de los centenarios que acuden a Urgencias y los factores que se asocian con la mortalidad tras dicha visita.
Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes ≥ 100 años atendidos en Urgencias de un hospital (2011-2013) recogiendo datos de la historia clínica y de la base de datos de la Comunidad de Madrid. Fueron seguidos un máximo de 37 meses.
Resultados: n = 127 (253 visitas); 85% mujeres; 80% residen en domicilio; 40% independientes o con dependencia leve (Katz A-D); 66% capaces de deambular solos o con ayuda y 52% sin deterioro cognitivo significativo. El 95% presentaban comorbilidad baja o media (Charlson 0-4), sólo el 7% había ingresado el año previo y 51,2% presentaban polifarmacia. Los diagnósticos más frecuentes fueron infección respiratoria (24%), ICC (12%), fracturas (11%), TCE leve (7%), otras lesiones traumáticas (6%) e ITU (6%). En la Urgencia falleció el 3%. El 44% ingresó (37% en Geriatría, 35% en Medicina Interna, 14% en Traumatología y 14% en otros servicios). El resto fueron dados de alta, el 44% con seguimiento por su MAP y el 10% en CCEE de atención espe-

cializada. La estancia media de los hospitalizados fue de 10 días (2-30). El 74% volvieron a su ubicación previa, el 16% fallecieron, el 7% fueron institucionalizados y el 3% se trasladaron a otro hospital. La supervivencia mediana tras la visita a Urgencias fue de 8 meses (0-37). En el análisis multivariante los mejores predictores de supervivencia fueron la independencia o dependencia leve para las ABVD (HR 0,52; p 0,012) y el no ser hospitalizados en la primera visita a Urgencias (HR 0,61; p 0,046). La comorbilidad, ubicación previa, deambulación, situación cognitiva y polifarmacia no se asociaron a la mortalidad.
Conclusiones: los centenarios atendidos en Urgencias son un grupo funcionalmente heterogéneo y con buen soporte social. Acuden principalmente por infección respiratoria y patología traumatológica. Ingresa el 44% y fallece en el hospital un 10%. Tras la visita a Urgencias sobreviven menos de 1 año, siendo la dependencia funcional y la necesidad de hospitalización los mejores predictores de mortalidad.

OC7: Metabolismo óseo y fracturas

OC-055. UN AÑO DESPUÉS DE LA FRACTURA DE FÉMUR, ¿QUÉ DIFERENCIAS ENCONTRAMOS RESPECTO A REALIZAR LA REHABILITACIÓN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO O EN EL DOMICILIO?

M. Barceló Trias, M.T. Comas Perales, G. Fuster Cardona, M. Gelpi Domínguez, R. Prats Fuxet y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Comparar la movilidad al año en pacientes con fractura de fémur que realizan la rehabilitación en un centro socio sanitario y los que la realizan en su domicilio.
Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados por una fractura de fémur los años 2010 y 2011 que provenían de su domicilio. Se valoró la movilidad previa y al cabo de un año mediante la escala Functional Ambulation Classification (FAC) así como el número de reingresos. Se excluyeron los pacientes que tenían fractura de causa patológica o por accidente, los que fueron exitus durante el ingreso o antes del primer año y los que no fueron localizados. Se realizó un análisis univariante usando el método estadístico ANOVA para variables cuantitativas y chi-cuadrado para variables cualitativas. Las variables estadísticamente significativas fueron introducidas en un análisis de regresión logística condicional.
Resultados: Se analizaron 557 pacientes. Respecto a los que realizaron la rehabilitación en un centro socio sanitario se encontraron diferencias significativas en la edad ($p < 0,001$), sexo ($p = 0,007$), vivir solo ($p < 0,001$), comorbilidad ($p = 0,007$), depresión previa ($p = 0,013$), delirium durante el ingreso ($p = 0,023$), complicaciones médicas ($p = 0,001$), el FAC previo a la fractura ($p = 0,012$), el FAC al año ($p = 0,044$) y las diferencias entre el FAC previo y el actual ($p = 0,001$). En el análisis de regresión logística las variables significativas fueron la edad ($p < 0,001$), el vivir solo ($p < 0,001$), la depresión previa ($p = 0,022$), las complicaciones previas ($p = 0,016$) y el FAC al año ($p = 0,001$).
Conclusiones: Los pacientes que realizaron la fisioterapia en un centro socio sanitario después de una fractura de fémur son mayores, vivían solos con más frecuencia, tenían más depresiones previas y durante el ingreso tuvieron más complicaciones médicas que los que fueron a domicilio. Al año de la fractura la movilidad era peor que los que realizaron la rehabilitación en el domicilio.

OC-056. IMPACTO FUNCIONAL DEL TRASLADO PRECOZ DE LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR A UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

E. Asensi Batlle, H.F. Badani Prado, L. Cuadra Llopart, E. Guevara Sierra, C. García Fabra, E. García Restoy y M. Llonch Masriera
Hospital de Terrassa.

Objetivos: Evaluar el impacto funcional del traslado precoz de los pacientes con fractura de fémur desde una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) hacia una Unidad de Media Estancia (UME) ubicada en el mismo hospital, para rehabilitación funcional intensiva.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, en ancianos con fractura de fémur ingresados en UGA de enero a diciembre de 2013 a los que se les realizó un traslado precoz a UME (a partir del quinto día post-intervención quirúrgica), comparado con los pacientes ingresados en el mismo periodo del año anterior en que no había un tiempo definido de traslado a UME. Analizamos las variables con posible repercusión en la ganancia funcional, medida con el Índice de Heinemann; entre ellas comorbilidad (Índice de Charlson), *delirium* (CAM), deterioro cognitivo (MEC de Lobo), depresión (Yesavage) e hipoalbuminemia.
Resultados: Registramos 120 pacientes (50 del 2012 y 70 del 2013), con edad media de 81 años (DE ± 12); con elevada comorbilidad (> 4 puntos) (2012: 2%, 2013: 18,6%); 58,3% deterioro cognitivo (2012: 48%, 2013: 65%); 46,7% *delirium* (2012: 66%, 2013: 32,8%), 35,8% depresión (2012: 42%, 2013: 31%) y 57,5% hipoalbuminemia (2012: 56%, 2013: 58%). Los pacientes ingresados en el 2013 presentaron la misma ganancia funcional respecto a los del 2012 (62,8% vs 62,2%, respectivamente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a traslados a Unidades de Agudos y en mortalidad. En UGA la reducción de la estancia media fue de 4,33 días (2012: 13,86, 2013: 9,53). En UME la disminución fue de 8,15 días (2012: 42,63, 2013: 34,45). La reducción global de estancia media fue de 12,57 días.
Conclusiones: Con un traslado posquirúrgico precoz a la UME los ancianos con fractura de fémur, aún con mayor comorbilidad y deterioro cognitivo, obtienen la misma ganancia funcional en un menor tiempo de hospitalización global; sin que esto implique mayor traslado a unidades de agudos ni aumento de la mortalidad.

OC-057. FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES ANCIANOS: INFLUENCIA DEL RETRASO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SOBRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, COMPLICACIONES MÉDICAS, MORTALIDAD Y DESTINO AL ALTA

M. de Miguel Artal[1], O. Roca Chacón[1], M. Serrano Godoy[2], R. García Gutiérrez[2], A.B. Vena Martínez[1], A. Arias Pastor[2] y L. Nadal Barés[2]
[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. [2]Hospital Santa Maria. Lleida.

Objetivos: Valorar estancia media, complicaciones médicas, mortalidad y ubicación al alta de pacientes ≥ 80 años con una fractura de cadera, según la demora de la cirugía.
Métodos: Estudio prospectivo en pacientes ≥ 80 años ingresados en Traumatología con fractura de cadera durante el año 2013, valorados por la Unidad de Ortogeriatría. Se recogieron datos demográficos, procedencia, comorbilidad (Charlson), situación funcional previa y al ingreso (índice de Barthel, FAC para deambulación) y antecedentes de demencia. Se registró durante el proceso la mejoría funcional, delirium, complicaciones médico-quirúrgicas, mortalidad y destino al alta. Análisis estadístico mediante SPSS y significación estadística con $p \leq 0.05$-
Resultados: Se estudiaron 338 pacientes clasificados en 3 grupos según el momento de la intervención quirúrgica: 109 pacientes ope-

rados en las primeras 48 horas del ingreso (IQ ≤ 48); 63 pacientes operados después de las 48 horas por causas médicas (IQ > 48 CM) y 166 pacientes operados después de las 48 horas por causa no médica (IQ > 48 CnoM). Las características de los grupos son homogéneas observándose únicamente diferencias significativas en el índice de Charlson (p < 0,01) sobre todo por la comorbilidad elevada del grupo de IQ > 48 CM. Analizando datos del proceso, se observa diferencia significativa (p < 0,001) en la estancia hospitalaria, con una mediana de 8 días en el grupo IQ ≤ 48, 12 días en el grupo IQ > 48 CM y 10 días en el grupo IQ > 48 CnoM. Se observan un mayor número de complicaciones medicoquirúrgicas en los dos grupos intervenidos después de las 48 horas (p = 0,02), destacando las complicaciones cardíacas (p < 0,001) y las respiratorias (p = 0,001). Se encuentran también diferencias significativas en el destino al alta entre los tres grupos (p < 0,001), destacando el menor número de pacientes que procediendo de domicilio retornan a domicilio en los grupos IQ > 48 CM y IQ > 48 CnoM (p = 0,028). No se aprecian diferencias en la mortalidad entre los grupos.
Conclusiones: Los pacientes que se intervienen después de las 48h de ingreso tienen una mayor estancia hospitalaria, presentan más complicaciones médicas durante el ingreso y tienen una menor probabilidad de retorno a domicilio. No se aprecian diferencias de mortalidad entre grupos.

OC-058. FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD TRAS FRACTURA DE CADERA: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 2 AÑOS

M.E. Portilla Franco, L.D.R. Evangelista Cabrera, P.L. Carrillo García y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Analizar los factores predictores de mortalidad tras dos años de una intervención por fractura de cadera en mayores de 65 años.
Métodos: Estudio de seguimiento de dos años de duración tras el alta hospitalaria por fractura de cadera. Pacientes intervenidos entre agosto 2011 y febrero 2012. No se incluyen aquellos que fallecieron antes de la cirugía. Se obtuvieron variables basales sociodemográficas, funcionales (índice de Barthel, FAC-*functional ambulation classification*-), patología asociada (índice de comorbilidad de Charlson ajustado por la edad (ICh), deterioro cognitivo), tipo de fractura, días de estancia hospitalaria hasta la cirugía y cifras de hemoglobina (Hb) al ingreso. Se recogió la muerte como evento final, con un último contacto telefónico al cumplir 24 meses de seguimiento. Análisis estadístico: curva de supervivencia (Kaplan-Meier), IC95% (p < 0,05); con análisis multivariante (regresión de Cox), IC90% (p < 0,100). SPSS 15.0.
Resultados: n: 210 pacientes, 79,1% mujeres, edad 85,0 años (DE 7,5). Tipo de fractura: pertrocantérea 57,1%. Un 36,4% tenían un ICh > 5, Barthel > 80 un 49,0%, deterioro cognitivo moderado-grave 20,4%, el 8,7% tenían Hb < 11 g/dL, el 53.4% tuvo un retraso de la cirugía > 3 días. Análisis de supervivencia: se observó una supervivencia a 1, 12 y 24 meses del 95,1%, 82,5% y 73,6% respectivamente. Análisis univariante: se encontró asociación entre fallecimiento y edad > 90 años (p < 0,001), Barthel < o = 80 (p < 0,001), Hb < 11 mg/dL (p < 0,001) y ICh > 5 (p = 0,06) y tendencia estadística con retraso de cirugía (p = 0,118) y deterioro cognitivo moderado-severo (p = 0,15). En el análisis multivariante los factores asociados de modo independiente con una menor supervivencia fueron: edad > 90 años (p = 0,003), Barthel ≤ 80 (p = 0,008), Hb < 11 mg/dL (p = 0,045) y retraso de cirugía (p = 0,092).
Conclusiones: La mortalidad por fractura de cadera es más frecuente en ancianos nonagenarios y con deterioro funcional previo (Barthel ≤ 80). Parece necesaria una mejor atención durante el ingreso hospitalario en ancianos con esta patología actuando sobre aquellos factores modificables (tiempo de espera quirúrgico, anemia) de cara a un mejor pronóstico a largo plazo.

OC-059. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA APLICANDO UN NUEVO MODELO DE ORTOGERIATRÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Castellà Aumedes, J.M. Laguarda Moragues, J.D. Sulbarán Sierra, R. Sellarès Ribera y E. Duaso Magaña
Consorci Sanitari de L'Anoia. Hospital de Igualada.

Objetivos: Describir los resultados asistenciales, al comparar el modelo convencional de atención al paciente mayor con fractura de cadera, aplicando un modelo de ortogeriatría en el que la gestión del proceso recae sobre un equipo interdisciplinar de geriatría, dentro de un marco multiprofesional (geriatría, traumatología, anestesiología, rehabilitación) en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
Métodos: Estudio descriptivo pre-post en el que se han recogido variables demográficas (edad, sexo), procedencia y destino al alta, funcionalidad previa y al alta, con la utilización de los índices de Barthel (IB) y de Lawton (IL), comorbilidad con el índice de Charlson (IC), tipo de fractura, período prequirúrgico, mortalidad intrahospitalaria y estancia media hospitalaria. Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS modelo 19.0.0.
Resultados: Del 1 de julio del 2010 al 31 de diciembre de 2012 hemos atendido 344 pacientes de forma consecutiva. 79,7% han sido mujeres. Edad 84,13 (± 7,7) años. El 75,6% procedían de domicilio propio y 20,6 de residencia. Funcionalidad y comorbilidad media previas: IB 72, IL 2,3, IC 2,41. Tipo de fractura: Extracapsular 56,1%. Período preoperatorio medio de 1,9 días (más del 85,4% < 48 horas). Estancia media de 6,01 (± 2,7) días. Destino al alta: Retornan a su destino de procedencia el 56,7% de los pacientes. Ingresan en la Unidad de Recuperación Funcional el 34%; Domicilio con rehabilitación domiciliaria 35,2%; Institucionalización 28,3%. Mortalidad intrahospitalaria del 1%. Año 2009 previo al inicio de este nuevo modelo ortogeriátrico: período perioperatorio medio > 3 días. Estancia media: 15,4 días. Mortalidad intrahospitalaria: 4,2%. Al alta ingresan en unidad de recuperación funcional el 48%.
Conclusiones: El modelo de ortogeriatría llevado a cabo en una UGA ha comportado: 1. Reducción de la estancia media hospitalaria. 2. Reducción de la mortalidad intrahospitalaria. 3. Incremento del retorno al entorno propio con rehabilitación domiciliaria. 4. Reducción de los ingresos en Unidades de Recuperación Funcional.

OC-060. DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO DE COMPLICACIONES EN ANCIANOS CON FRACTURA POR FRAGILIDAD DE TERCIO PROXIMAL DE FÉMUR AL INGRESO EN URGENCIAS

C.E. Cáceres Caballero, M. Barceló Trias y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Desarrollar un modelo de predicción de complicaciones en ancianos que ingresan en Urgencias por fractura de fémur por fragilidad que permita priorizar acciones proactivas preventivas y terapéuticas.
Métodos: Se han incluido aquellos ancianos que han ingresado en un hospital general y universitario durante los años 2012 y 2013 por fractura femoral por fragilidad (FFF). Se han excluido las fracturas diafisarias y perimplante. La variable dependiente ha sido la presencia de complicaciones. En la cohorte de desarrollo (CD) de 2012 se ha realizado un análisis univariante que ha incluido variables previas sociodemográficas, de comorbilidad, de consumo de fármacos y el índice de Barthel (IB), así como el tipo de fractura y el tiempo hasta

la intervención quirúrgica (PREOP). Las variables con una p igual o inferior a 0,1 se han incluido en una regresión logística binaria "backward wald". Se ha realizado la prueba de Hosmer-Lemeshow y el estadístico *c*. Posteriormente se ha practicado un análisis de sensibilidad en la CD y en la cohorte de validación (CV) de 2013.
Resultados: Se han analizado 971 ancianos (CD 462 y CV 509). No había diferencias en cuanto a edad, procedencia, comorbilidad e IB previo. Las complicaciones fueron 45% vs 47,2% y la mortalidad hospitalaria fue 3,2% vs 3,1%. El análisis univariante no ajustado mostró como variables independientes el IB (OR 0,996; p = 0,0004), haber tomado vitamina D (OR 0,563;p = 0,001) y la fractura subcapital (OR 0,667; p = 0,008). En el análisis multivariante las variables independientes fueron el IB (OR 0,989 [IC] 95% 0,985-0,993; p = 0,0003) y PREOP (OR 1,175 [IC] 95% 1,092-1,264; p = 0,0001). La prueba de Hosmer-Lemeshow fue p = 0,642 vs p = 0,288, el estadístico c 0,645 vs 0,654, el valor predictivo negativo 87,5% vs 71,76% y el valor predictivo positivo 32,5% vs 44,2%, respectivamente en CD y CV.
Conclusiones: Una disminución del IB y un retraso en la realización de la intervención quirúrgica son los factores que mayormente influyen en la aparición de complicaciones, sin embargo sólo explican 2/3 partes de estas complicaciones. Este modelo tendría su mayor aplicación por su valor predictivo negativo y sugiere que el adelanto en la intervención quirúrgica podría disminuir la incidencia de complicaciones.

OC-061. VALOR PRONÓSTICO DE LA IL-6 DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURA PERTROCANTÉREA DE CADERA

L. Guardado Fuentes, A.C. Pérez Rodríguez, T. Wu Lai,
L. Serrano Mateo, A.L. Urda Martínez-Aedo y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Determinar la relación entre los niveles séricos de IL-6 con la aparición de complicaciones durante el ingreso hospitalario de pacientes con fractura pertrocantérea de cadera de origen traumático.
Métodos: Estudio prospectivo con pacientes mayores de 60 años que acuden a urgencia por fractura pertrocantérea de cadera. Se recogen datos demográficos, situación funcional basal (índice de Barthel y FAC), diagnóstico de deterioro cognitivo, determinaciones séricas de IL-6 (al ingreso, día de la cirugía y tras 24h, 72h y al alta), efecto farmacológico sobre las mismas y complicaciones durante el ingreso. Se excluyen: pacientes con más de una fractura, de probable origen tumoral o en situación inflamatoria-infecciosa concomitante. Se realizó una transformación logarítmica de los valores de la IL-6 y se utilizó el ANOVA de medidas repetidas para la comparación intra e intersujetos. SPSS 15.0.
Resultados: n = 77 pacientes, 80,5% mujeres, edad media 84,7 años (DE 7,8), 28,6% con deterioro cognitivo, mediana del índice de Barthel 90, mediana de FAC 5. Complicaciones totales durante el ingreso 84,4% (27,3% preoperatorios y 80,5% postoperatorias). Entre las complicaciones postoperatorias: 51,9% anemización y transfusión de hematíes, 20,8% infección urinaria, 18,2% alteraciones metabólicas, 16,9% infección respiratoria y 13,2% insuficiencia renal aguda. Fallecen 2 pacientes. El tiempo medio de observación fue de 18,4 días y la mediana del tiempo de espera prequirúrgico de 5 días. No se encontró relación entre el tiempo de espera prequirúrgico y la aparición de complicaciones. El área bajo la curva de la IL-6 en pacientes con complicaciones fue menor que en pacientes con complicaciones postquirúrgicas inmediatas, alcanzando una varianza significativa (p < 0,001).
Conclusiones: El comportamiento de la IL-6 en la fase aguda de una fractura pertrocantérea de cadera se asocia al desarrollo de complicaciones a corto plazo en el periodo postoperatorio.
Este trabajo forma parte de una beca FIS (PI11/01541).

OC-062. PREVALENCIA DE LA SEGUNDA FRACTURA DE FÉMUR EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA. INFRATRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS (OP)

C. Landa Terán, E. da Costa Venancio, F. Mingo Fernández,
S. Martínez Díaz, O. Vázquez Ibar y X. Nogués Solán
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La incidencia de una segunda fractura de fémur (FF) varía entre el 2% y el 10% según los estudios epidemiológicos. A pesar de que los bifosfonatos han demostrado reducir la incidencia de nuevas fracturas la indicación de los mismos en pacientes osteoporóticos es baja. El objetivo del estudio fue evaluar en la Unidad de Ortogeriatría del Hospital del Mar-Parc de Salut Mar el porcentaje de pacientes con una segunda FF que habían recibido tratamiento para la OP.
Métodos: Pacientes con FF ingresados en la unidad desde julio 2012 a febrero de 2014. Se recogieron datos de fracturas previas, tratamientos para la OP y se realizó evaluación cognitiva, Barthel, Lawton y registro de co-morbilidades. Se analizaron los niveles de 25 (OH) vitamina D (Vit D) en el momento del ingreso mediante Roche Modular Analytics E170.
Resultados: Se analizaron de forma prospectiva 151 pacientes. Edad media fue de 83,37 ± 6,3, 110 mujeres (edad media 84,4 ± 6,1) (intervalo 84-102) y 41 varones (edad media 82,1 ± 6,5) (intervalo 82-93) (p < 0,05). 37 (24,5%) pacientes recibían algún tratamiento para la OP, 28 (48,6%) recibían solo calcio más VitD, 7 de ellos estaban recibiendo bisfosfonatos (BF), 1 denosumab (Dmab) y 1 ranelato de estroncio (RE). De los 151 pacientes 47 habían tenido alguna fractura previa; 6 de ellos recibían BF y 1 Dmab. Los pacientes con segunda FF fueron 18 (11,9%) y solamente 4 llevaba tratamiento con BF y 7 calcio más vitD. Los niveles de 25 OH Vit D fueron 12,58 ± 11,9 sin diferencias entre varones y mujeres y un 93,4% de los pacientes tenían niveles inferiores a 30 ng/ml.
Conclusiones: La prevalencia de segunda FF fue similar a la referida en los estudios epidemiológicos y la prescripción de tratamientos activos para la OP es muy baja en todos los pacientes con fracturas previas y específicamente con FF.

OC-063. EDAD, TÉCNICA ANESTÉSICA Y TIPO DE FRACTURA: ¿IMPORTA?

D. Núñez Cámara, R. Sander y L. Morlans Gracia
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: Determinar si la edad, el tipo de anestesia utilizada y el tipo de fractura sufrida influye en los resultados durante la hospitalización del paciente anciano con fractura osteoporótica de fémur.
Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que, durante el año 2013, ingresaron en el servicio de Traumatología del Hospital San Jorge de Huesca. Datos recogidos: índice de Barthel, FAC, ECRM previos, ASA, tipo de fractura, uso de antiagregantes y anticoagulantes, estancia prequirúrgica, tipo de anestesia, necesidad de transfusión, UPP, ETE, ITU, infección de herida quirúrgica, ICC, infección respiratoria, luxación o cut out temprano, necesidad de descarga, delirium. Tasa de mortalidad y de institucionalización, Barthel y FAC al alta.
Resultados: 141 pacientes (109 mujeres), 85,77 ± 5,96 años. El 76,7% tenía un IB previo ≥ 60, FAC 5 en 49,6%. Un 38,3% padecía deterioro cognitivo previo. El 53,4% presentaban ASA II y III. El 51,8% de las fracturas fueron pertrocantéreas (más frecuentes en ≥ 80 años con p = 0,068), anestesia general en el 49,2% de los pacientes, esta decisión no influyó de forma significativa en el tiempo de espera quirúrgica (3,38 ± 2,26 días) ni en la estancia total (20,24 ± 14,31 días). Tomaban antiagregantes el 27%, éstos se operaron más con anestesia raquídea (22 vs 12 con p < 0,05). Sufrieron complicaciones clínicas el 78% (significativamente más en las pertrocantéras*): transfusión* el 38,3%, UPP 8,6%, ETE 2,1%, ITU* 24,1%, infección de herida 5,7%, infección respiratoria 23,4%, necesidad de descarga* 11,4%, delirium 34%. No sufrieron significativamente más complicaciones los pacientes ope-

rados con anestesia general. En el momento del alta el 21,5% de los pacientes caminaban sin ayudas técnicas y sólo el 25,8% había recuperado su situación funcional previa (significativamente menos en ≥ 90 años). Fallecieron 9 pacientes y precisaron institucionalización el 26,2% (más los pacientes con fractura pertrocantérea).
Conclusiones: La fractura osteoporótica de fémur supone un impacto clínico y funcional en el paciente anciano especialmente si es pertrocantérea y en nonagenarios. En nuestra muestra la toma de antiagregantes pudo influir en la decisión de la técnica anestésica utilizada. El uso de anestesia general no conllevó a una mayor tasa de complicaciones.

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

OS1: La cognición como eje del trabajo

OS-001. ESTIMULACIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER (MBAS) EN ESTADIO LEVE Y MODERADO: EFECTOS SOBRE EL ÁREA COGNITIVA EN UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

D.J. Quintana Hernández[1], J. Rojas Hernández[2], J. Rodríguez García[1], M.T. Miró Barrachina[3] e I. Ibáñez Fernández[3]
[1]CSS El Pino. Grupo Sanitario ICOT. Las Palmas de Gran Canaria. [2]Asociación Canaria para el desarrollo de la salud a través de la atención. Las Palmas de Gran Canaria. [3]Universidad de La Laguna. Tenerife.

Introducción: La práctica de mindfulness produce efectos beneficiosos y específicos sobre los procesos cognitivos, la actividad cerebral y la salud física y mental que potencialmente son relevantes para el control clínico evolutivo de la enfermedad de Alzheimer. En este estudio hemos evaluado si el MBAS es eficaz en el mantenimiento de las capacidades cognitivas.
Métodos: Se desarrolló un ECA de tres años de duración evaluando a 502 enfermos inicialmente. 127 cumplieron los criterios de inclusión: "EA probable" con criterios NINCDS-ARDA, estar en tratamiento farmacológico con donepezilo y un MMSE superior a 18 (GDS 3 y 4). Se distribuyeron aleatoriamente los sujetos a tres grupos experimentales (estimulación cognitiva, relajación muscular y MBAS) y uno control. Se evaluaron los pacientes semestralmente con el CAMCOG durante los dos años que duró el tratamiento. Posteriormente se evaluaron un año después de haber terminado el tratamiento. Se aplicaron pruebas no paramétricas.
Resultados: MBAS presenta una mejor evolución en la capacidad cognitiva que los grupos de relajación y control a partir del primer año en las puntuaciones globales del MMSE y el CAMCOG. En relación a las subescalas cognitivas del CAMCOG el MBAS es superior a los anteriores grupos en lenguaje, memoria, cálculo, praxias y pensamiento abstracto. Durante el tercer año los participantes del MBAS presentaban diferencias significativas en todas las áreas del CAMCOG con estos grupos. MBAS no presenta diferencias significativas con el grupo de estimulación cognitiva en las puntuaciones globales en el MMSE y el CAMCOG durante los dos primeros años. Sin embargo, si presenta diferencias significativas en la capacidad de expresión y en el pensamiento abstracto en la última medida en la fase de intervención. Durante el tercer año estas diferencias se consolidan a favor de la intervención en mindfulness y aparecen diferencias en atención y memoria y en las puntuaciones globales del CAMCOG y el MMSE.
Conclusiones: MBAS ha mostrado una mayor estabilidad en las puntuaciones del área cognitiva en comparación con el tratamiento farmacológico aislado u otras combinaciones de tratamientos integrales. Estos hallazgos permiten sugerir el mindfulness como una nueva herramienta a incluir en los tratamientos de estimulación cognitiva enriquecida.

OS-002. REHABILITACIÓN COGNITIVA A TRAVÉS DE LA TECNOLOGÍA

I. Bartolomé Martín
Ideable Solutions. Bilbao.

Objetivos: Comprobación de que los juegos para mayores ejecutados a través de nuevos dispositivos electrónicos, como tablets, ¿son realmente útiles para mejorar la habilidad cognitiva de los mayores?
Métodos: Los llamados "juegos serios" tienen como principales objetivos la educación, el aprendizaje o incluso la mejora de la salud de los mayores; como es el caso que nos ocupa. De unos años a esta parte, la utilidad de estos juegos se ha incrementado de forma exponencial gracias al desarrollo de videojuegos que han adquirido gran difusión con los nuevos aparatos electrónicos que son cada vez más comunes como smartphones y tablets. Según un estudio desarrollado por la Universidad de Illinois, publicado en mayo pasado en PLoS ONE, los jugadores mayores pueden ser más ágiles mentalmente jugando a videojuegos que resolviendo crucigramas. Los investigadores compararon los beneficios pensamiento-proceso en la resolución de crucigramas con un videojuego que aumenta: la velocidad mental, la memoria, la atención y la visión periférica de los jugadores: un videojuego que consistía en "un viaje por carretera" llamado "Road Tour"
Resultados: Según dicho estudio, 681 personas sanas a partir de 50 años que jugaron 10 horas a la semana durante un año a "Road Tour" mejoraron su habilidad cognitiva en al menos 3 años. Y un grupo que jugó 4 horas más ganó 4 años.
Conclusiones: Las tabletas multimedia ofrecen interfaces de pantalla táctil moderna, batería de larga duración por unidad de peso y la capacidad de encendido instantáneo. Las tabletas también son de bajo precio lo que permite abaratar su despliegue tanto en entornos domésticos como sanitarios. Además, su facilidad de uso lo hace ideal para la interacción con personas mayores. Encapsular una plataforma de rehabilitación cognitiva en juegos dentro de un tablet es un importante paso para lograr este objetivo, el de permitir a los mayores, a través de los juegos serios en tablets, mejorar sus habilidades cognitivas.

OS-003. CULPA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA: PROPUESTA Y ANÁLISIS DE UN MODELO

A. Losada Baltar[1], M. Márquez González[2], V. Fernández Fernández[1], J. López Martínez[3], C. Nogales González[1] y R. Romero Moreno[1]
[1]Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid. [3]Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Objetivos: A pesar de que la culpa es una emoción habitualmente percibida por los cuidadores familiares de personas con demencia, son escasos los estudios dirigidos a su análisis. A través de este trabajo se propone un modelo explicativo de los sentimientos de culpa en cuidadores.
Métodos: Se han realizado 454 entrevistas cara a cara con cuidadores familiares de personas con demencia (edad media = 60,62 años; DT = 13,6; 78,4% mujeres). Además de la culpa, se han evaluado variables sociodemográficas, capacidad funcional de la persona cuidada, frecuencia de comportamientos problemáticos del familiar y malestar

asociado, reevaluación, rumiación, frecuencia de actividades de ocio y sintomatología depresiva del cuidador. El análisis del modelo se ha realizado mediante ecuaciones estructurales.
Resultados: El ajuste de los datos al modelo es excelente (χ^2 = 42,89; p = 0,08; χ^2/gl = 1,41; IFI = 0,99; CFI = 0,99; RMSEA: 0,03). A través del modelo se explica un 37% de la varianza de la variable culpa y un 53% de la depresión. Ser hija/o, tener un mayor nivel de educación formal, un mayor malestar asociado a los comportamientos problemáticos, un mayor uso de la rumiación y un menor empleo de la reevaluación cognitiva se asocian directamente con mayores niveles de culpa. Otras variables, como la frecuencia de actividades, ejercen una influencia indirecta sobre la culpa. A pesar de existir una correlación elevada entre la culpa y la depresión (p < 0,01), el modelo sugiere que la relación entre la culpa y la depresión no es directa, sino que parece estar mediada, entre otras, por el uso de la rumiación como estrategia de regulación emocional.
Conclusiones: El modelo propuesto permite explicar una importante proporción de la varianza de la culpa experimentada por los cuidadores. Se han identificado diferentes variables que contribuyen a la explicación de la culpa de los cuidadores que podrían, por lo tanto, ser objetivos importantes de intervenciones para reducir esta emoción negativa tan frecuente en esta población.

OS-004. ¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑAN LAS EMOCIONES POSITIVAS SOBRE EL MALESTAR DE LOS CUIDADORES CON LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA Y DE MEMORIA DE SUS FAMILIARES CON DEMENCIA?

J. López Martínez[1], M. Márquez González[2], R. Romero Moreno[3], V. Fernández Fernández[3], C. Nogales González[3] y A. Losada Baltar[3]
[1]Universidad San Pablo CEU. Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid. [3]Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Objetivos: Cuidar a un familiar con demencia es un estresor crónico. Estudios previos indican que, tanto el malestar ante problemas de memoria y de conducta del familiar como la autoeficacia para manejarlos son cruciales en el malestar experimentado por el cuidador. Sin embargo no se ha explorado suficientemente el papel de las emociones positivas, y cuando se ha hecho ha sido como variables de resultado. Este es el caso del afecto positivo o estado en el cual la persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participativa. El propósito de este estudio es explorar el papel moderador del afecto positivo sobre la relación que existe entre el malestar de los cuidadores y la percepción de autoeficacia para manejar estos problemas tal como propone el Modelo Revisado de Estrés de Folkman (2008).
Métodos: Se evaluaron en 155 cuidadores familiares de personas con demencia sus niveles de malestar ante los problemas de conducta y memoria del familiar, su percepción de autoeficacia para manejar dichos problemas y el afecto positivo. Se realizaron regresiones jerárquicas utilizando puntuaciones z de las variables independientes para reducir los problemas de multicolinealidad.
Resultados: Los participantes tenían una edad media de 60 años (DT = 12,78) y mayoritariamente mujeres (75,5%). Los análisis de regresión para el malestar ante los problemas de conducta y de memoria, que en un primer paso introducen variables de control (sexo, edad del cuidador y tiempo que llevan cuidando), mostraron que tanto la autoeficacia para manejar los problemas de conducta (p = 0,009), como el afecto positivo (p = 0,049), como la interacción entre ambas variables (p = 0,026) ofrecieron puntuaciones estadísticamente significativas.
Conclusiones: Estos resultados sugieren que las emociones positivas, y en concreto el afecto positivo, tienen un efecto moderador en el malestar del cuidador. Cuidadores que tienen que afrontar numerosos problemas de conducta de sus familiares cuando experimentan un elevado afecto positivo el sentimiento de autoeficacia para manejar los problemas también se mantiene elevado. El afecto positivo no debe ser considerado únicamente como una variable final (de resultado) del proceso de estrés sino también como una variable moderadora en este proceso.

OS-005. VARIABLES MODULADORAS EN LA ANSIEDAD DEL CUIDADOR FAMILIAR DE PERSONAS CON DEMENCIA

J. Vaquero Sesmero, A. de la Herrán Gómez, L. Llaguno Cuesta y A. Losada Baltar
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Objetivos: La ansiedad de los cuidadores familiares de personas con demencia apenas ha sido estudiada. A través del presente trabajo se pretende analizar las posibles variables psicológicas que, de acuerdo con el modelo de estrés y afrontamiento, pueden modular la ansiedad en cuidadores familiares de personas con demencia.
Métodos: Se llevaron a cabo entrevistas con cuidadores de personas con demencia (edad media = 61,3; DT = 14,5; 77,2% mujeres). Se evaluaron los datos sociodemográficos (edad y género del cuidador, años que ha estudiado y si actualmente trabaja o no) y otros datos relativos a la situación de cuidado (parentesco con la persona cuidada). Además, se evaluó la frecuencia de comportamientos problemáticos, reevaluación cognitiva, rumiación, evitación experiencial, sentimientos de culpa, función familiar, frecuencia de actividades de ocio y ansiedad. Los datos se han analizado mediante regresión jerárquica, introduciendo en un primer paso los datos sociodemográficos, en un segundo los estresores, en un tercero las estrategias de regulación emocional (reevaluación cognitiva, rumiación, evitación experiencial y sentimientos de culpa), en un cuarto la función familiar y, por último, la frecuencia de actividades de ocio.
Resultados: El modelo propuesto fue significativo (F = 18,83; p 0,001) y explica un 56% de la varianza de la ansiedad de los cuidadores. Todos los pasos fueron significativos (p < 0,01). En el modelo final, los cuidadores con más ansiedad son aquellos que informan de mayor frecuencia de comportamientos problemáticos del familiar (p < 0,01), tienen menor edad y cuidan de personas con menor capacidad funcional (p < 0,05), y aquellos que informan de un uso más frecuente de la culpa, la evitación experiencial y la rumiación y el uso menos frecuente de reevaluación, realizar un menor número de actividades gratificantes e informar de una peor función familiar (p < 0,01).
Conclusiones: Los resultados sugieren que las variables moduladoras evaluadas (regulación emocional, función familiar y actividades de ocio) contribuyen de forma significativa a la explicación de la ansiedad de los cuidadores. Se discutirán las implicaciones prácticas de los resultados.

OS-006. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN CHIHUAHUA, MÉXICO

M. Ornelas Contreras[1], E.V. Benavides Pando[1], G. Gastélum Cuadras[1], J.R. Blanco Ornelas[1] y J. Viciana Ramírez[2]
[1]Universidad Autónoma de Chihuahua. México. [2]Universidad de Granada.

Objetivos: Comparar la percepción de la calidad de vida de adultos mayores en función del grado de dependencia, utilizando el cuestionario de calidad de vida SF-36 y el Índice de Katz.
Métodos: Estudio descriptivo no experimental y transversal, participando 621 sujetos, 366 mujeres y 255 hombres, edades entre 60 y 98 años, media de 70.11 y desviación estándar de 7.40 años. Sin limitación psíquica que impidiera la comunicación para contestar las preguntas.
Resultados: Se encontraron diferencias significativas entre los adultos mayores dependientes e independientes en los 8 dominios del SF36. Dominio Función Física F (1,619) = 97,196; p < 0,001) los dependientes se perciben con más limitaciones para llevar a cabo actividades físicas incluido bañarse. Dominio Función Social F (1,619) =

48,771; p < 0,001) los dependientes se perciben con menos posibilidades de llevar a cabo actividades sociales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales. Dominio Rol Físico F (1,619) = 69,868; p < 0,001) los independientes se perciben con menos problemas con el trabajo u otras actividades diarias. Dominio Rol Emocional F (1,619) = 61,181; p < 0,001) los dependientes se perciben con mayor problema en el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales. Dominio Salud Mental F (1,619) = 39,690; p < 0,001) los independientes se perciben con un mayor sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo. Dominio Vitalidad F (1,619) = 28,032; p < 0,001) los dependientes se perciben, la mayor parte del tiempo, más cansados y exhaustos. Dominio Dolor Corporal F (1,619) = 33,654; p < 0,001) los dependientes se perciben con mayor dolor y limitaciones. Dominio Salud General F (1,619) = 53,098; p < 0,001) los dependientes evalúan como mala su salud y creen posible que empeore.

Conclusiones: Los mayores independientes, se perciben mejor en las 8 dimensiones del SF36. La utilidad de detectar la percepción de calidad de vida permite establecer, planes específicos de actividad física, para el cuidado de la salud, contribuyendo así a mantener la autonomía y la independencia en las actividades básicas de la vida cotidiana.

OS-007. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS

M.D.L.P. García Díaz[1], K. Thomas[2], N. Guerre[2] y A. Sanjoaquín Gracia[2]
[1]Fundación Hospital de Mollet. Barcelona. [2]Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: Valorar en los usuarios del Servicio de urgencias: prevalencia de demencia y motivo de atención más frecuente en paciente con demencia.

Métodos: Descriptivo retrospectivo de pacientes > 70 años que acudieron al SUH del HSJ de Huesca entre enero-Marzo del 2012para una consulta médica. Variables: edad, sexo, convivencia, acompañamiento en SU, destino previo/alta, tipo de traslado, motivo de ingreso, reingreso, polimedicación, diagnóstico previo de demencia, y tipo demencia, servicio de ingreso hospitalario, tratamiento previo (IACES o mematina, psicofármacos). SPSS 15.0.

Resultados: N: 604 > 71 años, (52,2% H). Diagnóstico previo demencia: 75, (mujeres 58,7%), edad media: 86,53 ± 6,3 (> 70: 26%, 81-90 años: 58,6%, > 90 años: 14%). 64% presentan Demencia sin especificar 13,3%, Alzheimer, 8,7% mixta, 2,7% vascular, 1,3% D. Parkinson. Traslado en UVI móvil 10,7%. Motivo consulta: disnea en enfermedad cardiaca 14,7%, focalidad neurológica 10,7%. Diagnóstico más frecuentes alta: síntomas cardiovasculares 13,3%, caídas y síntomas gastrointestinales 12% respectivamente, alteración nivel de conciencia: 9,3%, fiebre y alteración de conducta: 4% respectivamente, deshidratación 2,7%, ulceras 1,3%. 22,7%, Destino alta: 57,3% ingreso hospitalario, domicilio 41,3%, residencia 1,3%. 48% polimedicación (6-10: 36%, > 10: 12%). 73,3% no tratamiento específico demencia, los que llevaban tratamiento IACE (rivastigmina 20%, donezepilo 4%, galantamina 2,7%) memantina 5,3%. Otros fármacos: NL atípicos: 22,7, típicos: 4,1%, BZD: 26,7%, trazodona 12%, Significación estadística: úlceras y demencia p = 0,000, alteración nivel de conciencia/delirium y demencia, p = 0,05 demencia y toma de neurolépticos, atípicos y trazodona.

Conclusiones: La incidencia de pacientes con demencia es de un 12%, similar a bibliografía nacional e internacional. Perfil de pacientes mujeres mayores de 86 años motivo de atención patología neurológica/delirium. Mayor número de traslado en UVI-móvil en pacientes con demencia posiblemente por la dependencia funcional y la gravedad de la clínica. Un 4% de los pacientes con demencia ingresaron en el servicio de de cirugía requirieron hospitalización y tratamiento quirúrgico. Un 48% estaban polimedicados ≥ 6 fármacos por lo cual debemos aprender estrategias de desprescripción cuidadosa de fármacos encaminada a suspender medicamentos que se han ido acumulando en tratamiento del paciente con demencia ya que existe un alto consumo de psicofármacos. Los resultados de nuestro estudio han demostrado la hospitalización es frecuente en pacientes con demencia, objetivando considerable costo sanitario de la atención con reingresos hasta un 21%.

OS-008. ESTABILIDAD TEMPORAL DE LOS INDICADORES DE RESERVA COGNITIVA EN UN ESTUDIO SOBRE DETERIORO COGNITIVO LIGERO

D. Facal[1], C. Lojo-Soane[1], O. Juncos-Rabadán[1], J. Guàrdia-Olmos[2] y A.X. Pereiro[1]
[1]Universidad de Santiago de Compostela. [2]Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament. Universidad de Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es comprobar si existen diferencias entre primera y segunda evaluación en distintos indicadores de reserva cognitiva (hábitos de lectura, frecuencia de actividad social, frecuencia de actividad cultural, puntuaciones en vocabulario como medida de inteligencia cristalizada), como paso previo al estudio longitudinal del efecto de la reserva en el rendimiento cognitivo. Se analizan las diferencias en una muestra de 216 personas mayores de 50 años que presentaban quejas subjetivas de memoria y participaron en la primera (línea base) y la segunda evaluación (primer seguimiento) en un estudio sobre deterioro cognitivo ligero (DCL).

Métodos: De los 216 participantes, en la primera evaluación 151 resultaron controles, 33 DCL unidominio amnésico, 14 DCL multidominio amnésico y 18 DCL no amnésico. Se realizaron análisis de medidas repetidas utilizando como referencia temporal la estrategia de intervalos solapados (9–15, 12-18, 15-21, 18-24, 21-27, y 24-30 meses).

Resultados: La mayoría de medidas de reserva cognitiva no muestran diferencias significativas entre la primera y la segunda evaluación, exceptuando una mejoría significativa en puntuaciones en el subtest de vocabulario del WAIS en todos los grupos, que puede explicarse por el efecto de aprendizaje. Este patrón se mantiene en los diferentes intervalos temporales. Se obtiene también en todos los grupos una disminución a través del tiempo en las puntuaciones de actividad social, si bien únicamente entre los 15-21 y los 18-24 meses.

Conclusiones: Las puntuaciones de reserva cognitiva se mantienen, en general, en todos los grupos y en los diferentes intervalos temporales. Cuando se producen cambios, estos son homogéneos en todos los grupos diagnósticos. Esta relativa estabilidad temporal permitirá el estudio del efecto de la reserva en los cambios a través del tiempo tomando como referencia los indicadores registrados en la primera evaluación.

OS-009. RELACIÓN ENTRE ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

S. Fernández Prado[1], J.M. Mayán Santos[1], M. Gandoy Crego[1], M. Antelo Martelo[1] y J. Parra Marujo[2]
[1]Universidad de Santiago de Compostela. [2]Gerontologia. Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa. Portugal.

Objetivos: Analizar la relación entre una experiencia de estimulación de la memoria y la calidad de vida de un grupo de personas mayores.

Métodos: El número de sujetos participantes en este estudio fue de un total de 42 sujetos de más de 65 años, residentes en su entorno de referencia (su propio hogar, hogar familiar...), independientes y autónomos para todas las actividades de la vida diaria. Todos presentan alteraciones de la memoria asociadas a la edad, nivel de estudios primarios y carecen de depresión. El Programa de Estimulación de Memoria ha sido diseñado, implementado y supervisado por el

Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, dentro de su Programa de Doctorado en Gerontología y tuvo una duración de 14 meses. Se han administrado el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, el Test RIVERMEAD y el Cuestionario CUBRECAVI antes de la participación, a los 6 meses aproximadamente y al término del programa. Los datos han sido analizados mediante SPSS.
Resultados: Se ha podido confirmar aumento en el rendimiento de memoria así como cambios positivos en la percepción de la calidad de vida de las personas participantes, sobre todo en la subescala de salud, integración social y actividad-ocio.
Conclusiones: Son muchos los estudios que respaldan las aportaciones positivas que los programas de estimulación cognitiva y/o de la memoria ofrecen al rendimiento cognoscitivo de las personas mayores (Montejo et al. 2001; Novoa, Juárez y Nebot, 2008, entre otros); sin embargo, son escasos los que complementan sus hallazgos con otras posibilidades de análisis, como pueda ser analizar la correlación con la percepción de la calidad de vida de los sujetos.

OS2: Tecnología y futuro

OS-010. PREVENCIÓN DE RIESGOS DOMICILIARIOS A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE HÁBITOS DE VIDA. LA TECNOLOGÍA DOMICILIARIA, UNA HERRAMIENTA EN FAVOR DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

D. García Fernández-Caro, A. Jiménez Lara y L. Sánchez Rissech
Personalia. Madrid.

Introducción: Este proyecto de investigación, realizado por Personalia (servicios sociales y sanitarios de Fundación ONCE) ha desarrollado un modelo específico de implantación de tecnología asistida domiciliaria para monitorizar los principales hábitos de vida de los usuarios en su propio domicilio. Los cambios en dichos hábitos de vida han demostrado ser importantes herramientas predictivas para evitar emergencias en la vida cotidiana.
Objetivos: A través del estudio de patrones de comportamiento, captados por los sensores tecnológicos, se trataba de verificar las actividades diarias en situación de "normalidad" y "no normalidad" para poder anticiparse a emergencias sociales y sanitarias. Se perseguía también identificar la mínima infraestructura tecnológica domiciliaria para poder implantar el proyecto a escala, entre el segmento de usuarios valorado como frágil atendidos desde una plataforma de Teleasistencia Domiciliaria.
Métodos: El proyecto ha implantado tecnología domiciliaria básica y no intrusiva de última generación en dispositivos de Teleasistencia. Se ha utilizado tecnología: magnética (apertura de puerta del domicilio y del frigorífico), infrarroja pasiva (dormitorio, cocina, baño, pasillo, salón) y de presión/contacto (sillón/sofá y cama). Todos los dispositivos se conectaban con el terminal de Teleasistencia que integraba la información y la consolidaba en el Centro de Llamadas de Teleasistencia. En total se han implantado en cada domicilio 9 dispositivos tecnológicos. Muestra: 40 usuarios frágiles (valorados por Escala de Barber) del Servicio Público de Teleasistencia del Ayuntamiento de Madrid, monitorizados durante 6 meses en modo 24 × 7.
Resultados: Los usuarios han evaluado y recibido muy positivamente la implantación tecnológica domiciliaria. No se han producido incidencias con la tecnología, se han registrado hasta 74 incidencias de diversos tipos (leves a muy graves) que han permitido la observación de cambios de comportamiento relacionados con las incidencias domiciliarias (antes y después que éstas se produzcan.).
Conclusiones: Se ha observado una correlación positiva por cambios de comportamiento previos al desencadenamiento de una incidencia o emergencia. Proponemos como conclusión efectiva, la implantación de hasta 11 alarmas preventivas domiciliarias, relacionadas con la modificación de las actividades de la vida diaria en el domicilio, que pueden ser introducidas y estandarizadas en la operativa del Centro de Atención de llamadas a usuarios.

OS-011. ¿SE ESTÁ REDUCIENDO LA BRECHA DIGITAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS?

R. Poveda Puente[1], S. Pinazo[2] y J.M. Belda[2]
[1]Instituto de Biomecánica de Valencia. [2]Facultad de Psicología. Universitat de València.

Objetivos: Conocer factores relevantes que disminuyen la brecha digital en las personas mayores, mediante el análisis de uso de las Nuevas Tecnologías.
Métodos: Estudio exploratorio realizado mediante cuestionario estructurado *online* dirigido a personas mayores de la Asociación Grupo Mayores de Telefónica. Muestra del estudio: 121 personas mayores. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS v15.
Resultados: 77% de las personas mayores entrevistadas manifiestan tener interés ante el uso las nuevas tecnologías y un 96,6% consideran útil conocer cómo funcionan. Según los datos obtenidos está reduciéndose la brecha digital en este grupo poblacional, al comparar los datos con el estudio de Vodafone (2012, *TIC y Mayores conectados al futuro*); se observa un claro incremento en el uso habitual del ordenador desde el 32% del estudio de Vodafone (2012) al 67,8% de nuestros entrevistados; otro ejemplo es el inicio de compras vía internet que supone un 12,4% entre nuestros entrevistados. En el momento de formarse en nuevas tecnologías, nuestros entrevistados, solicitan en primer lugar cursos de conocimientos básicos de ordenador y funcionalidades de teléfonos móviles. Según el 97% de los entrevistados y por su experiencia personal es útil disponer del conocimiento adecuado en nuevas tecnologías para la vida diaria.
Conclusiones: Los datos obtenidos muestran una tendencia a la reducción de la brecha digital. Sin embargo, existen grandes diferencias en función del perfil de persona mayor. Dentro del grupo de personas mayores se está incrementado el interés uso de las nuevas tecnologías para su uso cotidiano. Cada vez más personas demandan la adquisición de nuevos conocimientos que les permitan ser autónomos en el uso de las tecnologías. Es necesario seguir avanzando en el conocimiento de las motivaciones y características funcionales que incrementan el uso de tecnologías entre las personas mayores, para que estos se puedan beneficiar de las ventajas de su uso en su vida diaria y les ayuden en el desarrollo de una vida autónoma.

OS-012. PLAN PARA CONVERTIR UNA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN RESIDENCIAL Y DIURNA EN UNA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

L. Ruiz Bermejo, M. Vehils Blanco, R. Monterde Roldán, P. Viacava Ahumada, N. Figueras i Vigara, M. Escudero Canal y F. Yáñez Tena
Eulen Sociosanitarios. Barcelona.

Objetivos: Cambiar nuestro modelo de atención en un modelo de atención centrada en la persona para mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de nuestros servicios.
Métodos: Diagnóstico de centros mediante cuestionario autoevaluación medidas que fomentan la atención centrada en la persona (ACP),

material adaptado con finalidad didáctica por el Instituto Universitario Avedis Donabedian de "Strategies for leadership", Pacient and family centered care, Ed. Institute for family-centered care. 2004, y detección de barreras y facilitadores para su implementación. Definición y desarrollo de 4 líneas estratégicas de actuación (octubre 2012–diciembre 2014): 1. PIAI Centrado en la Persona, 2. Sensibilización y formación profesionales, 3. Flexibilización organización y adaptación entorno, 4. Participación activa personas usuarias. En las fases de cambio de modelo se planificaron diversas actuaciones enmarcadas en planes de liderazgo, comunicación, motivación y formación para profesionales y personas usuarias/familias. Sistema evaluación: monitorización batería indicadores; grado cumplimiento actuaciones planificadas; impacto en personas usuarias mediante comparación resultados escalas calidad de vida 2013-2014 (FUMAT y QUALID) e impacto en la organización mediante comparación cuestionario autoevaluación de medidas que fomentan la ACP septiembre 2013-2014.

Resultados: Participantes 188 personas usuarias y 91 profesionales atención directa de diferentes perfiles profesionales (2 residencias y 4 centros de día). Resultados septiembre 2013: el porcentaje PIAIs consensuados con personas usuarias y/o familias oscilaba entre el 78 y 100%, el 100% de PIAIs estaban actualizados, en 5 de los 6 centros se utilizaban nuevas herramientas de soporte en la elaboración del PIAI, el 50,5% de profesionales de atención directa habían participado en alguna formación de ACP, creación 3 grupos que trabajan documentos de soporte para profesionales y persona usuarias, actualización misión empresa introduciendo conceptos de ACP, implicación de todos los mandos directivos y equipos muy motivados con el nuevo modelo y abiertos al cambio.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren un cambio en nuestra mirada, en nuestro lenguaje y cómo nos relacionamos y cómo acompañamos a las personas usuarias. Durante este año el plan se centrará en el profesional de referencia enmarcado en la figura del gerocultor mediante acciones sensibilización, formación y flexibilización de la organización de los centros.

OS-013. LA PROBLEMÁTICA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN MUNICIPIOS DE MÁS DE 5.000 HABITANTES

P. Castejón Villarejo y P. Rodríguez Rodríguez
Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.

Objetivos: Determinar los principales problemas de los que adolece en la actualidad el Servicio de Ayuda a Domicilio detectados por los técnicos de las corporaciones locales.

Métodos: Desde un enfoque de complementariedad metodológica cualitativa y cuantitativa se ha realizado un análisis estadístico en base a una encuesta representativa de municipios con más de 5.000 habitantes exceptuando aquellos cuyas provincias gestionan directamente el SAD. Quedaron excluidos los municipios con poblaciones inferiores a 5.000 habitantes porque en su mayoría gestionan el servicio a través de mancomunidades. Los datos fueron facilitados por los técnicos responsables de la gestión del SAD obteniéndose una muestra final de 387 municipios. Por otra parte se organizaron tres grupos focales de tamaño reducido compuestos por técnicos y directivos de Servicios Sociales de Administraciones Locales (ayuntamientos y diputaciones provinciales), procedentes de: Barcelona, Huelva, Madrid, Málaga, Salamanca y Guadalajara, profesionales y directivos de empresas prestadoras de SAD y representantes de Colegios profesionales de Educación Social y de Trabajo Social.

Resultados: Un 52% de los Ayuntamientos estudiados se señala que el SAD no se adapta bien a las necesidades de las familias por su baja intensidad. El 44,3% de estos Municipios no tienen cubierta la demanda. Pese a que en un 72% de estas Corporaciones se señala que los servicios complementarios al SAD (comidas, lavandería, fisioterapia, etc.) son muy satisfactorios para las personas usuarias, existe un 45% que no los prestan, la mayor parte de las veces por falta de presupuesto.

Conclusiones: Tras la aplicación de la LAPAD y el Decreto-ley 20/2012 ha habido descenso en la prescripción de SAD; el personal técnico señala que ha sido "absorbido por la Dependencia", dejando de dar servicio o disminuyendo la intensidad de éste a otras poblaciones diana. Perciben la externalización y subcontratación como un descenso en la calidad del servicio, pues lo ven en estrecha relación con aumento de rotación del personal, perfiles poco cualificados y con bajos salarios. Sin embargo, esta desprofesionalización va en la línea opuesta a lo que se dibuja como una de las principales recomendaciones cara al futuro del servicio, que debería orientarse una mayor especialización en aras de su costo-eficiencia.

OS-014. EFECTOS DE LA IMPLANTACIÓN DIFERENCIAL DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE USUARIOS DE RESIDENCIAS EN EL PROYECTO ETXEAN ONDO

A. García-Soler[1], P. Díaz-Veiga[1], E. Rivas[2], E. Abad[3], N. Suárez[4], G. Mondragón[5], C. Buiza[5] y M. Sancho[1]
[1]Matia Instituto Gerontológico. Madrid. [2]Centro Gerontológico Lamorous. San Sebastián-Donostia. [3]Fundación Matia-Centro Gerontológico Lamorous. San Sebastián. [4]Fundación Matia. Centro Ricardo Bermingham. San Sebastián. [5]Fundación Matia-Lahar Elkargoa. Centro Fraisoro. Zizurkil. Guipúzcoa. [6]Fundación Matia. Centro Gerontológico Rezola. San Sebastián.

Introducción: El proyecto Etxean Ondo ("estar en casa bien") busca el cambio del modelo de atención tradicional médico-hostelero (MT), cuyos objetivos son garantizar las condiciones de salud y maximizar las funciones de los usuarios, a un modelo de atención centrado en la persona (ACP), cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida.

Objetivos: El objetivo del estudio fue establecer las diferencias en la variable calidad de vida entre los participantes asignados al modelo ACP y los asignados al MT.

Métodos: Se diseñó un programa con base en el modelo ACP de intervención multinivel en los entornos físico, social y organizativo para la promoción de autonomía y bienestar. Se implantó diferencialmente en el grupo experimental (GE) en contraposición al MT (GC) en dos grupos de deterioro: cognitivo leve (DCL) y grave (DCG) evaluados por el MEC y el SMMSE, dando lugar a 4 grupos de sujetos que participaron durante toda la intervención: DCLGE (n = 26), DCLGC (n = 24), DCGGE (n = 14), DCGGC (n = 14). Se evaluó la calidad de vida, antes de las intervenciones, a los 6, 12 y 18 meses. Se utilizaron las pruebas prueba U de Mann-Whitney la t de Student para las comparaciones de medias en la variable calidad de vida, valorada por medio de las escalas FUMAT y QUALID.

Resultados: En las comparaciones intergrupo, se identificaron diferencias significativas en la escala FUMAT a favor del grupo control con deterioro cognitivo leve ($t = 4{,}51$; $p = 0{,}000$) en la evaluación pre. Estas diferencias no se registraron en ninguna evaluación post. El grupo experimental con deterioro cognitivo grave mejoró significativamente en la Escala QUALID en las sucesivas evaluaciones post ($z = 54$, $z = 34$, $z = 46{,}5$; $p < 0{,}05$).

Conclusiones: Los resultados apoyan la efectividad de las intervenciones implementadas sobre la calidad de vida de los usuarios de residencias, especialmente en el caso de las personas con mayor deterioro cognitivo. Las evidencias identificadas contribuyen a avalar en nuestro contexto las posibilidades y efectos de la aplicación de modelos de atención que consideran, además de la necesidad de cuidado, las preferencias y deseos de las personas que viven en Centros Gerontológicos.

OS-015. ESTUDIO SOBRE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE CALIDAD DE VIDA (FUNDACIÓN GENERAL UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. CRE-A SALAMANCA -IMSERSO- Y HARTFORD [PROGRAMA DE COOPERACIÓN TRANSFRONTERIZA SOBRE ENVEJECIMIENTO ESPAÑA-PORTUGAL (POCTEP)])

L. Bermejo García[1], A.I. Rodríguez Hernández[2], R. García González[2] y E. Cabeza Valdés[3]
[1]Profesional Autónoma. Santander. [2]Hartford. Salamanca. [3]Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional Enrique Padre Ossó. Universidad de Oviedo.

Objetivos: 1º: Diseñar y desarrollar un recurso temporal de atención diurna para personas con demencia (PcD) leve y leve/moderad, basado en el Modelo de Calidad de Vida (CV) y la Atención Centrada en la Persona (ACP). 2º: Analizar: A. Funcionamiento de la UCV: rol activo, autonomía y participación de las personas usuarias y de sus familiares; metodología de trabajo y desempeño de los profesionales, impacto en la organización. B. Impacto de la experiencia de la UCV en las personas con demencia, sus familiares y los profesionales.
Métodos: Método de investigación: Diseño cuasi-experimental (N = 15), pre-post con grupo control, con evaluación externa/ ciega en Autopercepción (y de sus familiares) de Calidad de Vida Global (Escala QOL-AD4); funcionalidad -ABVD y AIVD- (Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody); cognitiva (Adas-Cog). Metodología cualitativa (etnografía educativa: métodos de recogida de datos de tipo interactivo y no interactivos) para el análisis en profundidad del desarrollo y funcionamiento de la UCV. Método de intervención en la UCV: propio de la ACP. Además, en el grupo experimental se ha realizado un análisis más profundo en autopercepción de su CV Global (instrumentos "*ad hoc"*); valoración ocupacional, funcional y cognitiva -Instrumentos del MOHO-; implicación en actividades y roles de la UCV y experiencia en primera persona de la demencia y su estigma.
Resultados: La aplicación del modelo de CV y ACP: Hip. 1ª y 2ª: Produce mejoras en el ámbito de la CV de la PcD y ralentiza las situaciones de dependencia y heteronomía. Hip.3ª: Sensibiliza a los familiares acerca de la condición de persona de su familiar con demencia. Hip. 4ª y 5ª: Modifica la visión de los profesionales acerca de las PcD y de su desempeño profesional y permite visibilizar una nueva forma de organización de un recurso de atención diurna.
Conclusiones: Es necesario generalizar el Modelo de CV y ACP en los centros de atención a personas con demencia e investigar su efecto en éstas, en sus familiares y en los profesionales.

OS-016. DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL AVANCE EN LA MEDICIÓN DE LA AMIGABILIDAD DE LOS ENTORNOS

E. del Barrio, M. Sancho, A. Indart, A. Tomasena y G. Elortza
Matia Instituto. Madrid.

Introducción: El movimiento de amigabilidad de los entornos con las personas mayores nace promovido por la OMS en 2005 bajo el nombre de Age-Friendly Cities (AFC). El programa se inició con la realización de 33 pilotos en ciudades de todo el mundo para medir su grado de amigabilidad. A partir de esta investigación se elaboró la "Guía: Ciudades Globales Amigables con los mayores" (OMS, 2007). Esta Guía, junto con el protocolo de Vancouver (OMS, 2007), ha servido de base metodológica para el desarrollo del diagnóstico de todas las ciudades adheridas a nivel mundial. Durante estos 7 años de recorrido, la metodología de trabajo ha sido adaptada para cada uno de estos lugares con diferentes grados de protocolización y rigurosidad. Es por esto que se hace necesario desarrollar herramientas para el análisis de la amigabilidad de los entornos en base a una metodología científica rigurosa.
Objetivos: Diseñar herramientas para medir el grado de amigabilidad de los entornos para el desarrollo de la fase Diagnóstico de proyectos asociados a la iniciativa AFC.
Métodos: 1. Revisión bibliográfica de herramientas utilizadas en otros países y ciudades, además de la Guía (OMS, 2007) y el Protocolo (OMS, 2007). 2. Diseño de una herramienta cuantitativa en forma de cuestionario en el que se incluyen variables que hacen referencia a las 8 Áreas de Investigación-Acción. 3. Validación de la herramienta en 5 municipios el marco del Proyecto Euskadi Lagunkoia-Amigable, puesto en marcha por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y desarrollado por Matia Instituto.
Resultados: Se ha elaborado un Cuestionario de Amigabilidad que recoge 61 ítems para la medición de la amigabilidad de un municipio urbano. Estos ítems se miden a través de una escala likert de 5 puntos. Con la conjugación de estos ítems y de sus puntuaciones, se obtiene una variable para la medición de la amigabilidad total, que supone obtener en una sola cifra el grado de amigabilidad de un municipio, ciudad o entorno urbano.
Conclusiones: La herramienta desarrollada parece adaptarse bien a entornos urbanos y obtener de manera cuantitativa la opinión ciudadana sobre el grado de amigabilidad de su municipio.

OS-017. LA PSICOGERONTOLOGÍA COMO DISCIPLINA FUNDAMENTAL EN LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE LOS ALUMNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.L. Delgado Losada[1], M.I. Casado Morales[1], G. Castaño Collado[1], M.E. Olivares Crespo[2], M.F. Berrocal Berrocal[1] y C. Verdejo Bravo[2]
[1]Universidad Complutense de Madrid. [2]Universidad Complutense. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La psicogerontología es una disciplina básica en la formación académica de los estudiantes de ciencias de la salud.
Objetivos: Evaluar las competencias y conocimientos adquiridos por los alumnos del Grado de Terapia Ocupacional (TO) a través de la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE) en la que se utilizaron, entre otras metodologías e instrumentos, pacientes estandarizados para evaluar sus conocimientos, competencias y habilidades obtenidas por los alumnos en diversas áreas, entre ellas en el ámbito de la Psicogerontología.
Métodos: Muestra: 48 estudiantes de 4º curso de TO de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) en el curso académico 2012-13. El Comité de Prueba de la ECOE diseñó un circuito con 10 escenarios de evaluación que permitían evaluar los conocimientos, competencias y habilidades objeto de la obtención del Grado, de los cuales 5 eran con paciente estandarizado, en 2 de ellos se presentaron casos relacionados con la Psicogerontología. Esta disciplina ha tenido un elevado peso en el desarrollo de la prueba. Se evaluaron sus habilidades técnicas y procedimentales, sus habilidades de comunicación, su capacidad para la elaboración de la anamnesis ajustada al caso, la evaluación cognitiva, afectiva y social, el diseño de un plan de intervención ajustado al caso clínico, los aspectos éticos y la responsabilidad profesional.
Resultados: Se calcularon las puntuaciones por áreas de competencias y por escenario. En los 2 casos con paciente mayor el grupo de alumnos obtiene puntuaciones más elevadas que las obtenidas en los casos que no evaluaban a pacientes mayores en la competencia de habilidades de comunicación y en el diseño de programas de intervención. En las competencias de habilidades técnicas y procedimentales, de anamnesis y recogida de información las puntuaciones son similares para los 5 casos.
Conclusiones: Saber comunicar y dispensar un trato centrado en la persona es una de las competencias básicas en Psicogerontología. La prueba ECOE se presenta como un método fiable, válido y factible para evaluar las competencias y los conocimientos de los alumnos.

OS-018. CREACIÓN DE UN COMITÉ DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE DÍA SARQUAVITAE MORATALAZ (MADRID)

Y. Ramos Guerrero, L. Sánchez Sanz, M.C. Hernampérez González, I. Ancizu García y R. Vaca Bermejo
Centro de Día SARquavitae Moratalaz. Madrid.

Introducción: Se detecta la necesidad de intervenir para transformar el rol de las personas mayores que cuidamos como simples receptoras de actividades a otro más activo en el que son protagonistas de sus decisiones y colaboran de forma significativa en la planificación del día a día del centro. En este contexto, se crea un comité de evaluación de actividades integrado por usuarios y profesionales cuyo objetivo es trabajar conjuntamente en el desarrollo de actividades interesantes y significativas.
Objetivos: Objetivo general: mejorar el grado de participación en actividades y el nivel de satisfacción de los usuarios. Objetivos específicos: adaptar las actividades a las preferencias de los usuarios; mejorar sus habilidades sociales, relaciones interpersonales y capacidades comunicativas y favorecer el desempeño de los roles sociales y aumentar el sentimiento de utilidad de los usuarios.
Métodos: Se realiza un proceso de selección de los integrantes del comité con listas abiertas no excluyentes. Como requisito se incluye el interés por participar y la ausencia de un grado importante de deterioro cognitivo. En marzo de 2013 se constituye el comité formado finalmente por el equipo técnico del centro (trabajador social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) y 9 usuarios. Las reuniones del Comité se planifican con una periodicidad trimestral. En junio de 2013 se recogen los comentarios de los usuarios relativos a las mejoras, cambios y creación de nuevas actividades. Se proponen actividades como el taller de lectura, cine fórum, taller recreativo, encuentros intergeneracionales y teatro. En septiembre de 2013 se implantan todas las actividades desarrolladas.
Resultados: Para comprobar la utilidad del Comité y poder evaluar la consecución del objetivo general planteado, está prevista la evaluación de la participación y la satisfacción durante el mes de abril de 2014, cuando se cumpla el primer año del comienzo del proyecto. Se espera mejorar en habilidades sociales, relaciones interpersonales, capacidad de comunicación y sentimiento de utilidad de los usuarios del centro.
Conclusiones: La puesta en marcha de este tipo de iniciativas, enmarcadas en un modelo de atención centrado en la persona, maximizan las oportunidades de realizar actividades motivadoras y significativas.

OS3: Envejecimiento activo

OS-019. INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN EN SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA LEVE

G. Gómez Andino, A. Rivero Fernández, L. Coll i Planas, J. González Guerra, E. Verge y G. Gabriele Muñiz
Institut de l'Envelliment. Universidad Autónoma de Barcelona.

Objetivos: 1) Motivar cambios de conducta en personas mayores con dependencia leve que promuevan el envejecimiento activo y saludable. 2) Aumentar el tamaño de la red social de los participantes. 3) Facilitar la participación social de las personas con dependencia en los centros sociales.
Métodos: Diseño de una intervención psicopedagógica basada en el modelo de cambio de conducta de Prochaska y Diclemente (1983). Se implementa en centros sociales de personas mayores en 8 sesiones grupales de dos horas semanales. La metodología consiste en desarrollar estrategias cognitivas y conductuales (Marcus y Forsyth, 2003), para motivar el cambio de hábitos saludables en la vida cotidiana. En las sesiones, se procura un clima de confianza y apoyo mutuo para que los/as participantes se expresen libremente sobre sus problemas de salud y las circunstancias vitales que influyeron en la formación de los hábitos. Los/las profesionales facilitan la identificación de los hábitos y el análisis de sus consecuencias sobre la salud y ayudan a construir los objetivos de cambio. Se trabaja sobre contenidos teóricos y prácticos; se realizan ejercicios físicos adaptados; se integran los temas en debates y se proponen tareas para hacer en casa.
Resultados: Se efectúan 15 talleres en la Provincia de Barcelona, a los que asisten 160 personas (83% mujeres y 17% hombres). La edad mediana es de 78 años. La evaluación del proceso indica una alta satisfacción de los/las usuarias, destacan las necesidades: Practicar ejercicios en grupo (53%); Incorporar ayudas técnicas (20%). Manifiestan el impacto del taller en los temas: Aprender más sobre la salud y sobre cómo cuidarse mejor (96%); Introducir hábitos saludables en el día a día (96%); Compartir experiencias con los/las compañeras (95%); Hacer nuevas amistades (79%); Acercarse al casal (55%).
Conclusiones: Los resultados de la intervención son indicativos de la efectividad de la misma a corto plazo. El taller es innovador en el perfil de población destinataria y en el empoderamiento de los/las mayores sobre el control de la salud. El impacto es multidimensional sobre los procesos de vulnerabilidad, actuando como dispositivo activador de hábitos de autocuidado físico, emocional y social y comunitario.

OS-020. "CORO EXPERIENCIAL": APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA PARA POTENCIAR LA CREATIVIDAD EN RESIDENTES DE CENTROS GERONTOLÓGICOS

C. Buiza[1], T. Fernández[2], G. Mondragón[3], V. Oliván[4] y Y. Romero[2]
[1]CG Julián Rezola. Mata Fundazioa. Donostia. [2]Musikanaiz. Donostia. [3]CG Fraisoro. Matia Fundazioa. Zizurkl. [4]CG Berminghan. Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivos: Permitir y fomentar que las personas mayores que viven en centros gerontológicos sean capaces de mostrar todo su potencial creativo, independientemente de sus limitaciones tanto cognitivas como físicas, a través de la música. Proporcionar un espacio creativo propio para aportarles una alternativa a la rutina de los centros, permitir una mayor y mejor socialización y trabajar en aspectos emocionales, poniendo en valor sus recuerdos y las reminiscencias que surgen a través de las canciones, potenciando un sentido de identidad y una dignidad.
Métodos: Durante 6 meses se implantaron sesiones de musicoterapia en 3 centros gerontológicos de Matia Fundazioa, que fueron llevadas a cabo por musicoterapuetas de Musikanaiz. Se utilizó la técnica del *songwritting* (escribir canciones) de Wigram y Baker, con la que se facilita que los participantes aporten ideas, letras, ritmos, melodías, sonidos, para que progresivamente se vaya elaborando un repertorio propio de canciones para ser posteriormente interpretadas, poniendo en valor lo que traen cada día a la sesión configurando un repertorio de canciones propias y otras de su historia sonora. El método de *songwritting* (Wigram y Baker) se define como "un proceso de crear, escribir y/o grabar letras y música de los participantes y el terapeuta dentro de una relación terapéutica, dirigido a las necesidades sociales, emocionales, cognitivas y comunicativas de los participantes. Se beneficiaron del proyecto más de 60 residentes con distintos niveles de funcionamiento cognitivo (desde deterioro cognitivo leve hasta demencia en estadios avanzados) y estado funcional.
Resultados: Como resultados finales del proyecto, por una parte, se realizó una actuación en un teatro de la ciudad (San Sebastián), de

manera que la experiencia formar parte de la actividad cultural de la comunidad en la que se encuentran los centros gerontológicos. Por otra parte, se grabó un cortometraje documental sobre el proceso de realización del proyecto y la creación de canciones, que será parte de esta comunicación oral.
Conclusiones: Se ha puesto en valor el potencial creativo de personas que residen en centros gerontológicos, en una actividad donde el protagonismo es suyo y donde la música pone voz y emoción a los recuerdos que configuran su existencia.

OS-021. NIVEL DE ESTEREOTIPOS RELACIONADOS CON LA VEJEZ QUE TIENEN LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD CHILENA

D. Sequeira Daza[1] y C. Ponce Santos[2]
[1]Universidad Central. Santiago. Chile. [2]Universidad de Aconcagua. Quilpué. Chile.

Objetivos: Determinar nivel de estereotipos relacionados con la vejez de los estudiantes de primer y quinto año de Enfermería de la Universidad Aconcagua y su relación con algunas variables sociodemográficas.
Métodos: Estudio descriptivo, transversal, no experimental, cuantitativo, muestra de 143 estudiantes de primer y quinto año de Enfermería, Universidad Aconcagua 2013, edad entre 18 y 55 años. Instrumento de recolección de datos de 24 preguntas, 9 preguntas de características sociodemográficas y 15 preguntas del Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, el puntaje fluctúa entre 15 y 60 puntos y tres dimensiones: motivación-social, carácter-personalidad y salud. El instrumento fue aplicado en la sala de clases previa firma del Consentimiento Informado por los alumnos; los datos obtenidos fueron procesados con SPSS versión 15. La presentación de los datos se realizó a través de frecuencias y medias obtenidas.
Resultados: El 74,1% de los estudiantes eran mujeres y 25,9% hombres, edad media 28,64 años, edad mínima 18 y máxima 55 años, un 54,50% tiene nivel intermedio de Enfermería. El 53,1% pertenece a familia extendida, la mayoría (70,6%) tiene abuelos, el 83,18% tiene buenas relaciones con ellos. Puntaje mínimo obtenido en el CENVE 15 y máximo 60 puntos, media de 37,80; 37,1% tiene un nivel alto de estereotipos negativos siendo los relacionados con la dimensión motivacional-social los más altos (76,9%). Los niveles más altos de estereotipos se encuentran en alumnos de primer año (83,2%), mujeres (38%); los que tienen abuelos (37%); los que viven en familias extendidas; los que tienen estudios intermedios de enfermería (33%) y entre los estudiantes de 20 a 30 años.
Conclusiones: Los resultados obtenidos son coincidentes con otros estudios realizados en estudiantes universitarios tanto de enfermería como de otras carreras; siendo significativo que los estudiantes que cursan la carrera profesional y tienen estudios previos de enfermería, presenten un nivel alto de estereotipos lo que puede incidir en la calidad de la atención que otorgan a este colectivo por lo que debería tratarse de que sus experiencias clínicas fueran realizadas en lugares donde tengan contactos con personas mayores que están envejeciendo en forma activa.

OS-022. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN LA VEJEZ QUE CONSTRUYEN LOS BENEFICIARIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN EL DISTRITO FEDERAL

G. Guerrero Nava
IMSS UNAM. México Distrito Federal. México.

Introducción: Existen 810 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo y se prevé que para 2050 esta población crecerá más del doble, llegando a 2.000 millones. En México, una de cada 10 personas es adulta mayor, en 2050, será una de cada tres.
Métodos: La población envejecida se incrementará aceleradamente, el gasto en salud será cada vez mayor, los servicios médicos no se darán abasto para atender la vejez. El IMSS, inmerso en esta problemática, diseñó el modelo de atención denominado Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM). El objetivo del estudio fue analizar la manera en que interviene la influencia social del proceso de atención del CASSAAM en la construcción de la representación social de la salud en la vejez de sus beneficiarios, pues de acuerdo a los principios científicos de la psicología social, en la teoría de las Representaciones Sociales, que da fundamento a esta investigación, el significado o representación social que las personas adultas mayores otorgan a la frase "salud en la vejez" les predispone a desarrollar comportamientos benéficos o perjudiciales para el cuidado de su salud. La muestra fue definida por saturación teórica, integrada por personas adultas mayores beneficiarias del CASSAAM y por trabajadores de dicho Centro, La recolección de la información se obtuvo utilizando las técnicas de entrevista a profundidad y asociación libre. La codificación, categorización, muestreo y comparación entre categorías de los contenidos de las representaciones sociales, se efectuó con sustento de las técnicas y procedimientos de la Teoría Fundamentada.
Conclusiones: La influencia social que el CASSAAM ejerce en la representación social de la salud en la vejez de sus beneficiarios es efectiva mientras las personas mayores asisten al Centro o se mantienen vinculadas a él mediante actividades de participación social. Los resultados ofrecen al IMSS y en específico al CASSAAM áreas de oportunidad para mejorar el desempeño del Centro y evidencias científicas para el diseño de intervenciones de atención social a la salud que contribuyan a impulsar la colaboración de adultos mayores, en la modificación de sus comportamientos vinculados al cuidado de la salud.

OS-023. BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE ESFUERZO EN PERSONAS MAYORES CON MOVILIDAD REDUCIDA

A.J. García González y Y. Troyano Rodríguez
Universidad de Sevilla. Sevilla.

Objetivos: Los objetivos fueron comprobar si la adhesión a la actividad física por parte de las personas mayores implica mejoras en la percepción de esfuerzo por parte de estos en situaciones de movilidad reducida temporal. Asimismo, se analizó si la percepción de esfuerzo se veía influida por el autoconcepto de los participantes estudiados.
Método: Se realizó un estudio experimental pretest-intervención-postest sobre percepción de esfuerzo en 251 personas mayores que asisten a un programa de actividad física propuestos en diferentes centros cívicos de la ciudad de Sevilla. Se empleó test sobre percepción de esfuerzo de Borg, así como la escala de Autoestima de Rosenberg.
Resultados: Existe una correlación positiva y significativa en la menor percepción de esfuerzo y la adherencia a la realización de actividad física (.951; $p < 0,01$). También se produce una correlación positiva cuando los mayores que gozan de un adecuado autoconcepto y autoestima, también se caracterizan por percibir la actividad física con menor esfuerzo, considerándola como una actividad más en su vida diaria. Los mayores experimentaron mejoras en la percepción de esfuerzo y en su autoestima una vez desarrollado el programa de actividad física, dándose un incremento de dos puntos y un punto respectivamente para cada variable. Sin embargo, aquellas personas mayores que no manifestaron una fuerte adherencia al programa de actividad física mostraron una puntuación mayor en la percepción de esfuerzo y más baja en la autoestima y autoconcepto.

Conclusiones: Aquellos mayores que manifiestan tener un buen autoconcepto y autoestima de sí mismos disminuyen su percepción de esfuerzo a la hora de realizar una actividad física. Igualmente, los mayores con movilidad reducida temporal que muestran su adherencia a la realización de actividad física tienen mejor nivel de autoestima, como se comprueba en el estudio de Sumpter, García y Del Pozo (2014, en prensa).

OS-024. FACTORES DE RIESGO DE SOLEDAD EN UNA MUESTRA DE ANCIANOS DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO, CHILE

D. Sequeira Daza
Universidad Central de Chile. Santiago. Chile.

Objetivos: Identificar algunos factores de riesgo asociados a la soledad en personas mayores susceptibles de experimentar soledad.
Métodos: Estudio transversal, descriptivo y correlacional; muestra no probabilística de 350 personas de 65 a 95 años que asistían a los Centros de Salud de Valparaíso, instrumento compuesto por preguntas socio-demográficas, psicológicas, estado de salud y escalas de Auto-eficacia Generalizada, Satisfacción con la Vida, IMSOL-AM y Escala de Apoyo Social MOS. Para el análisis de datos se utilizó programa SPSS 15; datos se presentan en resúmenes numéricos: media, desviación típica, puntajes mínimos - máximos en variables cuantitativas y distribuciones de frecuencias en cualitativas o cuantitativas; se calculó alfa de Cronbach para las escalas utilizadas. La relación entre soledad y variables se analizó mediante tablas de contingencia analizando las diferencias de proporciones mediante el test de chi^2 en variables categóricas independientes y la prueba de Anova de un factor en las variables independientes continuas y la t de Student para analizar la relación de éstas con el sexo.
Resultados: El 49,71% tenía entre 70 y 80 años, edad media 73,24 años, edad mínima 65 y máxima 95; 58,9% mujeres; 48% vive en pareja y 18,6% vive solo; un 57,7% consideró que su salud era buena; El 89,9% de la muestra presenta enfermedades crónicas; un 54,3 no participaba en organizaciones comunitarias, el 17% se sentía solo. Las variables que se asociaron significativamente con la soledad fueron las enfermedades crónicas ($p = 0,036$), edad ($p = 0,009$), tipo de convivencia ($p = 0,001$), satisfacción con la vida ($p = 0,001$, percepción del estado de salud ($p = 0,004$) y del ánimo ($p = 0,001$) y el apoyo social ($p = 0,001$), mientras que las que no aportaron información significativa fueron la auto-eficacia, el sexo, la participación en organizaciones, los ingresos y el nivel de estudios.
Conclusiones: Resultados coincidentes con Víctor (2005) y Theeke 2009 para enfermedades crónicas; edad con Víctor (2005); baja percepción de salud fue identificada también por Víctor (2005), Theeke (2009) y Savikko (2005). Los resultados obtenidos permiten identificar factores de riesgo para la soledad necesarios a tener presente en la valoración.

OS-025. PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR (PIAI) CENTRADO EN LA PERSONA

R. Monterde Roldan, M. Escudero Canal, M. Millà Soria,
M.C. Gracia Polo, A. Ancochea Robles, E. Zapata Fenor
y M. Mañas Llobera
Parc Guinardó. Barcelona.

Objetivos: Mejorar la calidad de vida de las personas, identificando de manera conjunta las capacidades, preferencias, necesidades y deseos y priorizando la autogestión de la persona en su propia vida.
Métodos: Detección de necesidades del centro para la realización de un PIAI centrado en la persona. Actuaciones: acciones formativas dirigidas a la dirección y miembros del equipo técnico, elaboración del procedimiento que contempla la implementación y seguimiento del PIAI, difusión del mismo a los profesionales, personas usuarias y familias. Se elabora un modelo de PIAI basado en las dimensiones de calidad de vida de Schalock y Verdugo. Se establece un punto de corte: autonomía (GDS≤ 4)/heteronomía (GDS> 4) para definir en qué casos es necesaria la representación familiar. En los casos de autonomía se consulta a la persona si desea ser acompañado por su familia a las reuniones. Se redefine la figura del gerocultor de referencia incluyendo funciones de acompañamiento y soporte a la persona para mejorar su vida en el centro. Se utilizan instrumentos identitarios para la elaboración del PIAI como la escala de calidad de vida QUALID y FUMAT y los Diez Mandamientos.
Resultados: Muestra de 45 personas divididas en dos grupos: autonomía (GDS ≤ 4) y heteronomía (GDS > 4). Recogida de datos: febrero 2013-febrero 2014. Personas autónomas: participación del 83,6% junto con un 31,14% de familias que han asistido al PIAI por voluntad de la persona. Personas con heteronomía: participación de sus familiares de referencia en un 61,9%, además de la presencia de un 19,04% de las personas usuarias. Pasación de la escala FUMAT (autonomía) o QUALID (heteronomía) durante el año 2013 para comparar resultados con el año 2014. Elaboración 10 Mandamientos de todas las personas.
Conclusiones: Con el nuevo modelo se fomenta la autonomía de cada persona respetando sus decisiones y preferencias, adaptando el lenguaje utilizado, consensuando actividades significativas para ellas y flexibilizando nuestra organización para garantizar un trato personalizado. Ha favorecido un cambio en la relación entre personas usuarias y profesionales, otorgando mayor protagonismo gerocultores de referencia y ofreciendo un entorno de confianza y familiaridad.

OS-026. EFECTIVIDAD DE UN ESTUDIO PILOTO DE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO BASADO EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA

M. Izal, I. Montorio, G. Jiménez, E. Siguero, S. Rodríguez de la Plaza,
C. López Mérida y A. Luque
Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: El funcionamiento emocional durante el proceso de envejecimiento es un elemento clave para que las personas mayores se adapten a los cambios de la edad y maximicen su estado de bienestar. La investigación basada en la Psicología Positiva ha mostrado la utilidad de nuevas formas de intervención desde una óptica que incluya aspectos promotores de salud como las fortalezas personales, las emociones o la resiliencia y se aleja de la focalización en los aspectos negativos del ser humano. El objetivo de este estudio es valorar la implementación de un programa de entrenamiento basado en la psicología positiva dirigido a personas mayores y evaluar si este programa podría potencialmente promover el bienestar de los adultos mayores.
Métodos: 67 participantes voluntarios mayores de 65 años fueron divididos aleatoriamente entre el grupo experimental ($N = 34$) y el grupo control ($N = 33$). El grupo experimental completó 7 × 1,5h sesiones grupales durante 7 semanas y el grupo control realizó actividades de ocio durante el mismo tiempo. El programa incluye sesiones de envejecimiento con éxito, fortalezas, emociones positivas, flexibilidad cognitiva y sentido de de la vida que permite, a su vez, trabajar dimensiones transversales como el humor, el optimismo o la participación social. El programa tiene una orientación básicamente experiencial e incluye psicoeducación, debate, ejercicios experienciales y asignaciones para casa.
Resultados: No se encontraron diferencias intergrupos antes del programa. Un Manova de medidas repetidas para contrastar la presencia de diferencias significativas pre-post entre ambos grupos señala que se encontraron diferencias significativas después del tratamiento con un aumento de Felicidad ($F = 11$, $p = 0,002$), Balance Afectivo (($F = 4,3$; $p = 0,04$) y una disminución de Soledad ($F = 6,3$, $p = 0,01$), Presión arterial sistólica ($F = 8,2$, $p = 0,007$) y Prosperidad psicológica ($F = 4,1$, $p = 0,04$).

Conclusiones: Los resultados preliminares indican que las estrategias derivadas de la Psicología Positiva son una prometedora vía de intervención para aumentar el bienestar de las personas mayores.

OS-027. LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES ESPAÑOLAS: EL EFECTO DE LA RECIPROCIDAD PERCIBIDA

M.M. Sánchez Rodríguez[1] y J. Buz Delgado[2]
[1]Benito Menni CASM. Sant Boi de Llobregat. [2]Universidad de Salamanca.

Objetivos: Los aspectos cualitativos de la red social explican el sentimiento de soledad en la edad avanzada en mayor medida que los aspectos cuantitativos (Pinquart y Sörensen, 2001). En concreto percibir un equilibrio en las relaciones sería un importante determinante del bienestar subjetivo (Rook, 1987). En este estudio se analiza el efecto de la percepción de reciprocidad en la soledad, así como el efecto moderador del género y la edad.
Métodos: La muestra está compuesta por 646 personas mayores residentes en la comunidad de ambos sexos, con edades entre 60 y 95 años. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, sobre salud percibida, variables de la red social y se aplicó una escala de soledad (de Jong Gierveld, 1987). Se analizaron los datos mediante una ecuación de regresión múltiple y análisis de varianza con el fin de evaluar el efecto de la reciprocidad percibida en la soledad subjetiva, así como los efectos moderadores de otras variables.
Resultados: La percepción de reciprocidad en las relaciones sociales es un factor protector de la soledad después de controlar el efecto de otras variables significativas. Se observa un efecto moderador del género, siendo las mujeres que perciben dar más apoyo del que reciben aquellas que se sienten más solas.
Conclusiones: Percibir un equilibrio en las relaciones sociales se relaciona con una menor soledad en la última etapa de la vida. En concreto, las mujeres mayores que perciben dar más de lo que reciben manifiestan mayor soledad. Las intervenciones psicosociales deberían ir dirigidas a mejorar el bienestar de las mujeres mayores que manifiestan una sobrecarga como cuidadoras mediante la provisión de apoyo emocional e instrumental.

OS4: Atención centrada en la persona

OS-028. NUESTRO CENTRO ES LA PERSONA: UNA EXPERIENCIA DE MEJORA DESDE LA PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN GESTIONADAS

A.I. Pérez-Wehbe
Sociosanitario El Pino. Las Palmas de Gran Canaria.

El CSSP es de tipo público, perteneciente al Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Gran Canaria y de gestión privada a cargo del Grupo Sanitario ICOT desde septiembre de 2010. En esta época el centro contaba con 3 plantas y 118 residentes de bajo, medio y alto requerimiento y ha crecido más del triple en estos últimos tres años. La plantilla actual general la constituyen 238 profesionales entre los que se incluye médicos, diplomados universitarios en enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, animadores socioculturales, auxiliares, cuidadores, monitores, jefe y asistentes de cocina, gobernante, supervisora de limpieza y limpiadores, recepcionistas, administrativos, etc. Se trata de un centro multi-recursos donde se atiende a 438 personas en total, 280 de las cuales tienen plaza de estancia permanente de alto y medio requerimiento (168 para personas mayores, 40 para Alzheimer y otras demencias y 78 para Salud Mental) y 158 tienen plaza de estancia diurna (68 para personas mayores, 50 para Alzheimer y otras demencias y 40 para Salud Mental). La planificación gestionada de los profesionales que trabajan en el centro junto a la coordinación de estos en torno a la asistencia integral del usuario/residente y la colaboración de estos para con los familiares, personas más significativas para los usuarios/residentes y toda una red comunitaria de apoyo, voluntariado, asociaciones, equipos, etc. han hecho posible que a día de hoy las reclamaciones hayan disminuido más de un 70%. Todo esto se explica mejor teniendo en cuenta la puesta en funcionamiento de diversos programas formativos continuados para el personal de atención directa, el desarrollo de investigaciones con metodología científica, la puesta en marcha de tratamientos innovadores en diversos campos y la evaluación periódica de la calidad del servicio prestado. Se pretende ir un paso más allá del derecho a recibir una asistencia digna, proveyendo de esta asistencia de una manera integral no sólo para añadir años a la vida sino vida cada uno de los años.

OS-029. ¿VIVIR COMPENSA? LAS GANAS DE VIVIR DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 50 AÑOS O MÁS: DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN

O. Mayoral[1], A. Rodríguez[1], M. Machón[2], N. Galdona[1], B. Borde[3] e I. Vergara[2]
[1]Matia Instituto. Madrid. [2]Osakidetza. Donostia. [3]Gobierno Vasco. Donostia.

Objetivos: El funcionamiento psicosocial es un determinante relevante en el estudio del envejecimiento saludable en la literatura. Una variable que ha sido relacionada con una longevidad significativamente mayor ha sido la denominada “ganas de vivir”. El Estudio Piloto del Proyecto-ELES (Estudio Longitudinal Envejecer en España) incorpora la medida de este constructo dentro de la evaluación del funcionamiento emocional, por medio de una pregunta sintética: en qué medida una persona piensa que los beneficios de vivir compensan las adversidades de la vida. El objetivo de esta comunicación es estudiar el funcionamiento psicométrico del ítem.
Métodos: Se utilizaron los datos de 1366 individuos que contestaron a esta pregunta en el estudio Piloto del Proyecto-ELES. Se obtuvo una muestra aleatoria, polietápica, estratificada y por conglomerados de españoles de 50 y más años residentes en sus domicilios. Se estudió la validez convergente y divergente del ítem “ganas de vivir” mediante análisis correlacionales con las variables balance emocional, depresión, salud percibida, satisfacción con la vida, inteligencia emocional, valoración y actitudes hacia el envejecimiento, soledad y control percibido. Además, se realizó la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis y contrastes post-hoc para analizar diferencias en las variables mencionadas entre las distintas categorías de respuesta.
Resultados: El 33,1% de la muestra piensa que vivir compensa ‘casi siempre’. El resto se distribuye en ‘bastantes veces’ (20%) ‘a veces’ (15,7%), ‘pocas veces’ (5,3%) y ‘casi nunca’ (4%). El ítem “ganas de vivir” presenta correlaciones significativas en la dirección esperable con todas las variables consideradas. La correlación más alta es de 0,41, con “balance emocional”. Es decir, expresan más ganas de vivir aquellas personas que presentan alto afecto positivo y bajo afecto negativo.
Conclusiones: El ítem estudiado constituye una forma breve y sintética de evaluar las ganas de vivir, mostrando una adecuada validez psicométrica. Esto posibilita su utilización en futuras oleadas del Proyecto-ELES, así como en otros estudios relacionados con el envejecimiento.

OS-030. CIUDADANOS MAYORES COMPROMETIDOS CON EL RECONOCIMIENTO DE DERECHOS

M. Mas Quintana[1], M. Pérez Salanova[2] y N. Georgantzi[3]
[1]Federación de Personas Mayores de Catalunya. Barcelona. [2]Diputación de Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. [3]AGE Platform. Bruselas.

Introducción: El proyecto "La residencia a la que me gustaría ir a vivir" está organizado por voluntarios de FATEC (Federación de Personas Mayores de Cataluña) en colaboración con Diputación de Barcelona- Área de Atención a las Personas.
Objetivos: 1) Desarrollar en el entorno local nuevas líneas de actividad voluntaria realizadas con métodos creativos por grupos de personas mayores y vinculadas a la promoción de la cultura de los derechos de quienes viven en residencias. 2) Visualizar y recopilar las expresiones de aplicación de los derechos en la realidad cotidiana de las residencias. 3) Generar conocimiento sobre la diversidad de experiencias que evidencian el interés y la creatividad al servicio de los derechos.
Métodos: 1. Convocatorias de presentación del proyecto, organizadas conjuntamente con los ayuntamientos, para la captación de voluntarios en sesiones en grupos pequeños y la presentación a las residencias. 2. Formación de personas voluntarias basada en el paradigma del envejecimiento activo y en el modelo de la atención centrada en la persona. 3. Recopilación de información procedente de la observación (etnografía) y las entrevistas con los profesionales así como en el intercambio con las personas residentes. 4. Elaboración de los datos recopilados para la difusión y la consulta en forma de Ficha informativa de cada residencia y del Sumario de aspectos positivos observados.
Resultados: Residencias contactadas: 70. Residencias visitadas: 61. Sesiones de presentación: 3. Sesiones de formación: 4. Las valoraciones de profesionales, familias y diferentes grupos de personas mayores involucrados ponen de manifiesto nuevos esquemas referenciales, basados en el principio "las personas residentes continúan siendo sujetos de derechos".
Conclusiones: El proyecto es una muestra de activismo cívico de las personas mayores que reivindican el lugar central de los derechos para construir una atención centrada en la persona y estimular su empoderamiento que enlaza con iniciativas europeas de la sociedad civil –Proyecto WeDo- y del Consejo de Europa. La aportación de las personas mayores combate estereotipos sobre las residencias y las imágenes de las personas mayores, extendidos en el campo gerontológico y proporciona oportunidades para generar interacciones y colaboraciones variadas entre diferentes grupos, personas y entidades del entorno local.

OS-031. LAS PERSONAS MAYORES ANTE LA CRISIS ECONÓMICA

E. Alfama[1], M. Cruells[1] y S. Ezquerra[2]
[1]Institut de Govern i Polítiques Públiques. Universitat Autònoma de Barcelona. [2]Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar. Universitat de Vic.

Objetivos: Analizar la manera cómo la actual crisis económica está afectando a las personas mayores (en el marco del Proyecto Envejecimiento activo, ciudadanía y participación, Proyectos Cero 2011 en Envejecimiento). Más concretamente, examinar qué tipos de impactos se han producido, cómo se insertan estos cambios en sus trayectorias de vida y sus redes sociales, cuáles son los elementos que generan una mayor vulnerabilidad y, finalmente, en qué medida todo ello se traduce en transformaciones en su rol económico, social y familiar.
Métodos: Se exploran diversas fuentes estadísticas y se analizan 49 entrevistas realizadas durante el año 2013 a personas mayores de dos generaciones diferentes (entre 60 y 70 años, y mayores de 80 años), residentes tanto en grandes ciudades como en pequeñas localidades de distintas CCAA (Andalucía, Catalunya, C. Madrid, C. Valenciana).
Resultados: A pesar de que las personas mayores hayan sido históricamente uno de los grupos sociales económicamente más vulnerables, el empobrecimiento general de la sociedad producido por la crisis ha llevado a que actualmente se encuentren en una mejor posición relativa que la que ocupaban hace unos años. Dicha mejora se debe especialmente a la estabilidad que estas generaciones han conseguido gracias a los ingresos de las pensiones y la vivienda en propiedad. Aun así, es innegable que la crisis ha impactado en la vida de los mayores, tanto de forma directa (en forma de empobrecimiento o por una menor capacidad de acceder a derechos y servicios públicos), como indirecta (en forma de provisión de apoyo económico, residencial o de cuidados a la red familiar). Estos impactos adoptan formas diversas y tienen una intensidad variable en función de su situación actual, la de sus redes familiares y su trayectoria vital en la esfera social, económica o familiar. En la comunicación se desarrollan estos impactos y se apuntan los principales elementos que inciden en su coste y su potencial de sostenibilidad en el tiempo.
Conclusiones: Se muestra cómo con la actual crisis el rol económico y social de las personas mayores, basado en dinámicas de solidaridad intrafamiliar preexistentes y a lo largo de la vida, adquiere mayor relevancia.

OS-032. CONSTRUIR A PARTIR DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL. LAS PERSONAS MAYORES DEL MEDIO RURAL CATALÁN HOY

P. Monreal Bosch
Universitat de Girona.

El entorno rural catalán se está enfrentando a una nueva realidad: el incremento de población mayor extranjera en sus municipios, como señalan García-Sanz (2011); Sancho y Yanguas (2012); Monreal-Bosch, Gifre y del Valle (2013). Los motivos de estas migraciones son: la reagrupación familiar ha significado la llegada de personas extranjeras mayores que viven alejadas de su contexto social con un riesgo importante de exclusión. La actividad agrícola, proporcionó trabajo a una población extranjera que está llegando a la edad de jubilación con un significado del trabajo, la jubilación y la vejez diferentes de los mantenidos por el contexto de acogida y la llegada de parejas de extranjeros, principalmente de origen europeo comunitario, que se trasladan para disfrutar en su jubilación del clima, la rentabilidad de su situación económica, y el fácil acceso a las comunicaciones. Esta diversidad está modificando las dinámicas sociales y los significados atribuidos en la vida cotidiana de sus habitantes y está creando una diversidad cultural que conviene gestionar bien y potenciar, para convertir la sociedad rural en plural y no en una pluralidad de sociedades. A diferencia de años atrás el entorno rural catalán actual lo forman colectivos de persones diversas, con procedencias diferentes y con experiencias o historias de vida distintas. Hacer frente a esta situación e incrementar la calidad de la vida de las personas mayores implica potenciar nuevas vías de participación social y ciudadanía. Este artículo se propone mostrar cuáles son los perfiles de participación de las personas mayores que actualmente viven en la comarca del Alt Empordà (Girona) y que están sostenidos por las dinámicas sociales, los valores y la cultura de las personas que los mantienen. Lo que nos aportará información de gran valor que permita comprender los diferentes significados culturales para diseñar y potenciar y construir nuevos espacios para la comunidad que ayuden a construir una nueva realidad social compartida. Para ello utilizamos la metodología cualitativa para comprender la realidad desde la perspectiva de las personas implicadas, entendiéndolas de manera integral dentro de su marco de referencia.

OS-033. PERFILES DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA EN PERSONAS MAYORES: LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL SOBRE EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS SUCESOS VITALES

V. Fernández Fernandez[1], A. Losada Baltar[1], M. Márquez González[2], R. Romero Moreno[1], C. Nogales González[1] y J. López[3]
[1]Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid. [3]Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Objetivos: Las estrategias de regulación emocional, tales como la rumiación, la evitación experiencial o el crecimiento personal, son mecanismos que pueden contribuir a perjudicar o favorecer el bienestar psicológico de las personas mayores. Dado que este grupo de población experimenta un mayor número de sucesos vitales, el objetivo de este estudio es explorar si existen perfiles psicológicos vulnerables en la población mayor, en función de las estrategias de regulación emocional empleadas para su adaptación.
Métodos: Participaron en este estudio 393 personas mayores de 60 años (edad media: 71.5 años; DT 6.9; 70.2% mujeres) con nivel cognitivo y funcional normal. Se realizaron análisis por terciles, para establecer los niveles altos y bajos de las variables de estilo rumiativo, evitación experiencial, pensamiento rumiativo específico sobre sucesos vitales y crecimiento personal específico asociado a sucesos vitales. Para el análisis de los datos se ha utilizado en análisis de conglomerados, valorando la diferencia existente entre los grupos obtenidos en sintomatología depresiva y bienestar psicológico a través de ANOVAs.
Resultados: Se observan 5 perfiles psicológicos definidos por el tipo de estrategias de regulación cognitivo-emocional. Se detecta un perfil especialmente vulnerable, caracterizado personas que hacen un mayor uso de estrategias de regulación desadaptativa (alta rumiación, evitación experiencial y pensamiento rumiativo y bajo crecimiento personal), que presenta un nivel de sintomatología depresiva significativamente superior ($F = 38,25$; $p \leq 0,01$) al resto de perfiles, así como menores niveles de bienestar psicológico ($F = 34,61$; $p \leq 0,01$). Por el contrario existe un perfil más adaptado –caracterizado por un menor uso de la rumiación y de la evitación experiencial, y un mayor crecimiento personal asociado a los sucesos vitales- que manifiesta los menores niveles de sintomatología depresiva y mayores de bienestar psicológico.
Conclusiones: Las estrategias de regulación emocional parecen jugar un papel importante en la explicación del bienestar psicológico de las personas mayores. El análisis del efecto conjunto de diferentes estrategias de regulación emocional parece sugerir que existen grupos de personas en especial situación de vulnerabilidad o protección al malestar psicológico.

OS-034. LA RUMIACIÓN COMO VARIABLE MEDIADORA ENTRE FAMILISMO Y CULPA EN EL CUIDADOR FAMILIAR

C. Nogales-González[1], A. Losada[1], V. Fernández-Fernández[1] y M. Márquez-González[2]
[1]Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: El familismo y la culpa se han identificado como dos variable relevantes en el proceso del cuidado de personas mayores dependientes. Sin embargo, hasta donde sabemos, no existen estudios que analicen específicamente la relación entre ambas. El objetivo de este estudio es explorar la relación entre el familismo y la culpa del cuidador estudiando la rumiación como variable mediadora en dicha relación.
Métodos: En este estudio participaron 190 cuidadores familiares de personas con demencia (edad media = 59,77; DT = 13,28; mujeres = 78,1%). Además de variables sociodemográficas, se evaluó el familismo (Factores: apoyo, obligaciones, familia extensa y honor), la rumiación y la culpa. Para el análisis de la mediación se siguió el procedimiento propuesto por Baron y Kenny, 1986).
Resultados: El familismo (escala total) se asocia de forma significativa con la culpa ($\beta = 0,28$; $p < 0,01$; $R^2 = 0,09$). Una vez introducida en el modelo la rumiación, la asociación entre el familismo y la culpa se reduce, aun manteniéndose significativa ($\beta = 0,20$; $p < 0,01$; $R^2 = 0,04$). El test de Sobel corrobora esta mediación parcial ($p < 0,05$). El modelo total explica un 30% de la varianza de la culpa. Los resultados por factores de la escala de familismo sugieren que existe una mediación total para el factor "Apoyo" y parcial para el factor "Familia extensa".
Conclusiones: Las personas con mayores niveles de familismo tienen mayores niveles de culpa. Sin embargo, el efecto del familismo sobre la culpa no es directo, sino que depende de la presencia de la rumiación. Especialmente para los valores familistas asociados al apoyo y a la familia extensa.

OS-035. EL FUTURO DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL: LAS UNIDADES DE CONVIVENCIA EN EL MODELO "EN MI CASA"

J.M. Delgado Sanz, J.A. Rodríguez García, R. Delgado González, A. Delgado González, B. Vielba García y F. Espeso Sáez
Geriátricos Lacort. Residencia Lacort Valladolid.

Objetivos: Valorar los cambios evolutivos en la esfera Cognitiva, las ABVD, y en la Calidad de Vida percibidos durante un año (marzo-2013/14) en un grupo de 13 personas mayores institucionalizadas, a los que se integran en un proyecto piloto utilizando el Nuevo Modelo de Atención Residencial, "Centrado en la Persona", denominado "EN MI CASA" basado en la implantación de Unidades de Convivencia.
Métodos: 13 personas mayores institucionalizadas (11 mujeres y 2 varones) entre 76 y 97 años, con una media de edad de 87. Todos ellos presentan deterioro cognitivo (MMT menor de 20/35). Estudio prospectivo durante un año (marzo 2013-marzo 2014) con evaluaciones cuatrimestrales, aplicando las siguientes escalas de valoración: MMT para área cognitiva; Barthel para las ABVD y QUALID/FUMAT, para valorar la calidad de vida (QUALID para MMT inferior a 10 y FUMAT para MMT superior a 10).
Resultados: MMT: 5 mejoría; 5 se mantienen y 3 empeoran. BARTHEL: 5 mejoría; 5 se mantienen y 3 empeoran. QUALID: 1 mejoría; 1 se mantiene y 1 empeora. FUMAT: 8 mejoría; 1 empeora (déficit sensorial auditivo grave).
Conclusiones: 1. Se objetiva una importante mejoría en la esfera de la calidad de vida (69,2% mejoran). 2. El mayor grado de mejoría se objetiva en los de mayor deterioro. 3. En las ABVD se objetiva mejoría y mantenimiento (76%). 4. En la esfera Cognitiva se objetiva una mejoría y un mantenimiento (76%). 5. Con estos resultados entendemos que existe una clara mejoría en el grupo estudiado y representa un evidente freno al lógico deterioro evolutivo. 6. Consideramos que el método de trabajo empleado en el nuevo modelo de atención residencial, centrado en la persona (ACP) presenta resultados muy positivos y esperanzadores al mejorar claramente en el grupo de estudio tanto la parcela Cognitiva, las ABVD, y sobre todo de forma desatacada la que valora Calidad de Vida. 7. Apostamos por un cambio de modelo de atención a los mayores en las residencias, proponiendo la implantación de este modelo (ACP) denominado "EN MI CASA" basado en "unidades de convivencia" frente al tradicional.

OS-036. LA RELACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA AUTONOMÍA EN LA VEJEZ

M. Pla, B. Mariani de Souza Azevedo, M. Pérez-Salanova, P. Monreal, A. del Valle y T. Ribero
UVic/UAB, Vic.

La investigación "Envejecimiento activo, ciudadanía y participación" es guiada por el entendimiento de que las intervenciones públicas para el envejecimiento activo deben gestionarse desde el enfoque de

una dimensión integradora, basada en la participación y empoderamiento. Analiza el cambio generacional, ciudadanía, autonomía y empoderamiento de las personas mayores. Mediante técnicas de investigación cualitativa, incluyendo entrevistas con las personas mayores de ocho ciudades españolas y otros, tiene una fuerte acción participativa e intervencionista. Aquí, interesa nos mirar, en las entrevistas con los ancianos, la posición que ocupan los servicios de salud en sus vidas y cómo constituyen una red destinadas a su atención integral. Algunos mayores revelan una relación afectuosa con profesionales de la salud, especialmente cuando se trata de los médicos con quien tienen relación más frecuente como los médicos de atención primaria. Esta producción de vínculo puede reflejarse en un esfuerzo de los trabajadores en apoyar al paciente y puede producir reconocimiento del paciente que impactan en la atención. Poco se habla de la relación de los ancianos con los servicios de salud. Los servicios de emergencia se citan para describir el momento de algún evento de determinación de la salud en el proceso de envejecimiento. Nos asombra que los servicios de salud no son recordados como una herramienta para el cuidado, como un recurso para obtener acceso a apoyar esta etapa de la vida. ¿Qué significa tal rechazo, negación o invisibilidades de los servicios de salud? Las entrevistas indican algunas pistas: la naturalización de la enfermedad en la vejez, subestimación de la importancia de la enfermedad, o comprensión de que la autonomía dispensa el apoyo de otras personas – por elección (o ausencia) o por necesidad. Por otro lado, otros ancianos consideran fundamentales contar con una red de apoyo, pero en ninguna de las entrevistas incluyen los servicios de salud. Hay casos de ancianos que reconocen un estado de mala salud, una baja capacidad de autocuidado y tampoco expresan una relación con los servicios de salud que os apoyen. Vamos discutir eses productos desde la filosofía de la diferencia, reconceptualizando ideas como autonomía y atención en red.

ÁREA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

OB-001. PELOTERAPIA: EFICAZ ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE ALTA CAPACIDAD ANTIOXIDANTE

A. Hernández Torres, A. García Matas, P. Tejero García,
J.C. Baquero Úbeda, M.D.C. García Matas y F. Modrego Aznar
Fundación BÍLBILIS/ISCIII. Madrid-Calatayud. Zaragoza.

Introducción: La peloterapia, del griego "Pelòs" (πελδσ) (fango) y "terapeia" (curación), constituye una técnica terapéutica muy utilizada en toda Europa, principalmente Balnearios y Centros de Rehabilitación. Un peloide es la combinación de una arcilla especial y agua minero-medicinal (principalmente sulfurada, rica en H_2S), con una serie de aditivos, sin conservantes, que conjuntamente, en forma de emplaste, se utiliza para el tratamiento de procesos reumatológicos (artrósicos degenerativos, inflamatorios...) vasculares y dermatológicos (psoriasis), con excelentes resultados médicos, sobre todo en personas mayores.
Objetivos: Dar a conocer a los geriatras la mejor evidencia disponible sobre los efectos terapéuticos de la peloterapia, ahora aplicada, preferentemente, por médicos hidrólogos especialistas.
Métodos: Estudio de revisión sistemática y evidencia científica, con 1.750 referencias bibliográficas, obtenidas en las bases de datos: MEDLINE (PubMed), EMBASE, TRIP Database, The Cochrane Library, DARE, NHS EED y HTA Database CRD (Univ.Nueva York), sin restricción de idioma, ni límite de fecha. Este material seleccionado se ha utilizado para actualizar las indicaciones médicas, aplicación técnica y tecnológica de la peloterapia en las diferentes afecciones orgánicas y aplicables a pacientes geriátricos. Conocer las propiedades de las materias primas componentes y su potencial acción antioxidante, mediante la esencial acción del sulfuro de hidrógeno, como mediador terapéutico.
Resultados: Descripción detallada de Indicaciones médicas, aplicación técnica y tecnológica según las afecciones patológicas indicadas, así como resultados médico-estadísticos obtenidos. Estudios transversales, longitudinales, ensayos clínicos, meta-análisis... encontrados y resultados de los estudios coste/efectividad.
Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos se demuestra que la peloterapia es una técnica terapéutica de gran eficacia y efectividad, no agresiva, bien tolerada por los pacientes, que consigue resultados terapéuticos significativos, preventivos o curativos, mucho más eficientes que otros fármacos y tratamientos físicos, no sólo aplicables a personas mayores, sino a otros grupos poblacionales, en sus propios domicilios y Centros Geriátricos. Retrasa los síntomas de aparición del envejecimiento, con manifiesta mejoría clínica y disminución del gasto farmacéutico, proporcionando calidad de vida libre de incapacidad, al combinar terapias físicas y farmacológicas. El estudio coste/efectividad de la peloterapia es muy superior al obtenido con otros productos antiinflamatorios y analgésicos.

OB-002. LA CORTEZA FRONTAL DE INDIVIDUOS DE EDAD AVANZADA MUESTRA CAMBIOS ADAPTATIVOS EN SU RESPUESTA ANTIINFLAMATORIA

R. Cabré Cucó, A. Naudí Farré, V. Ayala Jové, M. Jové Font,
M. Portero Otín y R. Pamplona Gras
Universitat de Lleida. IRB Lleida.

Objetivos: Diversas, aunque limitadas, evidencias indican que existe una relación entre la insaturación de membrana y el proceso de envejecimiento. Se han descrito cambios en el perfil de ácidos grasos con un incremento de los altamente insaturados (ácido araquidónico y docosahexanoico) y disminución en el contenido de sus precursores (ácido linoleico y linolénico). Sin embargo, faltan evidencias del sistema nervioso. Por ello, el objetivo de nuestro trabajo es evaluar en muestras de corteza frontal humana, el efecto del envejecimiento en la respuesta antiinflamatoria a partir de su composición lipídica.
Métodos: Se han analizado muestras de corteza frontal humana obtenidas del Banco de Cerebros del Instituto de Neuropatología del Hospital de Bellvitge de Barcelona. Se han utilizado un total de 18 muestras divididas en 2 grupos según su edad (década 40 (n = 7) y década 80 (n = 11)), para el análisis composicional de los ácidos grasos mediante técnicas de espectrometría de masas (GC/MS-FID). A partir de dicha composición se calculó el índice antiinflamatorio. También se evaluaron los mecanismos de biosíntesis de ácidos grasos poliinsaturados mediante la técnica de immunoblot. Estimando así, la actividad y expresión de los sistemas desaturasa-elongasa, aciltransferasas y β-oxidación peroxisomal.
Resultados: El estudio comparativo, entre individuos de las décadas de 40 y 80, muestra un aumento significativo del índice anti-inflamatorio en envejecimiento. Este aumento está relacionado con una redistribución en el contenido de ácidos grasos polinsaturados de la serie n-6 y n-3. Estas adaptaciones en la composición de los ácidos grasos se traducen en cambios significativos en el índice de peroxidabilidad. Además, se observan cambios en los mecanismos de la biosíntesis de los ácidos grasos, especialmente los implicados en la síntesis del ácido docosahexanoico y del ácido docosapentaenoico.
Conclusiones: Durante el envejecimiento, la composición de ácidos grasos en sistema nervioso parece actuar de manera diferente a lo que se ha evidenciado en distintos órganos y tejidos con la edad. En este trabajo se observa un aumento de la respuesta antiinflamatoria y de la expresión de importantes enzimas que participan en la β-oxidación peroxisomal. Por ello, concluimos que en corteza frontal

humana se producen cambios adaptativos hacia una posible respuesta neuroprotectora.

OB-003. DESCENSO DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN HÍGADO EN UN MODELO MURINO DE AMILOIDOSIS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

V. Bonet-Costa[1], M. Inglés[2], L. Gimeno-Mallench[1], J. Gambini[1], C. Borrás[1] y J. Viña[1]
[1]Facultad de Medicina; [2]Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valencia.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo que causa la pérdida gradual de las funciones cognitivas, que está relacionado con el envejecimiento, y con el estrés oxidativo a través del péptido β-amiloide (βA). El hígado tiene, entre otras, la función de servir como un agente detoxificante de la sangre, por lo que será muy importante para eliminar restos nocivos que se encuentren en el sistema sanguíneo, como el βA característico de esta patología neurológica. Este puede llegar desde el cerebro a la sangre, y de ahí al hígado por mediación del transportador LRP1. En este trabajo pretendemos determinar el estado del hígado a través de la medida del estrés oxidativo debido al βA. Para la realización de estos experimentos usamos el modelo de ratón doble transgénico para la enfermedad de Alzheimer APPswe/PS1dE9, que desarrolla placas de βA con la edad. Trabajamos con machos *wild type* y transgénicos de diferentes edades, 3-5 meses, 10-13 meses y más de 20 meses, para ver la evolución de la patología asociada. Hemos analizado parámetros de estrés oxidativo en hígado, como la tasa de producción de peróxido de hidrógeno mitocondrial (medida por fluorimetría), oxidación proteica (medida como carbonilación por *western blotting*), y lipoperoxidación (medida como malondialdehído por HPLC). También hemos determinado la concentración de βA40 en sangre (medida por ELISA). Los resultados muestran cómo en los ratones APP/PS1 disminuyen con la edad los diferentes parámetros de estrés oxidativo en hígado, mientras que la concentración de βA40 en sangre aumenta. Este paradójico resultado puede deberse a que el hígado está detoxificando el βA40 y en este proceso está generando radicales libres. Esta capacidad de degradación disminuiría progresivamente con la edad, lo que explicaría por qué hay menos estrés oxidativo y más βA40. En conclusión podemos decir que el estrés oxidativo hepático disminuye con la edad en ratones transgénicos APP/PS1 para la EA.
Este trabajo ha sido apoyado por las becas SAF2010-19498, ISCIII2006-RED13-027,PROMETEO2010/074, 35NEURO GentxGent y financiado por UE COSTB35 y CM1001. Este trabajo ha sido cofinanciado por fondos FEDER de la Unión Europea.

OB-004. IDENTIFICACIÓN DE GENES CON MÁS DE UN POLIMORFISMO DE NUCLEÓTIDO SIMPLE (SNP) EN PERSONAS CENTENARIAS

J. Gambini[1], L.G.M. Gimeno-Mallench[1], C.M.B. Mas-Bargues[1], V.B.C. Bonet-Costa[1], M. Inglés[2] y J. Viña[1]
[1]Departamento de Fisiología; [2]Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia.

La longevidad de los individuos de una especie viene determinada por factores ambientales y por su genética. Sin embargo, cuando las condiciones de vida son óptimas, es la genética la que determina la longevidad de los individuos. Uno de los modelos más interesantes para el estudio de la genética y la longevidad son las personas centenarias, las cuales corresponden a un grupo de población con una excepcional supervivencia. La secuencia génica entre individuos puede variar en diferentes sentidos, entre ellos se encuentran los polimorfismos de nucleótido simple (SNPs), que corresponden a cambios en una base en la secuencia de nucleótidos. El objetivo de este estudio fue identificar genes que contuvieran más de un SNP en su secuencia y que fueran característicos de centenarios. Para ello, se reclutaron desde el hospital de la Ribera en Alzira 28 centenarios, 30 individuos jóvenes y 30 ancianos, a los cuales se les extrajo sangre total para el aislamiento del ADN. La secuenciación fue llevada a cabo mediante la tecnología Axiom® Exome Genotyping Array, analizándose 295.988 SNPs. Dado que la probabilidad de llegar a ser centenario es de aproximadamente 1/10000 individuos, se han comparado los 30 centenarios (casos) con los 60 individuos jóvenes y ancianos (controles). Los resultados muestran 6 genes con un $p < 0,0001$, que contienen entre 3 y 6 SNPs en cada gen. Además, identificamos dos genes, NFKBIL1 y LTA, con 15 y 13 SNPs respectivamente. Como conclusión, la presencia de diversos SNPs en genes de centenarios podría ser una de las causas determinantes de su extrema longevidad.
SAF2010-19498; ISCIII2006-RED13-027, ISCIII2012-RED-43-029, PROMETEO2010/074, 35NEURO, EU Funded CM100, FRAILOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2 y fondos FEDER de la Unión Europea.

OB-005. PEROXIDACIÓN LIPÍDICA EN LA MEMBRANA DE LOS LINFOCITOS Y OXIDACIÓN PROTEICA EN EL SUERO DE PERSONAS ANCIANAS. ¿MARCADORES POTENCIALES DE FRAGILIDAD?

M.C.M. Pereira[1], E. Serra[2], J.R. Palacio[2], A. Morros[3], P. Martínez[2] y R. Miralles[1]
[1]Centre Forum de l'Hospital del Mar. Barcelona. [2]Unidad de Inmunología. Instituto de Biotecnología y Biomedicina (IBB). Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Barcelona. [3]Unidad de Biofísica. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Barcelona.

Objetivos: Estudiar la peroxidación lipídica en linfocitos y la oxidación proteica en suero de ancianos con diferentes grados de fragilidad.
Métodos: Se estudiaron 15 ancianos (86,7% mujeres) > 75 años (M: 88,67 ± 9,78) (límites 73-104) ingresados en un centro sociosanitario, que no habían sufrido ningún proceso agudo en el último mes. El grado de fragilidad se evaluó mediante el Hospital Admission Risk Profile (HARP) [alto riesgo de fragilidad (4-5 puntos) intermedio/bajo (0-3 puntos)] y mediante la Escala de Fragilidad Canadiense (Rockwood) (EFC) [fragilidad leve (< 6) y fragilidad intermedia/grave (≥ 6)]. Se realizó una extracción sanguínea a cada participante para medir el daño oxidativo. Se estudió la peroxidación lipídica de la membrana plasmática de los linfocitos mediante la determinación de dienos y trienos conjugados. El análisis de la oxidación proteica se realizó mediante la determinación de malondialdehído (MDA) unido a proteínas plasmáticas, corregido por la cuantificación de proteínas totales.
Resultados: 7 (50%) pacientes presentaron alto riesgo de fragilidad y 7 (50%) riesgo intermedio/bajo según el HARP; 3 (20%) pacientes mostraron fragilidad leve y 12 (80%) fragilidad intermedia/grave según EFC. Los valores medios de los marcadores de estrés oxidativo fueron: dienos conjugados 6,16% ± 2,74%; trienos conjugados 1,50 ± 0,68% y MDA-proteína 127,28 ± 42,52. Los ancianos con alto riesgo de fragilidad según HARP presentaron unos valores medios de dienos conjugados de 7,94 ± 1,32%, de trienos 1,75 ± 0,51% y de MDA-proteína de 141,91 ± 27,31. Los pacientes con riesgo intermedio/bajo presentaban valores de 4,96 ± 2,77% ($p = 0,02$), de 1,37 ± 0,78% ($p = 0,30$), y de 96,42 ± 31,52 ($p = 0,017$) respectivamente. Los ancianos con fragilidad intermedia/severa según la EFC presentaron unos valores medios de dienos de 7,06 ± 2,18%, de trienos 1,73 ± 0,50%, y de MDA de 119,61 ± 37,97. En los pacientes con fragilidad leve estos valores fueron de 2,56 ± 1,48% ($p = 0,005$), de 0,613 ± 0,58% ($p = 0,005$) y de 173,28 ± 51,96 ($p = 0,09$) respectivamente. Se detectó una buena correlación entre los valores de dienos conjugados y la puntuación de las categorías de EFC ($r = 0,659$; $p = 0,008$).
Conclusiones: Los ancianos con mayor grado de fragilidad presentaron niveles más elevados de peroxidación lipídica en la membrana de

sus linfocitos, lo que podría considerarse un marcador biológico de fragilidad. Para confirmar esta hipótesis debería estudiarse un grupo mayor y más heterogéneo de ancianos.

OB-006. PERSPECTIVA DE CICLO VITAL EN EL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y EXITOSO

A. del Valle Ramiro, P. Montero López, A.I. Mora Urda
y M.M. Carmenate Moreno
Facultad de Ciencias. UAM. Madrid.

La exposición a ciertos factores medioambientales adversos en las primeras etapas del ciclo vital (malas condiciones nutricionales, higiénico-sanitarias, etc.), puede influir en la salud de los individuos en otros momentos de la vida, atenuando o exacerbando riesgos de salud (OMS/HPS, Ginebra 2000). Este trabajo forma del proyecto de investigación "El género como unidad de análisis en el estudio de los condicionantes bioculturales del envejecimiento saludable" financiado por Ministerio de Sanidad. Se trata de un estudio transversal y retrospectivo realizado en Centros de Ocio de Madrid. La muestra está formada por 214 personas mayores. Se midieron el peso, estatura, talla sentado, envergadura y altura de la rodilla. Se recogió información mediante entrevista de variables sociodemográficas (edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, profesión, etc.), de salud percibida y diagnosticada (nº de enfermedades y percepción de la salud) y de satisfacción con la vida. Se creó una variable que agrupó las puntuaciones obtenidas en salud percibida y satisfacción con la vida, con valor mínimo 0 y máximo 8. El objetivo de este estudio fue valorar la relación entre indicadores de las condiciones medioambientales en las que transcurrió el proceso de crecimiento y desarrollo (estatura, talla sentado) con la salud diagnosticada y percibida, así como con la satisfacción con la vida, en el momento actual. Se observan correlaciones negativas y significativas ($p \leq 0{,}05$), entre la estatura y el índice conjunto de salud y satisfacción con la vida autopercibidas. Así mismo, se observó una relación negativa y significativa entre la estatura y el número de enfermedades diagnosticadas ($p = 0{,}002$). Es decir, las personas con mayor estatura (indicador de mejor estado nutricional y de condiciones de vida durante el proceso de crecimiento y desarrollo infantil), tienen una mejor percepción de su salud y también mayor satisfacción con la vida que las personas más bajas. Sin embargo cuándo se controla el efecto del género, estas relaciones solo se mantienen en las mujeres. Consideramos que tanto la perspectiva de ciclo vital como la perspectiva de género son indispensables en las futuras investigaciones sobre envejecimiento.

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(**Espec Cong**):38-149

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

Pósters

ÁREA CLÍNICA

PC-001. CUÁLES SON LOS ANTIDIABÉTICOS (AD) UTILIZADOS Y QUÉ CONTROL DE Hb1Ac CONSEGUIMOS EN LA DIABETES MELLITUS DEL PACIENTE MUY ANCIANO

J. Martí y A. Zurutuza
Hospital de Zumárraga.

Objetivos: Analizar los AD empleados en los pacientes con DM tipo 2 muy ancianos y cuál es el control obtenido.
Métodos: Estudiamos 114 pacientes con DM tipo 2 ingresados en nuestro servicio en los últimos 18 meses, analizamos, edad, sexo, MDRD, Hb1Ac previa al ingreso, fármacos empleados y nivel de Hb1Ac conseguido con cada fármaco previo al ingreso.
Resultados: Presentamos 114 pacientes, 87 mujeres y 27 varones con una edad de 89,19 ± 3,41 años. La Hb1Ac previa al ingreso fue de 6,99 ± 1,14%, MDRD calculado 49,66 ± 18,5. Un 15,7% presentaban un MDRD inferior a 30, sin embargo 5 pacientes se les había administrado metformina, ninguno presento acidosis láctica. Se emplearon 12 regímenes terapéuticos distintos. Monoterapia con insulina (27%), metformina (22%), sulfonilureas (13%), DPP-4 (2%), glinidas (2%), acarbosa (3%). Terapia doble con metformina asociada a DPP-4 (8%), insulina (7%) y sulfonilureas (10%); insulina + DPP-4 (2%). Terapia triple, sulfonilureas + metformina+DPP-4 (1%). Cumplimiento objetivos: HbA1c < 8,4% (90%), oscilando entre: < 7,5 (76%); 7,6-8,4 (14%) y > 8,5 (10%). Al alta las sulfonilureas fueron suspendidas en 12 pacientes y sustituidas por insulina en 9 y por DPP4 en 3 pacientes respectivamente. Los pacientes con glinidas, acarbosa se les sustituyo por metformina y/o insulina.
Conclusiones: Creemos que el control estricto de la HB1Ac debe evitarse en este grupo de paciente debiendo individualizarse, ya que una Hb1Ac por debajo de 7% aumenta el riesgo de hipoglucemia y caídas. La metformina fue el principal fármaco empleado en el tratamiento de nuestro pacientes, únicamente un 15% presentaban un MDRD que contraindicaba el uso de la misma. Llama la atención la existencia de 12 tipos distintos de pautas terapéuticas, creemos que deberían reducirse, evitando las sulfonilureas, por el riesgo de hipoglucemias. Los controles obtenidos fueron adecuados y dentro de las recomendaciones de las guía VA/DOD y del European Diabetes Working Party for older people, indican que el control objetivo debería estar basado en la edad y comorbilidad, entre 7-7,5% para pacientes con DM sin comorbilidades severas, entre 7,6 -8,5% para pacientes frágiles en los cuales el riesgo de hipoglucemia es elevado y el beneficio alcanzado escaso.

PC-002. SÍNDROME CONFUSIONAL COMO CAUSA DE INGRESO EN PACIENTES MAYORES

M.I. Porras Guerra[1], E. Martín Pérez[2] y M.N. Gómez González[1]
[1]Complejo Asistencial de León. [2]RRHH San Juan de Dios. León.

Introducción: Cerca del 35% de las consultas que se realizan al Servicio de Urgencias están originadas por pacientes mayores. De entre los procesos por los que acuden, el síndrome confusional, es un motivo frecuente, no sólo de consulta, sino también, de hospitalización en este grupo de población.
Objetivos: Determinar la causa que originó el síndrome confusional en un grupo de pacientes mayores que fueron hospitalizados con ese diagnóstico.
Métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo, de tres meses de duración y en el que se incluyeron los pacientes mayores que, desde el Servicio de Urgencias del hospital, fueron ingresados en una Unidad de Geriatría con causas distintas. Se tuvieron en cuenta el sexo, la edad, estancia media, diagnóstico de ingreso y en los pacientes que ingresaron por síndrome confusional se determinó la causa del mismo.
Resultados: Durante los tres meses de seguimiento ingresaron en la unidad de Geriatría 105 pacientes de los que un 68% eran mujeres y el resto varones. La edad media era 85,3 años y la estancia media fue 19,4 días. Las causas de ingreso fueron según frecuencia: patología de base previa un 18,1% de los casos, síndrome confusional 17,1%, mal estado general 15,2%, por procesos infecciosos ingresó un 13,3%, reagudización de insuficiencia cardiaca 8,5%, síntomas a estudio 7,6%, patología neurológica 4,7% y otros diagnósticos 15,2%. De los pacientes que ingresaron por síndrome confusional un 77,7% era de causa infecciosa, 16,6% reagudización de insuficiencia cardiaca y un 5,5% por Ictus isquémicos. Las infecciones causantes del síndrome confusional fueron: infecciones del tracto urinario 42,8%, respiratorias 35,7%, herpéticas 7,1% y de úlceras por presión 7,1%.
Conclusiones: El síndrome confusional es un motivo frecuente de ingreso en pacientes mayores (2ª causa en este grupo de pacientes). Las infecciones respiratorias son más frecuentes pero las infecciones del tracto urinario provocan más síndrome confusional. En conjunto las infecciones son la causa más frecuente de ingreso pero la identificación del patógeno causal fue muy baja debido la poca colaboración del paciente, mala recogida de las muestras microbiológicas y a que un nº importante de pacientes habían estado con tratamiento antibiótico previo al ingreso.

0211-139X/$ - see front matter © 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

PC-003. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE LOS PACIENTES CENTENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE ÁREA

I. Iza, P. González y J. Martí
Osi Goierri. Zumárraga.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes mayores de 100 años atendidos por la unidad de enfermería de en Hospital de agudos entre 01/01/2008 a 31/12/2012.
Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes mayores de 100 años atendidos en el Hospital Zumárraga. Se han analizado los siguientes parámetros: edad, sexo, comorbilidad, Barthel, Pfiffer, grado de úlceras y cuidados de enfermería y evolución.
Resultados: Presentamos 22 pacientes (19 mujeres y 3 varones) con una edad de 101,2 ± 1,7 años. Deterioro cognitivo moderado-grave 44%. Barthel al ingreso: independientes (27%), dependencia moderada-grave-total (73%). Al alta: 26,7% independientes, 73,3% dependencia moderada-grave- total. Comorbilidades: HTA 70%, fibrilación auricular 26%, cataratas 26%, Insuficiencia cardíaca 22%, prótesis de cadera 22%, ACVA 22%, diabetes mellitus 11%, cardiopatía isquémica 11%. Causa ingreso: proceso respiratorio agudo 70%, fractura de cadera 11%, ACVA 11%, insuficiencia cardíaca 7%. El 50% de los pacientes han presentado úlceras por presión, de 1º grado (91%) y el 9% de 2º grado. Localización, las úlceras de 1er grado el 80% en talones y el 20% en sacro y trocánter. Cuidados en talones: 50% taloneras + aceites grasos, 12,5% taloneras, 12,5% taloneras + colchón anti escaras, 12,5% taloneras + almohadas y 12,5% vendaje. Sacro: colchón anti escaras y en trocánter cura con parche protector. El aseo en el 86,4% ha sido en cama y el 13,6% restante con ayuda en el baño. Incontinencia 96% de los cuales el 17% precisaron sondaje vesical. Solo hubo una caída durante el ingreso. Alimentación. 45,5% ha precisado dieta túrmix, el 31,8% normal, 9% blanda y 13,7% dieta absoluta. Mortalidad hospitalaria 32%.
Conclusiones: Predominancia sexo femenino. No encontramos diferencias entren comorbilidades de pacientes menores de 100 años. No se objetivó deterioro durante el ingreso. Creemos que nuestros pacientes a pesar de su edad presentan un adecuado estado de salud.

PC-004. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

M.I. Porras Guerra, A. Serrano García, A. Alonso de la Torre López y M.N. Gómez González
Complejo Asistencial de León.

Introducción: Los trastornos psiquiátricos son muy frecuentes en población mayor, pero, el hecho de que este grupo de población manifieste, entre otros factores y de forma característica, una presentación clínica atípica de las enfermedades y que "culpemos" al envejecimiento de muchas situaciones y estados patológicos, hace que los trastornos psiquiátricos en ancianos estén infradiagnosticados e infratratados.
Objetivos: Determinar las urgencias psiquiátricas valoradas por atención especializada en pacientes mayores de 75 años.
Métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional de un mes de duración. Se tuvieron en cuenta todas las interconsultas urgentes enviadas a Psiquiatría tanto desde Urgencias como desde plantas de hospitalización. Se determinaron edad, sexo, motivo y origen de las interconsultas, patologías más frecuentes y se analizaron entre ellas, las que se realizaron en mayores de 75 años.
Resultados: Se realizaron a Psiquiatría 154 interconsultas urgentes, 70% desde Urgencias y 30% desde las distintas plantas de hospitalización; 60% mujeres, 40% varones. Edad media total 45,6 años. Patologías más frecuentes motivo de consulta: ansiedad, trastornos depresivos, síndrome confusional, trastorno adaptativo, de personalidad, bipolar y trastorno psicótico. Los mayores de 75 años representaban 19,1% del total; edad media 81,1 años. Patologías más frecuentes en la muestra: síndrome confusional agudo 39%, ansiedad, trastornos adaptativos y depresivos en igual porcentaje 16,6%, síndrome ansioso-depresivo, antecedentes psiquiátricos y otros motivos de valoración 5,5%. Los mayores presentaron 87,5% de todos los síndromes confusionales, 17,6% de los trastornos de ansiedad, 37,5% de adaptativos, 27,3% de los depresivos, 33,3% de ansioso depresivos y en 16,6% se consultó por presentar antecedentes psiquiátricos.
Conclusiones: La atención especializada urgente en pacientes mayores es poco frecuente. Cirugía, traumatología y medicina interna, plantas que más interconsultan. Causa más frecuente de consulta urgente a psiquiatría en mayores de 75 años síndrome confusional agudo. A pesar de que los trastornos psiquiátricos son muy frecuentes en ancianos, en esta muestra las consultas a psiquiatría son muy bajas y 39% por síndrome confusional. Esto se puede interpretar a que este grupo de población sea correctamente controlada desde A.P y/o geriatría o que las características del envejecimiento hace que muchos de los síntomas psiquiátricos sean achacados a él.

PC-005. ESTABILIDAD FUNCIONAL AL ALTA DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA REHABILITADOR. SEGUIMIENTO A LOS 3 MESES

E. de Jaime, S. Burcet, E. Sevilla, M. Rodríguez, A. Huarte-Mendicoa, N. García y O. Vázquez
Servicio de Geriatría. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Valorar situación funcional a los tres meses del alta de un hospital de día de geriatría de rehabilitación.
Métodos: Seguimiento prospectivo de todo paciente dado de alta entre octubre 2012 y junio 2013; se recogió al ingreso y al alta: edad, sexo, diagnóstico médico, número de sesiones realizadas, Charlson, Barthel, Lawton, MMSE, Yesavage, número de fármacos, presencia de caídas, ayuda técnica, seguimiento de programa de rehabilitación domiciliaria al alta. Posteriormente, se realizó contacto telefónico a los 3 meses del alta; se revisó Barthel, Lawton, número de fármacos y hospitalizaciones, presencia de caídas y necesidad de ayuda técnica para deambular y soporte externo.
Resultados: 92 pacientes fueron dados de alta; no se pudo realizar seguimiento telefónico en 10; muestra final de 82 pacientes. El 62,2% eran mujeres, edad media de 80,7 ± 7,2; estuvieron una media de 18,6 ± 9,4 sesiones. El 41,4% tenía como diagnóstico principal la fractura de fémur. El Barthel al ingreso fue de 57,5 ± 13,9, al alta de 74,8 ± 15,7 y a los 3 meses de 77,6 ± 14,8 ($p < 0,005$); el Lawton al ingreso fue de 0,8 ± 1,4, al alta de 2,6 ± 2,2 y a los tres meses de 3,0 ± 2,5 ($p < 0,005$), número de fármacos al ingreso de 9,2 ± 3,0, al alta de 8,4 ± 3,1 y a los tres meses de 8,2 ± 3,4 ($p < 0,005$). El 17% siguió programa de rehabilitación domiciliaria al alta. El 89,0% no presentó hospitalizaciones y el 84,1% no presentó caídas. El 89% necesitaba ayuda técnica al deambular al alta y el 86,5% mantenía dicha ayuda técnica en el seguimiento a los tres meses. Durante el ingreso, el 28,0% disponía de soporte externo y, a los tres meses de seguimiento, aumentó al 46,3%.
Conclusiones: Los pacientes dados de alta del hospital de día de rehabilitación mantienen la ganancia funcional conseguida durante el ingreso; mantienen igualmente la reducción de fármacos al alta y la necesidad de ayuda técnica; se observa un aumento en cuanto a la presencia de soporte externo.

PC-006. ASPECTOS PODOLÓGICOS DEL ANCIANO COMO PROBLEMA DE SALUD EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

A. Martínez-Sabater, M.L. Ballestar Tarín, I. Agramunt Cabrera, L. Pacho Sorlí y M.D.C. Casal Angulo
Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.

Introducción: La prevalencia de afecciones podológicas es mayor en las personas mayores, principalmente en las mujeres. En este sentido,

destacan los problemas biomecánicos-ortopédicos, los trastornos ungueales y los problemas en la persona con diabetes y destaca por su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas. Las encuestas de salud son el instrumento de medida para obtener información de la población sobre los fenómenos subjetivos en relación con la salud y morbilidad percibida, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de servicios sanitarios. Constituyen un instrumento de diagnóstico integral de la salud y entenderla en relación con determinantes sociodemográficos y culturales. Por ello, nos planteamos como objetivo valorar la presencia de los aspectos podológicos en las diferentes ediciones de la Encuesta Nacional de Salud Española.

Métodos: La metodología empleada es el análisis de contenido, con el fin de realizar una valoración cuantitativa y cualitativa de las referencias existentes en las ocho ediciones de la ENS desde 1987 y así, valorar, por una parte, la presencia de los aspectos podológicos entre los problemas de salud y por otro, la presencia de la figura del Podólogo/a como profesional en Salud.

Resultados y conclusiones: Pese a la importancia como herramienta de diagnóstico la ENS y la elevada prevalencia de afecciones podológicas en la persona mayor, la referencia a los problemas que afectan al pie son anecdóticos en la ENS sin aparecer referencias a patologías prevalentes (trastornos ungueales, etc.) que se relacionan con la presencia de complicaciones en la persona mayor. Por otro lado, la presencia del Podólogo/a es inexistente frente a figuras como el acupuntor, quiropráctico entre otras.

PC-007. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA. PREVALENCIA, EPIDEMIOLOGÍA Y VARIABLES DEFINITORIAS DE LAS LESIONES Y PACIENTES

P. Carbonell-Fornés[1] y M. Murillo-Llorente[2]
[1]Geriátrico Novaire. Alcoi. [2]Unversidad Católica de Valencia.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en el mundo.

Objetivos: Determinar la prevalencia de UPP en pacientes ingresados en una residencia geriátrica. Conocer el riesgo de UPP de los pacientes. Describir variables relacionadas con estrategias y prácticas de prevención. Conocer la relación entre las diferentes variables a estudio.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de prevalencia retrospectivo. Recogida de datos: septiembre 2012-septiembre 2013. Utilizamos directrices de clasificación e indicadores epidemiológicos recomendados por GNEAUPP, manejando estadísticos descriptivos. Estudiamos las variables: edad, sexo, riesgo de UPP, incontinencia, UPP, Nº de UPP por paciente, estadio de UPP, lugar de la lesión, nutrición, inmovilidad, localización, SEMP, existencia de comisión de UPP, realización de estudios de prevalencia en el Centro en los últimos 5 años, existencia de protocolos de prevención de UPP, uso de escalas y plan de atención personalizado interdisciplinar. Estudiamos una muestra de 191 pacientes, con una media de edad de 83 años y una desviación típica de 14.23. Estudiamos la prevalencia de padecer UPP, contrastándolo con factores predisponentes y el comportamiento de los mismos con las medidas de prevención.

Resultados: Prevalencia de UPP del 25,13% sobre el total de la población estudiada. En mujeres la prevalencia de padecer UPP alcanza el 72,92%, triplica a la de hombres. La media de edad de padecer UPP es de 88,91 años con una desviación típica de 12,23. Localizaciones más frecuentes: en sacro con un 30,14% y glúteo con un 23,29%. Las lesiones de la zona glútea, 23,29%, son lesiones por humedad. La mayoría de UPP son de grado I y II con porcentajes del 28,77% y el 49,32%. De los pacientes con UPP un 85,42 presenta movilidad reducida y un 12,50% está encamado. De los pacientes que presentan UPP, el 68,75% son incontinentes mixtos. El 72,92% son mujeres. Existe dependencia entre la presencia de UPP y las variables incontinencia, inmovilidad y suplemento nutricional. No existe dependencia entre la presencia de UPP y la edad o el sexo de los pacientes.

Conclusiones: Las UPP continúan siendo un importante problema de salud, especialmente en geriatría, por lo que es imprescindible realizar estudios de prevalencia sistemática y periódicamente para conocer su importancia y alcance real a todos los niveles y poder, de esa manera, abordar políticas eficaces y eficientes de tratamiento y prevención. Por tanto estimamos que la prevalencia de las úlceras por presión está relacionada con las prácticas preventivas que se realizan en las instituciones.

PC-008. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA (UME)

C. Roqueta Guillén[1], S. Ubero Fernández[1], M.I. Martínez Fernández[1], M. Martín Montagut[1], M. Gómez Pérez[2] y R. Miralles Basseda[1]
[1]Centre Forum de l'Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Identificar los factores pronósticos de mortalidad en nonagenarios durante el ingreso en UME.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes nonagenarios que ingresaron en UME durante 6 años. Variables registradas: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia), situación funcional previa al ingreso (índice de Lawton e índice de Barthel), diagnóstico médico principal agrupado (fractura-lesión, neurológico, cardiorespiratorio, vascular, otros), situación funcional al ingreso (índice de Barthel), estado cognitivo al ingreso (Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE)), estado nutricional (albúmina y colesterol), ingesta alimentaria (buena, irregular y mala), comorbilidad (índice de comorbilidad de Charlson), síndromes geriátricos (desnutrición, déficit sensorial, caídas, estreñimiento, polifarmacia, incontinencia urinaria, delirium, inmovilidad, demencia, depresión, úlceras por presión, insomnio) y los pacientes que fallecieron.

Resultados: Se registraron 212 pacientes (75,9% mujeres), con una edad media 92,02 ± 2,10 años. Mortalidad durante el ingreso: 18 (8,5%). Factores pronósticos de mortalidad: presentar un peor estado cognitivo (MMSE: 3,94 ± 6,75 vs 16,01 ± 9,44 ($p < 0,001$)) y estado nutricional (albúmina 2,81 ± 0,56 vs 3,10 ± 0,43 ($p = 0,032$); colesterol: 136,22 ± 37,02 vs 153,74 ± 37,66 ($p = 0,043$)). Diagnósticos médicos principales: de los 18 pacientes que fallecieron: 4 (22,2%) por fractura-lesión, 7 (38,9%) otros, 3 (16,7%) neurológico, 3 (16,7%) cardiorrespiratorio y 1 (5,6%) vascular; y de los 194 restantes: 120 (61,9%), 24 (12,4%), 27 (13,9%), 17 (8,8%) y 6 (3,1%), respectivamente ($p = 0,003$). De los 18 que fallecieron, 0 (0,0%) presentaron una buena ingesta alimentaria, 6 (33,3%) regular y 12 (66,7%) mala; y de los 194 restantes: 100 (51,8%), 85 (44,0%) y 8 (4,1%), respectivamente ($p < 0,001$). De los 18 pacientes que fallecieron, 12 (66,7%) presentaron delirium, 9 (50,00%) úlceras por presión, 15 (83,3%) inmovilidad y 15 (83,3%) incontinencia urinaria; de los 194 restantes: 78 [(40,2%) ($p = 0,030$)]; 42 [(21,6%) ($p = 0,017$)]; 61 [(31,4%) ($p < 0,001$)] y 80 [(41,2%) ($p = 0,001$)], respectivamente. No se hallaron diferencias significativas en el resto de las variables.

Conclusiones: Los factores relacionados con mortalidad fueron un peor estado cognitivo y nutricional al ingreso, la presencia de patología neurológica, una mala ingesta alimentaria y presentar delirium, úlceras por presión, inmovilidad e incontinencia urinaria.

PC-009. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACCEDEN A TRATAMIENTO REHABILITADOR TRAS ACVA

M. Álvarez de Arcaya Vitoria, J.L. González Oliveras, M. Ariztia Sarratea, T. Olazábal, M.C. Vecino Vecino y L. Alkorta
Fundación Matia. Donostia.

Objetivos: Conocer las características diferenciales de los pacientes que tras VGI acceden a tratamientos rehabilitadores, frente a los que no lo hacen. Conocer las diferencias evolutivas de ambos grupos.
Métodos: Se analizan variables de edad, sexo, función, cognición, comorbilidad, morbimortalidad, recuperación funcional y destino al alta de 275 pacientes ingresados post ACVA en una UME. 194 pacientes (grupo 1) realizaron rehabilitación en gimnasio con fisioterapia y TO y 81 pacientes (grupo 2) solo realizaron recuperación en planta con el equipo de enfermería.
Resultados: En el grupo 1 la edad media fue de 78,3 años vs 83,9 en el grupo 2. El 51,5% del grupo 1 y el 29,6% del grupo 2 fueron hombres frente a un 48,4% y un 70,4% de mujeres. Los pacientes que realizaron rehabilitación tenían un IBPde 90,6, un IBI de 21,3 y un MEC de 22,1. Un 63,9% presentaba comorbilidad, siendo alta en el 35,6%. En el grupo 2 el IBP era de 75,6, el IBI de 5,1 y el MEC de 11,7. Presentaban comorbilidad un 41,9%, siendo alta en el 23,4%. La estancia media fue de 31,8 días en el grupo 1 vs 32,3 el grupo 2. Desarrollaron infecciones un 33,5% de los pacientes del grupo 1 frente a un 48,1% del grupo 2 y delirium un 5,7% vs 12,3%. La ganancia funcional fue de 34,9 puntos IB en el primer grupo (7,2 en marcha) y de 8,3 en el grupo 2 (1,3 marcha). La mortalidad en el grupo 1 fue de 1,5% frente a 17,3% en el grupo 2. Un 15,7% de los pacientes del grupo 1 se institucionalizó al alta frente a un 37,3% del grupo 2.
Conclusiones: Los componentes funcional y cognitivo de la VGI discriminan a los pacientes candidatos a rehabilitación post ACVA, no así el nivel de comorbilidad. El perfil de paciente no candidato a rehabilitación es una mujer, más añosa con peor situación funcional previa, con deterioro cognitivo y comorbilidad intermedia. La morbimortalidad intrahospitalaria y la institucionalización es mayor en los considerados no rehabilitables.

PC-010. APRENDIZAJE DE HABILIDADES NO TÉCNICAS EN GERIATRÍA MEDIANTE SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD

C. Casal Angulo, A. Martínez Sabater y M.L. Ballestar Tarín
Facultad de Enfermería. Valencia.

Introducción: La simulación de alta fidelidad es un método docente que permite trabajar en múltiples situaciones fisiológicas y patológicas y manejando todo tipo de situaciones clínicas con un nivel de realismo bastante elevado. Este método, además de enseñar todo tipo de habilidades técnicas (invasivas o no invasivas) enseña a los distintos miembros del equipo asistencial habilidades no técnicas como son la coordinación, el liderazgo y la comunicación eficaz. Según el estudio APEAS en el que analizan las causas que motivan un efecto adverso nos encontramos en que la comunicación es causa un 24,6%. Además, en el paciente geriátrico la comunicación eficaz se ve claramente mermada por una serie de características centradas en dos vertientes: una por el propio paciente (déficit de audición, visión...) y otra por su propio estado de salud: múltiples patologías, información excesivamente técnica.
Objetivos: Nos planteamos valorar la utilización de este método docente para la valoración de las habilidades no técnicas como una herramienta de seguridad del paciente geriátrico.
Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, observacional y analítico de recogida de 60 casos de simulación realizados con alumnos de 4º grado de Enfermería en los que los alumnos que no participaban en el caso evaluaban las habilidades no técnicas entre ellas la comunicación eficaz entre el equipo sanitario y el equipo con el paciente geriátrico.
Resultados y conclusiones: La simulación de alta fidelidad es una estrategia relativamente nueva de enseñanza que permite a los estudiantes a desarrollar, perfeccionar y aplicar los conocimientos y las habilidades en una situación clínica lo más real posible participando en la atención de un paciente en un entorno clínico específico. Al desarrollar escenarios en los cuales el paciente simulado genera diversos niveles de dificultad en el manejo de la información y comunicación con el estudiante, lo ayudamos a conocer y desarrollar estrategias para manejar los problemas comunes de comunicación y de relación entre los propios enfermeros y entre enfermero-paciente geriátrico.

PC-011. UNIDAD DE SUBAGUDOS. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ESTANCIA MEDIA

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

Introducción: En nuestra unidad de subagudos (SA) ingresamos mayoritariamente pacientes desde urgencias del hospital de agudos de referencia, con una elevada prevalencia de enfermedad cardiorespiratoria, que han presentado una reagudización y que, precisando continuar el tratamiento, este se realiza en nuestra unidad, ya des de un principio mediante un abordaje geriátrico rehabilitador y, al alta, coordinado con los restantes niveles asistenciales.
Métodos: Datos de todas las altas de la unidad SA del Hospital Socisanitari Francolí durante 2013. Variables: días de estancia, sexo, edad, diagnóstico, y situación en las AVD continencia de esfínteres, comer, higiene, vestir y deambulación. Análisis descriptivo y de varianza de la estancia media (×) con las variables recogidas. p significativa si < 0,05. Se ha utilizado Microsoft Excel y EPI_statcalc.
Resultados: Han ingresado en la unidad 466 personas, 228 hombres (H), 238 mujeres (M), edad media de 81 años (80H, 81M). 95% desde el hospital de agudos. No se registraron todos los datos en 32 (6,8%) casos y fueron exitus 20 (4,3%), todos ellos excluidos del estudio. De los 414 restantes, la × fue de 11,9 días, 11,7H, 12,8M. Alta a domicilio 357 (86,2%), retorno al hospital 17, ingreso en otra unidad 33, otros motivos 7. El grupo diagnóstico (CIE-9) más frecuente ha sido enf. ap. respiratorio 244 (59,2%) personas, seguido de enf. ap. circulatorio 86 (20,8%) personas. Autonomía en comer: autónomos (A) 313 personas, × 11,87 días; dependientes (M) 101, × 12,74 días. Autonomía en la deambulación: (A) 202 personas, × 11,29 días; (M) 212, × 12,84 días. p = 0,016. Autonomía en higiene: (A) 141 personas, ×11,12 días; (M) 273, × 12,18 días. p = 0,032. Autonomía en vestir: (A) 174 personas, × 11,44 días; (M) 240, × 12,45 días. Autonomía de esfínteres: (A) 301 personas, × 11,8 días; (M) 113, × 12,83 días. Autonomía para las movilizaciones: (A) 179 personas, × 11,12 días; (M) 235, × 12,81 días. p = 0,009.
Conclusiones: Solo las variables autonomía en deambulación, movilización y en la higiene han presentado una predicción positiva para el retorno al domicilio. Los resultados de cumplimiento de los estándares de la unidad creemos que se deben a la existencia de un adecuado filtro al ingreso. El ingreso en la unidad de SA ha representado una disminución de los ingresos en el hospital de agudos.

PC-012. DIEZ AÑOS DESPUÉS DE LA FRACTURA DE FÉMUR

M. Barceló Trias, O. Torres Bonafonte, E. Francia Santamaria, J. Mascaró Lamarca, C.E. Cáceres Caballero y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Comparar las características de los pacientes que han sobrevivido y los que no, 10 años después de haber tenido una fractura de fémur.
Métodos: Se incluyeron los pacientes ingresados por una fractura de fémur entre diciembre del 2002 y marzo del 2003. Un año después

de la fractura se contactó con ellos telefónicamente para evaluar la deambulación y la calidad de vida. Se realizó un análisis univariante usando el método estadístico ANOVA para variables cuantitativas y chi-cuadrado para variables cualitativas.
Resultados: De los 212 pacientes que ingresaron en las fechas anteriormente mencionadas se pudieron localizar 127 (59,9%) y fueron los que se incluyeron en el estudio. Veintitrés pacientes sobrevivieron y 104 fueron exitus. La media de edad del grupo fue de 82,98 años, un 78% mujeres, un 27,6% tenían demencia previa, la comorbilidad media era 1,2, con una estancia media hospitalaria de 17,18 días. Durante el ingreso un 26,8% tuvo un síndrome confusional y un 49,6% precisó transfusión. Un 31,5% de pacientes fueron diagnosticados de otras complicaciones médicas. Al año se pudo evaluar la calidad
de vida de 52 pacientes (59,2% tenían una calidad de vida buena) y la deambulación en 170 (el 32,2% tenían una deambulación funcional). Cuando comparamos el grupo de los supervivientes a los 10 años y los que no, encontramos diferencias significativas en los días de estancia hospitalaria 11,65 vs 18,40 (p = 0,004), complicaciones intrahospitalarias 0 vs 26,4% (p < 0,001), 9,5% vs 26,4% transfusiones (p = 0,011), 2,9 vs 23,7% delirium (p = 0,004), demencia 0 vs 25% deambulación funcional previa 52,2 vs 15,4% (p = 0,001) y deambulación al año 25,6 vs 2,4% (p = 0,003).
Conclusiones: Los pacientes que sobrevivieron a los 10 años de la fractura de fémur tuvieron ingresos hospitalarios más cortos, con menos complicaciones incluyendo la transfusión y el delirium, tenían menos demencia y la deambulación previa y al año era mejor.

PC-013. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO AL ALTA DE AGUDOS

M. Macías Montero, L. Hünicken, L. Miguel Alhambra,
E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, A. Muñoz Pascual,
M.T. Guerrero Díaz y F. Prado Esteban
Hospital General. Segovia.

Objetivos: Se evalúa los resultados de la implantación de un plan de mejora en la prescripción al alta
Métodos: Se comparan los 30 informes de alta de Geriatría de junio 2012 con los 30 de la misma unidad y mes de 2013 tras la implantación del plan de mejora. Se recogen los datos en hoja EXCEL y se analizan mediante SPSS. 11
Resultados: La media de edad es muy avanzada (86 años), más de la mitad > 85 y 20% son nonagenarios La mayor parte presentan algún grado de discapacidad funcional (15% grave) o mental (16% grave) y hasta un 38,6% se van de alta a residencia. Aunque estos pacientes presentan mayor deterioro estadísticamente significativo tanto funcional como mental, no asocian mayor polifarmacia. El número de fármacos varía entre 2 y 18 con media de 7,86 ± 3,37. 30% tienen 5 fármacos o menos y sólo 15% tienen más de 10.No hay diferencias estadísticamente significativas entre el número de fármacos al alta y la edad, dependencia funcional o mental ni la estancia. Se suprimen una media de 2 fármacos innecesarios, y se mantienen una media de 3, el tratamiento al alta suele incluir más fármacos (media 4,5), aunque hay una gran variabilidad y 40% de las altas incluyen fármacos que sólo se usarán por tiempo especificado. Las sustituciones frecuentes son tiacidas por diuréticos de asa, ARA 2 por IECA y antidiabéticos orales por insulina basal. 73, 3% de los informes incluyen recomendaciones respecto al tratamiento no farmacológico y en una media de 21,63% ± 26,72 se especifica el horario. En 6 casos se suspende medicación siguiendo criterios STOPP y en 23 se inicia siguiendo criterios START (oxigenoterapia, antiagregación y omeprazol). Tras el plan de mejora se observa mayor frecuencia de fármacos prescritos por tiempo limitado (p 0,038) pero mayor porcentaje de prescripción por nombre comercial existiendo alternativa genérica (p 0,10).
Conclusiones: Los informes de alta de Geriatría cumplen las recomendaciones de calidad de las sociedades científicas, pudiendo mejorar en la prescripción por principio activo.

PC-014. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON EPOC INSTITUCIONALIZADOS

J. Alaba Trueba[1], C. Martins[2], A. Matos[2], B. Andia[2] y E. Canchi[2]
[1]Centro Médico Ricardo Bermingham. Fundación Matía. Donostia-San Sebastián. [2]Gerozerlan-Txara 1. San Sebastián.

Objetivos: Valoración del estadiaje, clasificación y repercusiones extrapulmonares de los pacientes con diagnóstico de EPOC en pacientes geriátricos institucionalizados.
Métodos: Estudio descriptivo transversal en un Centro gerontológico, analizando variables demográficas, número de reagudizaciones y hospitalizaciones relacionadas, presencia de clínica con la clasificación de la escala del *Medical Research Council*, en pacientes con aceptable nivel cognitivo (MMSE 35 > 20) se pasa el cuestionario *COPD Assessment Test*, el índice BODE, clasificando a los pacientes según los criterios GOLD 2011 y la identificación de fenotipos clínicos propuestos por la Guía Española de la EPOC. Se analiza la comorbilidad asociada, así como repercusión en patología cardiovascular, osteoarticular con presencia de caídas o fracturas previas, así como posible influencia a nivel cognitivo y afectivo.
Resultados: La muestra es de 120 residentes, con una edad media de 85 años, donde el 79% son mujeres, un 42% con dependencia grave y el 64% presenta deterioro cognitivo, la media de medicamentos es de 6,23. La prevalencia de EPOC es del 16,6%, con una edad media de 87,65, el 40% son varones, el 35% con dependencia leve. Presentan antecedentes de fracturas previamente un 45%, con una media de 1,41 caídas en los últimos 6 meses, a nivel cardiovascular un 15% con antecedentes de cardiopatía isquémica y otro 15% fibrilación auricular. Un 15% de los pacientes EPOC han presentado un ingreso hospitalario a lo largo del 2013 y la media de reagudizaciones es de 1,55. La clasificación GOLD valorada es A: 30%, B: 15%, C: 10% y D: 45%; dentro de los fenotipos obtenidos A: 25%, B: 10%, C: 5%, D: 60%. El tratamiento prioritario broncodilatador es con LAMA o con triple terapia (LAMA + LABA/CI). El índice BODEx da una media de 4,4 ± 1,09.
Conclusiones: El fenotipo más frecuente es el de reagudizador bronquítico crónico y según los criterios GOLD el tipo D. Dada la dificultad de realizar espirometrías y obtener datos de grado de obstrucción, el conocimiento de reagudizaciones, ingresos, IMC, marcha son más relevantes. El abordaje debe ser holístico, aprovechando en un Centro gerontológico los recursos asistenciales para valorar la técnica inhalatoria, pudiendo instaurar programas de fisioterapia respiratoria y de educación sanitaria.

PC-015. EXPERIENCIA DE LA UTILIZACIÓN DE DOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA Y FINAL DE VIDA: NECPAL Y EL ÍNDICE PROFUND

E. da Costa Venancio, J. Ventura Junyent, R. Miralles Basseda,
M.J. Robles Raya y O. Vázquez Ibar
Centre Forum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Describir resultados instrumento valoración necesidades atención paliativa (NECPAL), en pacientes de Unidad Larga Estancia (ULE) y compararlos con índice pronóstico mortalidad (PROFUND).
Métodos: Estudio descriptivo. Aplicamos: NECPAL (Gómez-Batiste et al. Med Clin (Barc). 2013;140:241-5) y PROFUND (Bernabeu-Wittel et al. Eur J Intern Med. 2010 doi:10.1016/j.ejim.2010.11.012), categorizado en riesgo bajo-moderado (0-6 puntos (12-31% de mortalidad)) y alto - muy alto (7 - > 11 (45 - > 60%)). Variables: edad, sexo, Charlson, diagnóstico, Barthel, MMSE, Yesavage y nutrición (albúmina, IMC, pérdida peso (%) e ingestas).

Resultados: 30 pacientes (69,03 ± 18,34 años; 56,67% hombres). Barthel 14,40 ± 22,38; Charlson 3,03 ± 1,81; MMSE aplicable 43,33% (9,17 ± 11.28); pregunta screening aplicable 43,33% (positivo 30%, Yesavage 7,78 ± 3,38); nutricional (albúmina 3,57 ± 0,34; IMC 22,69 ± 5,42; pérdida de peso (%) -6,27 ± 14,52; buenas ingestas 80%). Diagnóstico: neurológico 23 (76,67%), otros 7 (23,33%). NECPAL: respondieron "no" a pregunta sorpresa 22 (73,33%), además uno o varios criterios incluidos en 3 bloques restantes: 15 (50%) bloque 2, 22 (73,33%) del 3 y 18 (60%) del 4. Media número respuestas fue de 6,68 ± 1,36 y coeficiente correlación con puntuaciones PROFUND r = 0,28 (p < 0,001). Puntuación media PROFUND 8,97 ± 2,48 (límites 5-16) (riesgo alto - muy alto de mortalidad al año de 45 - > 60%). Según este índice hubo 5 pacientes (16,67%) con riesgo bajo-moderado de mortalidad y 25 (83,33%) con riesgo alto- muy alto. De los 22 pacientes NECPAL positivo, hubo 20 con puntuación PROFUND de categoría " alto - muy alto"(90,9%); de 8 pacientes NECPAL negativo, hubo 5 (62,5%) (chi = 3,409; p = 0,06).
Conclusiones: Según NECPAL, 73,33% necesitan cuidados paliativos. La media del PROFUND elevada indica riesgo alto de mortalidad al año. Un elevado número pacientes NECPAL positivo, presento puntuaciones altas en PROFUND. Existe cierta concordancia en los resultados, aunque no relación estrechamente significativa entre ambos instrumentos, debido a pequeña muestra y diferente naturaleza.

PC-016. FACTORES PRONÓSTICOS DE GANANCIA FUNCIONAL RELATIVA EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA (UME)

S. Ubero Fernández, C. Roqueta Guillén, M.I. Martínez Fernández, M. Riera Cañadell, J. Leal Preciado y R. Miralles Basseda
Centre Forum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Identificar factores pronósticos de ganancia funcional relativa (índice de Heinemann corregido (IHC)) en nonagenarios durante el ingreso en UME.
Métodos: Estudio prospectivo de pacientes nonagenarios que ingresaron en UME durante 6 años. Variables registradas: edad, sexo, situación funcional previa al ingreso (índice de Lawton (IL) e índice de Barthel (IBP)), diagnóstico médico principal agrupado (fractura-lesión, neurológico, cardiorespiratorio, vascular, otros), situación funcional al ingreso (IBI), estado cognitivo al ingreso (Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE)), estado nutricional (albúmina y colesterol), ingesta alimentaria (buena, irregular y mala), comorbilidad (índice de comorbilidad de Charlson (ICCh)) y situación funcional al alta (IBA). La ganancia funcional relativa se ha calculado mediante el IHC, que expresa la proporción de capacidad funcional recuperada respecto a la perdida [IHC = ([IBA – IBI] / [IBP – IBI]) × 100]. Un IHC ≥ 35% se ha considerado indicativo de un proceso rehabilitador de eficacia adecuado.
Resultados: Se registraron 212 pacientes (75,9% mujeres), edad media 92,02 ± 2,10. IHC de pacientes evaluados: 49,15 ± 36,97. Factores pronósticos de ganancia funcional relativa (IHC ≥ 35%): mejor estado funcional previo [(IL:2,71 ± 2,51 vs 2,06 ± 2,70 (p = 0,013)); (IBP:82,25 ± 19,38 vs 74,08 ± 25,23 (p = 0,020)], mejor estado cognitivo al ingreso (MMSE:17,82 ± 8,43 vs 10,53 ± 10,24 (p < 0,001)), mejor estado nutricional al ingreso (albúmina:3,14 ± 0,40 vs 2,97 ± 0,50 (p = 0,022)) y menor comorbilidad (ICCh:1,49 ± 1,26 vs 1,98 ± 1,68 (p = 0,043)). Diagnósticos médicos principales agrupados: de los 129 pacientes que presentaron IHC ≥ 35%: 83 (64,3%) por fractura-lesión, 18 (14,0%) otros, 12 (9,3%) neurológico, 14 (10,9%) cardiorespiratorio y 2 (1,6%) vascular; y de los 83 restantes (IHC < 35% o negativo o indeterminado):41 (49,4%), 13 (15,7%), 18 (21,7%), 6 (7,2%) y 5 (6,0%), respectivamente (p = 0,024). De los 129 pacientes que presentaron IHC ≥ 35%: 78 (60,5%) presentaron buena ingesta alimentaria, 50 (38,8%) regular y 1 (0,8%) mala; y de los 83 restantes (IHC < 35% o negativo o indeterminado): 22 (26,8%), 41 (50,0%) y 19 (23,2%), respectivamente (p < 0,001). No se hallaron diferencias significativas en el resto de las variables.
Conclusiones: Los factores relacionados con una ganancia funcional relativa considerada adecuada (IHC ≥ 35%) fueron una mejor situación funcional previa al ingreso, mejor estado cognitivo y nutricional al ingreso, menor comorbilidad, ingresar por fractura o lesión y presentar buena ingesta alimentaria.

PC-017. FRAGILIDAD EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DE ALBACETE. ESTUDIO FINAL: DISEÑO, METODOLOGÍA, PREVALENCIA Y ATRIBUTOS

E. Villarreal Bocanegra, N. Casero Peinado, S. Plaza Rivera, R. Ceres Martínez, G. Juncos Martínez, J.L. Oliver Carbonell y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Determinar la prevalencia y los atributos de la fragilidad en ancianos institucionalizados.
Métodos: Análisis transversal de la primera ola del estudio FINAL, sobre 331 mayores de 65 años institucionalizados en dos residencias de Albacete, con un año de seguimiento. La fragilidad se determinó mediante criterios Fried. Covariables: sociodemográficas, antropométricas, funcionales (Barthel, Short Form Late Life Function and Disability Instrument -LLFDI-, FAC, Short Physical Performance Battery -SPPB-) cognitivas (MMSE), afectivas (GDS Yesavage), de comorbilidad (índice Charlson), hábitos tóxicos, consumo de fármacos. Se registraron la hospitalización, las visitas a urgencias y las caídas en los 6 meses previos. Se analizaron las diferencias entre los grupos de frágiles y no frágiles (prefrágiles y no frágiles conjuntos).
Resultados: Edad 84,1 (DE 6,7), 209 (65,1%) mujeres. 68,8% frágiles, 28,4% prefrágiles, 2,8% no frágiles, y en el 2,2% de los casos no hubo 3 criterios válidos para determinarlo. Las mujeres fueron más frecuentemente frágiles que los hombres (77,1% vs 22,9%; p < 0,001), y los frágiles fueron mayores que los no frágiles (85,1 vs 82,3; p < 0,001). Los residentes frágiles tuvieron peores puntuaciones en todas las escalas funcionales, cognitivas y afectivas que los no frágiles, y presentaron con mayor frecuencia demencia y enfermedad vasculocerebral. El sexo femenino (OR 2,7 IC95% 1,2-6,2), índice de Barthel (OR 2,2 IC95% 1,2-4,4), riesgo de depresión (OR 2,2 IC95% 1,0-4,9) y las puntuaciones en la batería SPPB (0,7 IC95% 0,6-0,8) se asociaron de manera independiente con el estado de fragilidad. El 21,6% de los frágiles y el 11% de los no frágiles habían tenido una hospitalización en los 6 meses previos (p < 0,05), y el 25,1% de los frágiles frente al 14,9% de los no frágiles habían acudido a urgencias en los 6 meses previos (p < 0,05). La fragilidad tuvo una asociación ajustada no significativa con la hospitalización (OR 1,9 IC95% 0,8-4,5) y con las visitas a urgencias (OR 1,5 IC95% 0,7-3,2) en los 6 meses previos.
Conclusiones: En una cohorte de ancianos institucionalizados, la prevalencia de fragilidad fue del 68,8%. La fragilidad se asoció con eventos adversos de salud como hospitalización y visitas a urgencias en los 6 meses previos.

PC-018. FRAGILIDAD Y MORTALIDAD, DISCAPACIDAD INCIDENTE Y HOSPITALIZACIÓN A LARGO PLAZO EN ANCIANOS ESPAÑOLES. ESTUDIO FRADEA

M. Martínez Reig[1], M. Fernández Sánchez[1], P.A. Hernández Zegarra[1], L. Gómez Arnedo[1], I. García Nogueras[1], P.T. Peña Labour[1] y P. Abizanda Soler[2]
[1]*Hospital General Universitario de Albacete.* [2]*Clínica Nuestra Sra. del Rosario. Albacete.*

Objetivos: Analizar si la fragilidad se asocia a largo plazo con eventos adversos graves de salud como mortalidad, discapacidad incidente en ABVD y hospitalización.

Métodos: Estudio de cohortes concurrente sobre 993 mayores de 70 años incluidos en el estudio FRADEA. La fragilidad se midió mediante el fenotipo de Fried. Durante el seguimiento se registraron la mortalidad, la presencia de cualquier episodio de hospitalización y la discapacidad incidente para realizar las siguientes ABVD medidas con el índice de Barthel: Baño, aseo, vestido, retrete, transferencias y comer. El riesgo de presentar dichos eventos adversos se determinó mediante regresión logística (discapacidad y hospitalización) y análisis de riesgos proporcionales de Cox (mortalidad), ajustado siempre por edad, sexo, Barthel basal, comorbilidad (índice de Charlson) e institucionalización.
Resultados: Edad media 79,4 (DE 6,4), 601 (60,5%) mujeres. 212 (21,3%) institucionalizados y 781 (78,7%) de la comunidad. Frágiles 168 (16,9%), prefrágiles 482 (48,5%), no frágiles 216 (21,8%), y en 127 participantes (12,8%) no se dispuso de 3 criterios válidos para determinar el estado de fragilidad. Media del Barthel 82 (DE 28) y del índice de Charlson 1,3 (DE 1,5). El tiempo medio de seguimiento fue 952 días (DE 408), durante el cual 182 participantes (18,4%) fallecieron. Tiempo medio hasta el fallecimiento 560 días (DE 354). 38 frágiles (63,1%), 119 prefrágiles (31,7%) y 21 no frágiles presentaron discapacidad incidente en al menos una ABVD ($p < 0,001$). 73 frágiles (49,0%), 147 prefrágiles (32,8%) y 50 no frágiles (25,0%) fueron hospitalizados al menos una vez durante el seguimiento ($p < 0,001$). 118 frágiles (76,1%), 179 prefrágiles (41,1%) y 28 no frágiles (14,7%) presentaron hospitalización o discapacidad incidente ($p < 0,001$). Los participantes frágiles (HR 4,5; IC95% 1,8-11,1) y prefrágiles (HR 2,9; IC95% 1,2-6,8) tuvieron un riesgo aumentado de mortalidad que los no frágiles. Los frágiles (OR 3,0; IC95% 1,5-6,1) y prefrágiles (OR 2,2; IC95% 1,3-3,6) tuvieron un riesgo aumentado de mortalidad o discapacidad incidente que los no frágiles. El riesgo de hospitalización fue también mayor en participantes frágiles (OR 1,7; IC95% 0,9-3,0).
Conclusiones: La fragilidad se asocia a largo plazo con mortalidad, discapacidad incidente en ABVD y hospitalización en una cohorte de ancianos españoles.

PC-019. FRAGILIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS HOSPITALARIOS: ESTUDIO FRADEA

S. Salmerón Ríos, M. Fernández Sánchez, T. Flores Ruano, P.T. Peña Labour, J.L. Navarro López, L. Romero Rizos y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar si los ancianos frágiles y prefrágiles consumen un mayor número de recursos hospitalarios que los no frágiles.
Métodos: Estudio de cohortes concurrente sobre 993 mayores de 70 años incluidos en el estudio FRADEA. La fragilidad se midió mediante el fenotipo de Fried. Durante el seguimiento se registraron el número de hospitalizaciones, visitas a urgencias, visitas a especialistas, cirugías y exploraciones radiológicas.
Resultados: Edad media 79,4 (DE 6,4), 601 (60,5%) mujeres. 212 (21,3%) institucionalizados y 781 (78,7%) de la comunidad. Frágiles 168 (16,9%), prefrágiles 482 (48,5%), no frágiles 216 (21,8%), y en 127 participantes (12,8%) no se dispuso de 3 criterios válidos para determinar el estado de fragilidad. Tiempo medio de seguimiento 952 días (DE 408). Los frágiles presentaron más hospitalizaciones que prefrágiles y no frágiles (0,88-0,60-0,38; $p < 0,001$), acudieron más veces a urgencias (1,66-1,26-0,87; $p < 0,001$), y recibieron menos exploraciones radiológicas (2,42-3,16-3,50; $p < 0,05$). No hubo diferencias en el número de cirugías (0,3 de media), ni tampoco en el número de visitas total a especialistas (4,07-4,72-5,5), aunque los sujetos no frágiles o prefrágiles acudieron con mayor frecuencia a las consultas de anestesia, dermatología, oftalmología, ORL, traumatología y urología, ($p < 0,05$), y los frágiles a las de medicina interna, nefrología y psiquiatría ($p < 0,05$).
Conclusiones: Los mayores frágiles presentan un mayor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias que los no frágiles o prefrágiles, pero sin embargo reciben menor número de exploraciones radiológicas y visitas a especialistas.

PC-020. INSTAURACIÓN DE PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DEL ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA. RESULTADOS Y GRADO DE CUMPLIMIENTO

P. Sáez López[1], N. Sánchez Hernández[1], A.J. Ríos Sánchez[1], A. de la Rubia Marcos[1], N. Alonso García[2], M.J. Rincón González[1] y L.J. Alarcón García[1]
[1]Complejo Asistencial de Ávila. [2]Hospital Río Hortega. Valladolid.

Objetivos: Implantación de una vía clínica con protocolos actualizados para mejorar la atención del paciente geriátrico con fractura de cadera.
Métodos: Durante el año 2012, en el Complejo Asistencial de Ávila, el equipo de Ortogeriatría revisa las Guías de Práctica Clínica y elabora protocolos actualizados sobre los problemas más prevalentes del anciano ingresado por fractura de cadera. Los protocolos son sobre tromboprofilaxis, manejo de antiagregantes y anticoagulantes en el perioperatorio, delirium, anemia, desnutrición, dolor, profilaxis antibiótica, estreñimiento, oxigenoterapia, úlceras por presión, sondaje vesical, movilización, riesgo social y osteoporosis. Se implantan durante el año 2013 y se miden los resultados comparando variables sociodemográficas, clínicas, y funcionales de los años 2010 (anterior a los protocolos) y 2013. También se mide el grado de cumplimiento.
Resultados: Tras la implantación de los protocolos en el año 2013 se detecta con más frecuencia los siguientes problemas: delirium, desnutrición, alteraciones hidroelectrolíticas y anemia, con significación estadística. También se observa un cambio en el manejo de estos problemas con mayor porcentaje de tratamiento de la osteoporosis al alta, mayor uso de hierro intravenoso y menos trasfusiones. Se observa menor tasa bruta de infecciones en 2013. El grado de cumplimiento de los protocolos varía entre el 60 y el 100%. Las cifras más bajas se relacionan con los nuevos métodos de screening de desnutrición, delirium y dolor que precisaba que auxiliares y enfermeras anotasen por turno la ingesta de líquidos y alimentos, una escala de evaluación de dolor y la presencia de delirium.
Conclusiones: La implantación de protocolos actualizados para mejorar la atención del anciano con fractura de cadera permite mejorar la detección de problemas tan prevalentes como anemia, delirium, desnutrición y alteraciones hidroelectrolíticas. El manejo multidisciplinar y la atención integral del paciente, junto con un protocolo sobre profilaxis antibiótica en el preoperatorio ha conseguido reducir la tasa bruta de infecciones. El grado de cumplimiento de los protocolos en el primer año varía entre el 60 y el 100%, aunque la mayoría se cumplen en el 90% de los casos.

PC-021. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD A 2 AÑOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

M.A. Zelada Rodríguez[1], H. Palau Gispert[2], G. Canal Rodríguez[2], F.X. Martí Company[1], E. Asensi Batlle[2], B. Montes del Río[1] y D. González Rodríguez[1]
[1]Hospital Sant Llàtzer. Terrassa. [2]Consorci Sanitari de Terrassa.

Objetivos: Determinar los factores asociados a mortalidad a dos años de seguimiento, en pacientes ancianos ingresados en una Unidad de Larga Estancia (ULE).
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la ULE Sant Llàtzer de Terrassa, durante el periodo marzo 2010 a junio del 2011. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia), clínicas (índice de Charlson (ICh),

albúmina), Funcionales (índice de Barthel basal, ingreso y al alta), minimental, ubicación al alta, mortalidad al alta y a dos años. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 65 años, excluyéndose a aquellos con estancias mayores a un año. Se realizó un análisis univariante para seleccionar las variables predictoras de mortalidad y posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística binaria para establecer el modelo predictivo, utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.
Resultados: Se incluyeron 179 pacientes, predominando el sexo femenino (70%). La mortalidad a dos años fue del 55,9%. Resultaron significativas en el análisis univariante: Edad 86, 13 ± 6,8 años, I. Barthel al alta (IB alta) (42,2 ± 30,4), Minimental 13,85 ± 9,1; (ICh) 3,11 ± 1,6, hipoalbuminemia (22,3%), polimedicación (> 8 fármacos) 68,2%. En el análisis multivariante de regresión logística binaria: El Minimental, la hipoalbuminemia y la polimedicación no parecen predecir de forma significativa la mortalidad a dos años en pacientes ingresados en una ULE. La edad avanzada predice de forma significativa mortalidad; por cada año de incremento en la edad, aumenta la Odds de mortalidad en un 10,09% (p = 0,022); del mismo modo, por cada punto de aumento en el ICh, la Odds de mortalidad se incrementa en un 11,3% (p = 0,005). El IB alta sería un factor protector de mortalidad a dos años de forma significativa; por cada 10 puntos de incremento en la puntuación, se reduce el riesgo de muerte un 18% (p = 0,005).
Conclusiones: La edad avanzada y la alta comorbilidad (ICh) predicen de forma significativa la mortalidad a dos años en pacientes ingresados en la ULE; mientras que el Í. Barthel al alta actúa como factor protector. El Minimental, la hipoalbuminemia y la polimedicación, no parecen predecir mortalidad.

PC-022. VALIDEZ DE LA ESCALA BERG EN ANCIANOS: ESTUDIO FRADEA

I. Soler Moratalla, A. Noguerón García, T. Flores Ruano, G. Juncos Martínez, P.T. Peña Labour, I.G. Torres Torres y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar la validez de la escala de equilibrio de Berg (EEB) en una subcohorte del estudio poblacional FRADEA.
Métodos: La validez de constructo se realizó mediante análisis factorial, con metodología de componentes principales. Se determinaron los componentes principales, el porcentaje de la varianza explicada y la validez del modelo. La consistencia interna se evaluó con la alfa de Cronbach. La validez concurrente se analizó mediante la rho de Spearman frente a POMA de Tinetti, velocidad de marcha (VM), *Timed Up and Go* (TUG), y *Short Physical Performance Battery* (SPPB). El rendimiento global de la EEB se calculó mediante curvas ROC construidas frente a los puntos de corte de los tests, determinando área bajo la curva (ABC), mejor punto de corte (MPC), sensibilidad (S) y especificidad (E). Para determinar el efecto techo y suelo se calculó el porcentaje de sujetos que obtuvieron las puntuaciones máximas y mínimas.
Resultados: 254 participantes. Edad media 78,7. Media EEB 51,6, POMA marcha 11,6, POMA equilibrio 15,1, POMA total 26,7. SPPB 9,5. VM 0,81. Barthel 95. Lawton 6,4. TUG 12,2. Correlación se Spearman (r) entre EEB y los diferentes test: POMA marcha 0,521 (p < 0,001), POMA equilibrio 0,649 (p < 0,001), POMA total 0,661 (p < 0,001). SPPB 0,606 (p < 0,001).VM 0,448 (p < 0,001). Barthel 0,434 (p < 0,05). Lawton 0,131 (p < 0,05). TUG -0,628 (p < 0,001). Edad -0,299 (p < 0,001). Validez de constructo significativa (p < 0,001). 3 factores explican el 64,5% de la varianza. Factor 1 incluye ítems 1, 2, 4-12, Factor 2 incluye los ítems 13 y 14 y el factor 3 incluye el ítem 3. alfa de Cronbach = 0,871. El ABC para detectar un SPPB < 9 fue 0,972 (MPC < 46. S 0,8, E 0,9), TUG> 20: ABC = 0,969 (IC95% 0,943-0,994) (MPC < 48. S 0,92, E 0,88). VM < 0,8: ABC = 0,714 (IC95% 0,651-0,777) (MPC < 54. S 0,628, E 720). SPPB < 9: ABC = 0,836 (IC95% 0,772-0,899) (MPC < 53. S 0,79. E 0,78). 70(27,6%) participantes tuvieron BERG máximo (56 puntos) y 1 el mínimo (0,4%). 160 (63%) participantes tuvieron puntuación máxima en POMA.
Conclusiones: La escala de equilibrio de Berg es válida para determinar alteraciones del equilibrio y marcha en ancianos españoles, evitando el efecto techo del POMA.

PC-023. PAUTAS DE ACTUACIÓN QUE CONSIGUEN REDUCIR EL RETRASO QUIRÚRGICO EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

P. Sáez López, N. Sánchez Hernández, A. de la Rubia Marcos, A.J. Ríos Sánchez, J.A. Valverde García, I. Romero Mayoral y L. Amigo Liñares
Complejo Asistencial de Ávila.

Objetivos: 1. Determinar las causas que influyen en el tiempo que transcurre desde el ingreso hasta la cirugía en ancianos con fractura de cadera. 2. Instaurar algunas pautas para reducir el retraso quirúrgico innecesario.
Métodos: Durante el año 2010 se recogen datos de todos los pacientes que ingresan con fractura de cadera mayores de 75 años y se mide el tiempo de espera hasta la cirugía, considerando retraso quirúrgico 72 horas. Se evalúan las causas del retraso basándonos en la publicación de Orosz, adaptada a nuestro medio. Tras conocer los resultados se toman medidas como: 1. Cambio de planificación en la programación quirúrgica de Traumatología, adaptándose al nº de fracturas pendientes y dándoles prioridad. 2. Concienciación de otros especialistas (Anestesia, Cardiología) para intervención precoz de estos pacientes. 3. Protocolo actualizado de manejo del paciente antiagregado/anticoagulado que permite reducir el tiempo de espera quirúrgico. 4. Manejo integral con intervención de Geriatría para mejora precoz de patología previa.
Resultados: Las causas más frecuentes de retraso quirúrgico son falta de disponibilidad de quirófano, ingreso en festivo, toma de antiagregantes/anticoagulantes, control de patología previa y realización de pruebas pendientes. Se ha conseguido reducir el tiempo de espera hasta la cirugía de 6,23 días de media en el 2010 a 4,4 en 2013. Se ha medido la reducción de la espera por las distintas causas en 2013, comparada con 2010 y ha resultado significativa en disponibilidad de quirófano, ingreso en festivo, antiagregación, control de patologías previas y pruebas pendientes.
Conclusiones: Las causas más frecuentes de retraso quirúrgico en ancianos ingresados con fractura de cadera son falta de disponibilidad de quirófano e ingreso en festivo. En menor proporción influye también la espera que precisan los pacientes antiagregados/anticoagulados, el control de patologías previas agudas para intervenir en las mejores condiciones y la realización de pruebas pendientes necesarias antes de la cirugía. Una intervención con nuevas pautas de actuación que incidan en la programación quirúrgica, concienciación de la necesidad de cirugía precoz a los profesionales, intervención diaria de Geriatría y revisión y actualización de los tiempos de espera en el paciente antiagregado/anticoagulado, ha conseguido reducir el retraso quirúrgico.

PC-024. ADAPTACIÓN DE LOS CRITERIOS FRIED DE FRAGILIDAD AL NUEVO CONSENSO DE JE MORLEY (JAMDA 2013). ESTUDIO FRADEA

A. Noguerón García, I. Soler Moratalla, I. Huedo Rodenas, G. Juncos Martínez, I.G. Torres Torres, G. Ariza Zafra y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete.

Objetivos: Analizar si los criterios originales de Fried podrían ser adaptados al último consenso publicado por Morley en JAMDA 2013, sin perder validez pronóstica.
Métodos: 993 mayores de 70 años incluidos en el estudio FRADEA. La fragilidad se midió mediante el fenotipo Fried y mediante un nue-

vo índice ajustado a la nueva definición de consenso, compuesto por velocidad de marcha (resistencia o "endurance") y fuerza prensora (fuerza) con iguales puntos de corte que los originales de Fried, añadiendo el quintil inferior de Peak Flow (función fisiológica) ajustado por sexo (hombres < 200 ml/min y mujeres < 150 ml/min). Se consideró frágil si cumplía 3 criterios, prefrágil 1 o 2 y no frágil ninguno. La validez convergente se calculó mediante la rho de Spearman y la pronóstica se comparó frente a mortalidad y discapacidad incidente para realizar ABVD. El riesgo de presentar dichos eventos adversos se determinó mediante regresión logística y análisis de riesgos proporcionales de Cox ajustado por edad, sexo, Barthel basal, índice de Charlson e institucionalización.
Resultados: Edad media 79,4, 601 (60,5%) mujeres. 212 (21,3%) institucionalizados y 781 (78,7%) de la comunidad. Criterios Fried: Frágiles 168 (16,9%), prefrágiles 482 (48,5%), no frágiles 216 (21,8%). Según el nuevo índice, 204 frágiles (20,5%), 303 prefrágiles (30,5%) y 216 robustos (21,8%). El tiempo medio de seguimiento fue 952 días (DE 408), durante el cual 182 participantes (18,4%) fallecieron. Tiempo medio hasta el fallecimiento 560 días (DE 354). La correlación entre ambos índices fue muy buena (r = 0,800; p < 0,001). Los participantes frágiles tuvieron un riesgo aumentado de mortalidad o discapacidad incidente tanto con los criterios originales de Fried (OR 3,0; IC95% 1,5-6,1) como con los adaptados al consenso (OR 2,9; IC95% 1,6-5,4).
Conclusiones: El nuevo índice de fragilidad se ajusta a la definición de consenso y presenta buena validez convergente con los criterios Fried originales así como buena validez pronóstica de mortalidad y discapacidad. Este nuevo índice evita la subjetividad de las preguntas CES-D y la dificultad de pasar las herramientas de actividad física, a la vez que elimina el componente de pérdida de peso que en ocasiones es difícil de asegurar.

PC-025. REPERCUSIÓN FUNCIONAL Y SOCIAL DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

N. Sánchez Hernández, P. Sáez López, I. Romero Mayoral, A. de la Rubia Marcos, A.J. Ríos Sánchez, B. Marcos Sánchez y J.A. Valverde García
Complejo Asistencial de Ávila.

Objetivos: 1. Conocer el grado de deterioro funcional que sufre un anciano tras presentar una fractura de cadera. 2. Evaluar la repercusión socio-familiar que conlleva la fractura en cuanto a cambio de domicilio y nueva institucionalización.
Métodos: Se recogen datos de los pacientes mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera en 2010 y 2013. Se mide el índice de Barthel previo a la fractura y al alta del hospital, para evaluar el deterioro funcional. Para calcular la eficiencia funcional, se recoge la variable estancia media hospitalaria. Se evalúa el lugar de residencia del paciente, previo a la fractura y el destino al alta del hospital. De esta forma se determina el % de pacientes que cambian de domicilio y el % de los que utilizan residencia, cuando previamente vivían en domicilio particular o familiar.
Resultados: Los pacientes que ingresan por fractura de cadera pierden una media de 29-33 puntos en el Índice de Barthel. Como en el año 2013 hay una estancia media inferior a la del 2010, la eficiencia funcional mejora de forma significativa (similar situación funcional al alta de los pacientes, pero en menos tiempo). El 15-20% de los pacientes que sufren fractura de cadera cambian de domicilio al alta del hospital, con una tasa de Nueva Institucionalización del 10-15% (superior en 2013). Se ha relacionado la Nueva Institucionalización con el nº de complicaciones sufridas durante el ingreso y con el nº de fármacos prescritos al alta.
Conclusiones: El grado de deterioro funcional tras sufrir una fractura de cadera es muy importante (media de 30 puntos en el Barthel) y en muchos casos reversible. Como consecuencia de una estancia media inferior en 2013, se consigue mejorar la eficiencia funcional, aunque sería deseable mejorar de forma objetiva la capacidad funcional. Tras la fractura, el 15-20% de los pacientes se ven obligados a cambiar de domicilio. Entre el 10-15% utilizan residencia, con el fin de rehabilitarse, dado que en nuestro medio no disponemos de Unidad de Recuperación Funcional. El perfil de pacientes que utilizan residencia al alta son los que más se complican durante el ingreso y los que tienen polifarmacia.

PC-026. CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA TRAS FRACTURA DE FÉMUR

J.M. Santiago Bautista[1], A. González Navarro[1] y T. Casanova Querol[2]
[1]Consorci Sanitari Integral. Hospital de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat. [2]Consorci Sanitari Integral. Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

Objetivos: Estudiar el perfil de prescripción farmacológica, su evolución y cumplimiento en ancianos tras ser intervenidos de fractura de fémur en nuestro centro.
Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye todos los pacientes > 65 años que, a los 4 meses de ser hospitalizados por fractura de fémur en nuestra unidad de ortogeriatría, fueron citados en consulta entre febrero 2011 y febrero 2014. Se registra información del ingreso, al alta y en la visita a los 4 meses. Se recogen datos sociodemográficos (edad, sexo); clínicos (comorbilidad, tipo fractura, tratamiento farmacológico y específico osteoporosis). Se recogen prescripción y cumplimiento de fármacos, en especial tratamiento óseo: calcio y vitamina D, tratamiento osteoformador o antirresortivo, suplementación con calcifediol.
Resultados: Se estudiaron en consulta 221 pacientes (86,7% de los citados), 77,6% mujeres y 20,4% hombres, con una edad media de 83,65 años (mediana 84 años (66-99 años)). Previo al ingreso el consumo de fármacos medio era de 7,12, al alta 11,03 y 9,89 tras 4 meses. El consumo de neurolépticos, antidepresivos y benzodiacepinas previo fue de 59 (26,7%), 76 (34,4%) y 87 (39,4%) respectivamente. Tras control a los 4 meses fue 36 (16,3%), 108 (48,9%), 77 (34,8%). Prefractura sólo tomaban calcio + vitD 38 (17,2%), antiosteoporótico (osteoformador o antirresortivo) 23 (11,8%), ninguno calcifediol. Al alta Ca2+ 210 (95%), antiosteoporótico 22 (10%), calcifediol 89 (40,3%). En la visita de los 4 meses se prescribió Ca2+ 216 (97,7%), antiosteoporótico 118 (54%) (fosfonatos 43,6%, ranelato 61,3%, calcitonina 1,18%, teriparatida 18,9%, 1,18% zoledronato, denosumab 10,6%), calcifediol 82 (37,1%), y los tres tratamientos 33 (28,72%).
Conclusiones: Existe un infratratamiento de la prevención de la fractura de fémur. La intervención por Geriatría al alta y a los 4 meses incrementa la prescripción y mejora su cumplimiento, casi completa en el caso del Calcio (97,7%). La prescripción de antirresortivos u osteoformadores ha variado según el periodo ("efecto ranelato"). El ingreso en Ortogeriatría debe suponer una oportunidad de optimizar el tratamiento antiosteoporótico. Un seguimiento en consulta de Geriatría se muestra beneficioso para la adherencia al tratamiento, prevenir caídas y nuevas fracturas.

PC-027. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA: SEGUIMIENTO A 2 AÑOS

H. Palau Gispert[1], M.A. Zelada Rodríguez[1], G. Canal Rodríguez[2], L.D.C. Navarro Ormeño[1], F.X. Martí Company[1], C. Cemeli Valverde[1] y D. Rodríguez González[1]
[1]Hospital Sant Llàtzer. Terrassa. [2]Hospital de Terrassa.

Objetivos: Determinar las variables clínicas, funcionales, cognitivo-emocionales y sociales en pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia (ULE) y la prevalencia de mortalidad a dos años.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la ULE Sant Llàtzer de Terrassa, durante el periodo marzo 2010

a junio del 2011. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia), clínicas (índice de Charlson (ICh), albúmina), Funcionales (índice de Barthel basal, al ingreso y al alta), minimental, ubicación al alta, mortalidad al alta y a los dos años. El análisis estadístico de las medidas de tendencia central se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.
Resultados: Se evaluaron 179 pacientes, la edad fue de 86,13 ± 6,8, predominando el sexo femenino (70%). Se evidenció una alta comorbilidad (ICh: 3,11 ± 1,66), asociado a dependencia funcional grave (I. Barthel al ingreso de 36,75 ± 27,40). Minimental (13,85 ± 9,16), presentando deterioro cognitivo moderado/grave (MEC < 24) el (91,6%) y sintomatología depresiva (Yessavage > 5) el 68,9%. Los motivos principales de ingreso fueron síntomas cognitivos y conductuales asociados a demencia (59,8%) y rehabilitación funcional (17,3%). El tiempo de estancia promedio fue de 98,60 ± 110 días. Al alta, el destino principal fue el domicilio (46,9%), seguido de la institucionalización (21,2%), registrándose una elevada tasa de polimedicación (> 8 fármacos) del 68,2%. Durante el ingreso se registró una pérdida funcional en el 17,3% de los pacientes, mientras que el 82,7% mantuvieron o mejoraron su funcionalidad, con una ganancia funcional global de 5,44 ± 17,6, y un Í. Barthel al alta de 42,2 ± 30,42. La mortalidad durante el ingreso en la unidad fue del 8,9% y a los dos años de seguimiento ascendía al 55,9%.
Conclusiones: Los pacientes ingresados en la ULE presentaron una edad avanzada, con alta comorbilidad, grave dependencia funcional, sintomatología depresiva y deterioro cognitivo en más del 70% de los casos. Se mantuvieron estables o mejoraron funcionalmente el 82,7% al alta, con una elevada prevalencia de mortalidad a los dos años de más del 55%, lo cual podría indicar un efecto de compresión de la comorbilidad (pero sería necesario realizar estudios prospectivos).

PC-028. EFECTO DE LAS REUNIONES DE *FEED-BACK* ENTRE NIVELES ASISTENCIALES SOBRE LOS INGRESOS PROGRAMADOS DE PACIENTES CRÓNICOS-COMPLEJOS A UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS. "LA COMUNICACIÓN ES LA CLAVE"

J.L. Sánchez Rodríguez[1] y E. Martínez Almazán[2]
[1]Hospital Comarcal de Amposta. [2]Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes ingresados durante el período de un año en una Unidad de Subagudos (US), su evolución, destino y recursos al alta. Se compara número de ingresos programados vs no programados tras intervención proactiva (reuniones de feed-back) entre la US y Equipos de las Áreas Básicas de Salud (EABS).
Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en la US en el periodo de febrero 2012 a marzo 2013. Recogida de datos sociodemográficos, clínicos, seguimiento de reingresos y/o visitas a urgencias durante el año y ≤ 30 días. 12 reuniones de feed-back con los EABS 2012-2013.
Resultados: n = 105 pacientes. Edad media 83,79 ± 8,1 años. 57,1% mujeres. Motivo de ingreso: respiratorio 36%, cardiológico 24,7%, ITU 8,6%, atención al final de vida 11,4% y otros 19,3%. Estancia media 13,84 ± 8,2 días. Barthel Ingreso 47,03 ± 32. Índice de Charlson ≥ 3 65,71%. polifarmacia: 90,3%. Delirium al ingreso: 26,7%. Deterioro cognitivo 45,7%. Procedencia de ingreso: Urgencias (no programado) 65,7% CAP (programado) 25,7%, otros 8,6%. Destino al alta: domicilio 69,6%, sociosanitario 17,1%, agudos 3,8%, Residencia 1,9%, exitus 7,6%. Reingresos 2012: 13 pacientes (12,4%), Reingresos/visitas a urgencias < 30 días 8 pacientes (7,6%). Datos parciales año 2013: pacientes ingresados 203 (177 subagudos). Edad media 82,98 ± 9,2 años. 54,09% mujeres. Estancia media: 17,26 días. Procedencia de Ingreso: Urgencias (No programado): 44,6% CAP (programado) 55,4%. Destino al alta: domicilio 77,3%, sociosanitario 15,3%, agudos 0%, Residencia 1,7%, exitus 5,7%.
Conclusiones: La coordinación y comunicación entre los niveles asistenciales que intervienen en la atención de los pacientes pluripatológicos y crónicos complejos es necesaria para asegurar una adecuada continuidad asistencial. En nuestra experiencia, la fluidez en la comunicación y feed-back entre los 2 niveles (US-EABS) ha sido la clave para doblar en un año el número de ingresos programados desde domicilio, ofreciendo una alternativa asistencial de entorno integrado a más de la mitad de los pacientes crónicos complejos.

PC-029. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y PRIMEROS PASOS DE VALIDACIÓN AL CASTELLANO DEL CUESTIONARIO *NURSING HOME SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE*

M. Machón[1], I. Vergara[1], C. Silvestre[1], E. Peiró[1], L. Ferrús[2] y K. Vrotsou[1]
[1]Osakidetza. San Sebastián. [2]Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos: Proporcionar al ámbito sociosanitario español un instrumento adecuado para valorar la cultura de seguridad en las residencias para personas mayores.
Métodos: Se ha traducido y adaptado al castellano el cuestionario *Nursing Home on Patient Safety Culture*, de la *Agency for Health Care Research and Quality.* Se siguió el protocolo *International Quality of Life Assessment* de adaptación de cuestionarios: traducción, evaluación de la equivalencia conceptual, retrotraducción y validez de contenido; seguido de un pilotaje y de una fase de trabajo de campo (en desarrollo). El cuestionario podía ser completado por correo postal, electrónico o en una web específica del proyecto. Se reclutaron profesionales de residencias del País Vasco, de todos los perfiles laborales con experiencia laboral en su centro > 1 año. A partir de los datos obtenidos se realizaron los primeros pasos de validación de las propiedades psicométricas del cuestionario: correlaciones entre ítems y los alfa de Cronbach de cada sección.
Resultados: Tres de los 42 ítems que forman parte del cuestionario fueron modificados con respecto a la versión original. Hasta el momento han participado 169 profesionales de un total de 113 residencias contactadas. La edad media de los participantes fue de 42,1 (DE 10,7) años, el 84% eran mujeres y el 44% disponía de formación profesional. El trabajo más frecuentemente desempeñado fue el de auxiliar de geriatría (36%) y de media llevaban trabajando en su centro 8,3 (DE 7,7 años). El 57% de los encuestados trabajaba directamente con los residentes más del 75% de su tiempo. El 51% de los encuestados consideró como "muy buena" la seguridad que ofrece a los residentes su centro. Las cuatro secciones que forman parte del cuestionario presentaron correlaciones adecuadas y valores alfa de Cronbach > 0,74.
Conclusiones: Una vez finalizado el trabajo de campo y el análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario se dispondrá de un instrumento específico para la valoración de la cultura de seguridad en las residencias de personas mayores. Dicha herramienta permitirá valorar el nivel de cultura de seguridad entre los profesionales de estos centros, identificar áreas de mejora y analizar su evolución ante la introducción de cambios organizativos.

PC-030. IMPORTANCIA DE LA DISFAGIA Y PROTOCOLO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

M. Capo Pallàs, J. González Valdivieso, M. Quero Cantarero, S. Martínez Cano, M. Bonell Cabot, M. Llonch Masriera y C. Roure Nuez
Consorci Sanitari de Terrassa.

Objetivos: Valorar el impacto de la disfagia en nuestro ámbito y protocolizar su manejo y abordaje.

Métodos: Estudio de corte transversal y un seguimiento de 12 meses de pacientes con disfagia de recién diagnóstico con prescripción y dispensación de espesante al alta hospitalaria desde el servicio de farmacia (SF) de un Hospital de 300 camas. Variables de estudio: número de pacientes con prescripción y dispensación de espesante, adherencia a las dispensaciones (mensuales desde el SF de hospital según consumo), número de pacientes fallecidos, número de pacientes con reingresos, y número de pacientes con reingresos con diagnóstico de neumonía aspirativa.
Resultados: Durante el periodo de junio a diciembre de 2011 se les prescribieron espesante a 286 pacientes con diagnóstico de disfagia. La media de dispensaciones por paciente fue de 5,23 veces/año, el 40,6% (N = 116) de los pacientes al tercer mes dejaron de acudir al SF. El 24% (N = 68) de los pacientes fallecen en un año. El 19% (N = 54) reingresaron y el 6,7% (N = 19) con diagnóstico de neumonía aspirativa.
Conclusiones: Los pacientes con indicación de espesante tuvieron una mortalidad del 24%, reingresos del 19% y 6,7% con neumonía aspirativa. Se justifica pues un protocolo asistencial multidisciplinar (Logopedia, Enfermería, Dietista, Farmacia, Digestología y Geriatría) y específico para su abordaje, cuyo objetivo principal es mejorar su detección, diagnóstico y manejo. Los objetivos secundarios son mejorar estado nutricional, evitar complicaciones respiratorias-infecciosas, mejorar la funcionalidad, y reducir la morbi-mortalidad. Se define un grupo de población diana en función del riesgo o de diagnóstico previo de disfagia. A los pacientes sin disfagia previa, enfermería realizará una cribaje mediante historia dirigida, exploración y test de viscosidad. Si cribaje positivo, la logopeda realizará una valoración más exhaustiva (exploración y MECV-V) estableciendo el diagnóstico. Según el tipo de disfagia/sospecha diagnóstica se completará el estudio por Digestivo u ORL. Los pacientes con diagnóstico previo serán revalorados por enfermería. Se adaptará el soporte nutricional (oral o enteral) de alimentación y de hidratación. Se revaloran periódicamente y pre-alta. Se educará al cuidador con pautas concretas individualizadas (medidas higiénico-posturales, hidratación y alimentación). Toda la información se facilitará por escrito.

PC-031. PERFIL DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON FIBRILACIÓN AURICULAR

P. López Mases[1], A. Martínez Sabater[1], J. Haba Ejarque[2], M.L. Ballestar Tarín[1] y C. Casal Angulo[1]
[1]Facultat d'Infermera i Podologia. Valencia. [2]Hospital Clínica Quirón. Valencia.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una patología con alta prevalencia en el anciano que implican un alto número de complicaciones que afectan a la calidad de vida. El aumento de la esperanza de vida convierte la patología en problema de salud pública, siento elementos claves para afrontar el problema la detección precoz y la educación para la salud.
Objetivos: Nos planteamos identificar las características de los pacientes con fibrilación auricular y detectar en los pacientes que realizan autocontrol sintomático.
Métodos: Se trata de un estudio descriptivo e inferencial con muestreo por conveniencia realizado durante los meses de octubre a enero en la consulta de Cardiología de la Clínica Quirón de Valencia, estableciéndose como criterios de inclusión la asistencia a la consulta por un episodio de FA. Para cada sujeto de la muestra, se ha recopilado los datos sociodemográficos, modificaciones en constantes (FC, TA), diagnósticos, visitas a Urgencias y la presencia de complicaciones. Los datos se han analizado con el paquete estadístico SPSS v.20.0.
Resultados: Se ha obtenido una muestra de 65 personas (43% hombres), siendo las edades medias 65 y 72 años. Los resultados indican que el tipo de FA paroxística se encuentra asociado a frecuencias cardiacas iniciales superiores al grupo de FA persistente el cual se relaciona con edades más avanzadas. A su vez el grupo que acude a urgencias presentan frecuencias cardiacas iniciales superiores. Se comprueba que la incidencia de dicha arritmia aumenta con la edad. A edades avanzadas, mayor asociación en el individuo de los factores de riesgo con los que ésta se relaciona.
Conclusiones: La FA es una de las arritmias más prevalentes en la población anciana, las complicaciones asociadas se relacionan con un alto coste sanitario y con un empeoramiento de la calidad de vida, por lo que es necesario invertir más en su detección y tratamiento. Revertir al paciente a ritmo sinusal se convierte en el principal objetivo. Por lo que controlar las frecuencias cardiacas se convierte en una alternativa eficaz para reducir complicaciones.

PC-032. REGISTRO DE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS ASOCIADO A LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE CAÍDAS

L.F. Miera Hernández, D. Muñoz Jiménez, M. Lázaro del Nogal, L. Gallego Marcuello, A. Chato Mahamud, M. Fuentes Ferrer y F. García García
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir la incidencia y características de las caídas a través de un sistema de registro y notificación, asociado a la implantación de un Programa de Atención Integral a las Caídas en un hospital terciario.
Métodos: Estudio descriptivo del número y características de las caídas notificadas durante el período comprendido entre julio de 2012 y diciembre de 2013. La incidencia se calculó sobre tres áreas principales (médica, quirúrgica y psiquiatría). La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario ad hoc remitido a la Unidad de Calidad. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se describen con la media y desviación estándar (DE). El procesamiento y análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico STATA 12.0.
Resultados: La incidencia de caídas en el centro fue de 0,62% (409 caídas/65.594 ingresos). Se produjeron 6,2 caídas por cada 1.000 ingresos y 1,13 caídas por cada 1.000 días de estancia. La incidencia por áreas fue de 0,6% (258 caídas/42.771 ingresos) en área médica, 0,33% (75 caídas/22.059 ingresos) área quirúrgica y 7,3% (56 caídas/764 ingresos) área de psiquiatría. La distribución por sexos fue en el centro fue 54,4% hombres y 45,6% mujeres. La edad media 71,8 (DE = 14,9) años. La distribución de caídas por lugar de ocurrencia fue 246 (61,7%) en habitación, 119 (29,8%) cuarto de baño y 13 (3,3%) pasillos. Los mecanismos de producción más frecuentes fueron deslizamiento 190 (46,5%), pérdida de fuerza 82 (20%), mareo 31 (7,6%). Las circunstancias fueron deambulando 131 (36,7%), al levantarse 88 (24,6%), desde el sillón 49 (13,7%) y desde la cama con barandillas 42 (11,8%). Tomaban más de 5 fármacos un 58,7% y 43,5% tomaban psicofármacos. La ausencia de calzado cerrado (69,1%) y la ausencia de suelo antideslizante (61,5%) fueron los factores ambientales más frecuentes.
Conclusiones: El sistema de notificación y registro de caídas permite la cuantificación de este evento y el análisis de sus características en la institución, constituyendo así una base para la planificación de intervenciones preventivas que reduzcan la incidencia y mejoren la seguridad en el paciente.

PC-033. REDUCCIÓN DE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE CAÍDAS

D. Muñoz Jiménez, L.F. Miera Hernández, M. Lázaro del Nogal, C. Benedicto Martín, B. Solas Gómez, M. Fuentes Ferrer y E. Fernández del Palacio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Medir y comparar la evolución de la incidencia de caídas notificadas en un hospital terciario, desde el inicio de la implantación de un programa de atención integral a las caídas hasta la actualidad.
Métodos: Estudio descriptivo-comparativo de las caídas notificadas en el centro en períodos semestrales, desde junio de 2012 a diciembre de 2013. La recogida de datos se realizó mediante cuestionario ad hoc cumplimentado por las unidades de ocurrencia y remitido a la Unidad de Calidad. Se calculó la incidencia en cada uno de los periodos de estudio y el riesgo relativo (RR) junto a su IC95% tomando como referencia el primer periodo. Se utilizó el test de χ^2 para el que se aceptó un valor de significación del 5%. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante STATA 12.0.
Resultados: La incidencia de caídas por períodos fue de 0,78% (165 caídas/21.151 ingresos) y 1,38 caídas/1.000 días de estancia entre julio-diciembre 2012 (P1), 0,63% (147 caídas/23.007 ingresos) y 1,14 caídas/1.000 días de estancia entre enero-junio 2013 (P2) y 0,45% (97 caídas/21.126 ingresos) y 0,86 caídas/1000 días de estancia entre julio-diciembre 2013 (P3). Las incidencias por áreas fueron 0,45% (P1), 0,37% (P2) y 0,21% (P3) con una reducción del RR del 17% (RR 0,83; IC95%: 0,50-1,37) en P2 y del 54% (RR 0,46; IC95%: 0,25-0,86) en P3, con significación p = 0,041 en el área quirúrgica; 0,72% (P1), 0,61% (P2) y 0,49% (P3) con una reducción del RR del 15% (RR 0,85; IC95%: 0,64-1,13) en P2 y del 33% (RR 0,67; IC95%: 0,49-0,92) en P3, con significación p = 0,045 en el área médica; 11,74% (P1), 8,68% (P2) y 2,23% (P3) con una reducción del RR del 27% (RR 0,73; IC95%: 0,43-1,25) en P2 y del 81% (RR 0,19; IC95%: 0,07-0,45) en P3, con significación p < 0,001 en el área de psiquiatría.
Conclusiones: Se ha obtenido una reducción muy significativa de las caídas notificadas en el periodo observado. Las intervenciones preventivas integrales ante las caídas y su seguimiento permiten reducir estos eventos y aumentar la seguridad del paciente en el contexto clínico.

PC-034. PREVALENCIA DE MEDICACIÓN INADECUADA EN PACIENTES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

A. Martín López, N. López Matons, D. Conill Badell, L. Carreño Sarrias, G. Obrero Cusidó y J. Padrós i Selma
Unidad de Valoración Geriátrica. Mutuam. Barcelona.

Objetivos: Estimar la prevalencia de la medicación potencialmente inadecuada según criterios de Beers, en pacientes que consultan por primera vez a una unidad de valoración geriátrica integral. Valorar la relación de medicamentos inapropiados según la patología de base en estos pacientes según los criterios de Beers. Cuantificar el número de fármacos que toma cada paciente.
Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se han revisado las historias clínicas de pacientes mayores de 65 años que acudieron por primera vez a nuestra unidad durante el periodo de mayo a diciembre del 2013. Se ha utilizado los criterios de Beers, revisión del 2012, que describe dos series de medicamentos potencialmente inadecuados en ancianos del ámbito ambulatorio domiciliario, hospitalizados e institucionalizados: independientemente del diagnóstico o condiciones del paciente y los dependientes del diagnóstico o de sus condiciones clínicas.
Resultados: Muestra compuesta por 120 pacientes, 65,8% mujeres, con una media de edad de 83,22 años (rango de 65 a 95). La media de fármacos que toma cada paciente es 5,32 (desviación estándar 3,13). El 41,7% de los pacientes toman más de 5 y hasta un 10% superan los 10 fármacos. Un 33,3% de los pacientes están tomando al menos un fármaco potencialmente inadecuado, un 7,5% dos y un 0,8% tres. Teniendo en cuenta la gravedad, un 15,8% están tomando fármacos de alta gravedad y siempre inadecuados; un 3,3% de gravedad baja pero inadecuados siempre; un 25,8% de alta gravedad y en ocasiones inadecuados; y un 2,5% de gravedad baja e inadecuado en ocasiones. Según las siguientes patologías de base hemos observado este porcentaje: arritmias un 6,7%; EPOC 16,7%; depresión 30%; enfermedad obstructiva vejiga urinaria 31,6%; pacientes tratados con anticoagulantes 21,3%.
Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes que acuden por primera vez a nuestra unidad están polimedicados y tomando fármacos potencialmente inadecuados independientemente del diagnóstico. Estos resultados nos sugieren una reflexión sobre la relación entre el motivo de consulta en nuestra unidad y la polimedicación o la prescripción de fármacos potencialmente inadecuados. La desprescripción es uno de los retos de la actividad diaria de los profesionales de la salud.

PC-035. EL AI CHI COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN REUMATOLOGÍA

P.J. Olabe Sánchez[1], J.M. Luján Ortega[1], L. Ovejero Ovejero[2], R. Meijide Faílde[3], F. Maraver Eyzaguirre[4] y A. Martínez-Almagro Andreo[1]
[1]UCAM. Guadalupe. Murcia. [2]Balneario de Archena. Murcia. [3]Universidad de La Coruña. [4]UCM. Madrid.

Introducción: Dentro de las posibilidades de la terapia física, el medio acuático muestra una serie de propiedades naturales útiles para la rehabilitación terapéutica del dolor, siendo el Ai Chi una técnica oportuna dada sus características.
Objetivos: Conocer la repercusión del Ai Chi en el dolor reumatológico de las personas mayores, con edad comprendida entre 60 y 85 años, que asisten a un programa termal de 12 días en un balneario.
Métodos: Distribuimos aleatoriamente en dos grupos a un total de 54 personas procedentes del programa de termalismo social del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), con edades comprendidas entre 60 y 85 años de edad, que asistieron a un periodo de cura termal de 12 días en el Balneario de Archena: control, que realizó el tratamiento termal pautado por los médicos hidrólogos del balneario; y experimental que, además de éste, participó en un mínimo de 12 sesiones de Ai Chi durante su estancia. Un fisioterapeuta externo evaluó el dolor utilizando la escala visual analógica (EVA).
Resultados: Con un nivel del confianza del 95% obtuvimos como resultado que el grupo control no mostró diferencias significativas entre la media inicial y final de EVA; mientras que en el grupo experimental, sí encontramos diferencias significativas entre estas medias. Por otra parte, no existieron diferencias significativas en la variación posible entre grupos en este test.
Conclusiones: El programa de intervención basado en la combinación del Ai Chi y el tratamiento termal convencional muestra una mayor mejora en el umbral del dolor de las personas mayores de nuestra muestra experimental en comparación con el tratamiento termal convencional.

PC-036. ENVEJECIMIENTO Y COMORBILIDAD

M. Perales Arasa, N. Blancas Bernuz, B. Guerra Barrero, L. Paricio Blázquez, M. Martín Peñacoba y S. Redorta Hervella
CAP Montnegre. Barcelona.

Introducción: Envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres vivos. Para algunos es posible separar el concepto de envejecimiento del de patología asociada a la edad, hablaríamos de envejecimiento fisiológico. Para otros es imposible

separarlos. Queda patente que existe un aumento de la esperanza de vida que genera una mayor comorbilidad. Tras realizar un análisis de situación en nuestro Centro de Atención Primaria (CAP), detectamos un índice de envejecimiento del 35% y un índice de dependencia del 49% así como una esperanza de vida de 83,4 años, superior a la media de nuestra ciudad. Se crea un Equipo de Atención Domiciliaria (ATDOM) multidisciplinar, para mejorar la atención de nuestra población.
Objetivos: Objetivo general: mejorar la calidad asistencial de nuestra población geriátrica optimizando los recursos existentes. Objetivos específicos: 1. Facilitar la accesibilidad al CAP de la población dependiente. 2. Conocer grupos de riesgo clínicos (CRG). 3. Detectar pacientes crónicos complejos (PCC).
Métodos: Estudio quasi experimental en el que se realiza una intervención: creación de un equipo ATDOM multidisciplinar, midiendo el antes y el después. Pacientes incluidos en ATDOM, mayores de 75 años, CAP situado en zona urbana que da cobertura a 81.751 habitantes. Los pacientes disponen de: teléfono para urgencias y teléfono para pedir cita o trámites burocráticos. N: 399.
Resultados: Son mujeres 298 y 101 son hombres. Después de la intervención, las resoluciones telefónicas (RT) enfermeras aumentan en 1.656 y las visitas domiciliarias en 1.588. Las visitas médicas han aumentado en 2.413 y las RT en 3.520. El trabajador social ha realizado 36 visitas domiciliarias más y 221 RT. La administrativa ha aumentado en 2.122 las gestiones realizadas. Las valoraciones integrales han aumentado un 5%. 88,99% tienen dos o más patologías que afectan a órganos diana (CRG ≥ 6); 17,47% son PCC; 32,55 han sido valorados por la Gestora de Casos.
Conclusiones: Con la Unidad ATDOM conseguimos mejorar la accesibilidad de la población que más dificultad tiene para acceder a la sanidad, conocemos su comorbilidad y prevenimos descompensaciones, ofreciendo una atención multidisciplinar intensiva, individualizada y de calidad.

PC-037. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN POBLACIÓN USUARIA DE UN CENTRO DE DÍA ESPECIALIZADO EN DEMENCIAS

M. Cabello Herranz[1], A. Caba Rubio[1] y S. Angulo-Díaz Parreño[2]
[1]ASISPA. Madrid. [2]Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Objetivos: Analizar y describir la prevalencia de fragilidad entre la población de un centro de día especializado en demencias, así como comprobar la influencia de otros factores asociados.
Métodos: Estudio transversal y descriptivo de la población frágil sobre una muestra de 40 sujetos, edad media: 83,58 desv. tip.:6,4. La fragilidad se definió con la presencia de tres o más de los criterios de Fried: pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, estado anímico, lentitud al caminar y baja actividad física. Se evaluaron variables independientes: Edad, género, GDS, Barthel, MNA e IMC. Se empleó el SPSS 12.0.
Resultados: Para determinar la relación entre variables numéricas se realiza análisis basado en el coeficiente de correlación rho de Spearman, y para establecer la relación entre variables cualitativas, se aplica la prueba del chi cuadrado. Se observan correlaciones significativas entre las variables de fragilidad e índice de Barthel, rho = -0,415, p = 0,008, por lo tanto se puede afirmar que a mayor puntuación en el Barthel, menor fragilidad. No se observa relación estadísticamente significativa entre las variables fragilidad y caídas, p = 0,251, por lo que en nuestra población la situación de fragilidad, no predispone a sufrir un mayor número de caídas. Atendiendo a la tabla de frecuencias, la variable más influyente es la debilidad muscular que está presente en el 100% de los individuos. La prevalencia de fragilidad en la población descrita es: 5% no frágiles, 30% prefrágiles, y 65% frágiles.
Conclusiones: La fragilidad es un síndrome muy prevalente en población institucionalizada con deterioro cognitivo. El análisis de los factores que contribuyen a su instauración, permite el desarrollo y aplicación de programas para su tratamiento.

PC-038. INTERCONSULTAS DE GERIATRÍA EN TRAUMATOLOGÍA: RESULTADOS ASISTENCIALES COMPLETOS

C.M. Béjar Calzada[1], C.P. Landa Terán[1], H. Alfaro Riveros[1], A. López Alcover[2], O. Vázquez Ibar[1] y M.D. Sánchez Rodríguez[1]
[1]Centre Forum de l'Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: Los pacientes ingresados en Traumatología presentan frecuentemente complicaciones médicas y síndromes geriátricos; generalmente son ancianos, con elevada comorbilidad, tributarios de valoración geriátrica y tratamiento integral. El Servicio de Traumatología, consta de dos plantas: 1ª/extremidad superior, raquis, politraumáticos, especial complejidad; 2ª/extremidad inferior, donde iniciamos nuestro proyecto de cooperación.
Objetivos: Descripción actividad asistencial de interconsultas de Geriatría en Traumatología.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo; cohorte ingresados en Traumatología valorados por Geriatría mediante interconsultas (Noviembre'11-Abril'13). Revisados procesos previos [demografía, comorbilidad (Charlson)], actuales (quirúrgicos/médicos), valoración geriátrica integral [funcional (Lawton, Barthel), cognitiva (Pfeiffer), síndromes geriátricos] y destino al alta.
Resultados: 1.646 ingresados, Geriatría intervino en 421 [262 mujeres (62,2%), 73,3 ± 12,3 años]. Procedían de domicilio (99,3%), con comorbilidad (Charlson 0 = 50,4%; 1 = 24,5%; 2 = 11,4%; ≥ 3 = 13,7% - hipertensión 23%, trastornos de sueño 29,9%, depresión 24,7%, demencia 9,5%, diabetes 9%, neumopatía 9,1%, arritmias 6,3%, diselectrolitemias 9,3%, endocrinopatías 5,6%...). Procesos quirúrgicos de ingreso: artroplastia de sustitución (cadera 24,5%, rodilla 20,9%), fracturas femorales (20,2%), otros (34,4%). Motivo de interconsulta: valoración geriátrica integral 83,8%, diabetológica 9%, tensional 28,9%, desorientación 22,1%, procesos respiratorios 12,1%, gastrointestinales 10,7% y urinarios 8,8%. Previamente realizaban actividades instrumentales (Lawton 5,7 ± 4,1) y básicas (Barthel 89,4 ± 16,9), con importante deterioro funcional postquirúrgico (Barthel 34,1 ± 19,3) y situación cognitiva correcta en la mayoría (Pfeiffer 0-2: 82,4; 3-7: 13,4%; ≥ 7: 4,3%). Tras valoración geriátrica integral presentaban síndromes geriátricos: trastorno marcha (previo 65,5%, nuevo 27,5%), polifarmacia (previo 51,8%, nuevo 34,4%), trastornos del sueño (previo 29,9%, nuevo 6,9%), estreñimiento (previo 28,3%, nuevo 24,5%), depresión (24,7%, nuevo 1,4%), caídas (previo 3,3%, nuevo 20,7%), desnutrición (previo 14,5%, nuevo 13,3%). Algunos recibían alta domiciliaria (21,9%), pero generalmente precisaban atención postaguda (Rehabilitación 50,1%, Convalecencia 25,4%, Subagudos 2,1%), pocos traslados urgentes (0,9%) o exitus (0,2%); tras seguimiento durante 5,9 ± 7,6 días, precisando control post-alta por Geriatría 12,4%.
Conclusiones: Pese al bajo riesgo quirúrgico previsto, presentaban elevada comorbilidad, complicaciones médicas, síndromes geriátricos y deterioro funcional, que requerían derivación y seguimiento. La incorporación de Geriatría al equipo quirúrgico, aumenta calidad asistencial en ancianos ingresados en Traumatología. Esta colaboración Traumatología-Geriatría mediante interconsultas culminó en la creación de la Unidad de Ortogeriatría.

PC-039. UTILIDAD DE LA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS Y GERIATRÍA AMBULATORIA

E. Blasco Martín, M. Ceto Sala, A.I. Díaz Expósito, R. Huerto Vilas, N. Tahan Poch, G. Piñol Ripoll y A. Arias Pastor
Hospital Santa María. Lleida.

Objetivos: Valorar la intervención de Fisioterapia y Trabajo social en una Unidad de Demencias y Geriatría ambulatoria.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos en la Unidad de Demencias y Geriatría del Hospital Santa María de Lleida durante el año 2013, que fueron derivados a Fisioterapia y valorados por Trabajo social. Variables recogidas: sociodemográficas (sexo, edad, convivencia y recursos), clínicas (demencia y GDS de Reisberg, diagnósticos principales); deterioro funcional (Barthel) y riesgo de caídas (Tinetti) al inicio y al alta de las sesiones de fisioterapia.
Resultados: En total se remitieron desde la consulta a fisioterapia 80 pacientes (62,5% mujeres y 37,5% hombres), edad media de 81,65 años. El 50% diagnosticados de demencia (GDS 3: 38%, GDS 4: 43%, GDS 5: 18% y GDS 6: 3%), y el resto de: depresión: 22,5%, ictus: 13%, parkinsonismo: 17,5%. Media de sesiones de fisioterapia: 32 (1h dos veces por semana) durante 4 meses. Barthel al inicio: autónomos: 37%, dependencia leve: 55%, dependencia moderada: 8%. Al alta, 12% mejoría funcional, el 79% sin cambios, 9% aumento del deterioro funcional. El 22% riesgo alto de caídas, riesgo moderado: 34%, riesgo leve: 25%, Tinetti normal: 19%. Al alta el 33% había mejorado, el 60% se mantenía y el 7% empeoramiento funcional. Trabajo social valoró el 56,25% de los pacientes. El 40% vivía con cónyuge, 31,1% solos, 24,4% con hijos y 4,4% con otros familiares. Disponían de recursos formales: 24,5%, informales: 75,5%. Al alta fueron derivados a Asociaciones y Talleres de estimulación cognitiva: 48,8%, Hospital de Día Sociosanitario el 26,6%, Centro de Día: 15,5%, Centros de jubilados: 4,4% y hospitalización 2,2%.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes que se derivan desde la consulta a fisioterapia presentan una dependencia leve para las ABVD y las sesiones permiten mantener su situación funcional. El 50% estaba diagnosticado de demencia leve-moderada, por lo que la valoración de Trabajo social es fundamental para ubicar a los pacientes en otros recursos al alta, preferentemente Asociaciones y Talleres de estimulación cognitiva, garantizando la continuidad asistencial en su entorno sociofamiliar.

PC-040. ALDATUZ: SOLTANDO AMARRAS

L.M. Rodríguez Madariaga, I. Ortega Santos e I. Gómez Castander
IFAS Elorrio.

Objetivos: Dar un giro en la atención geriátrica basándonos en el modelo EFQM, mediante una transformación estratégica de la gestión del centro, restringiendo el uso de las sujeciones y aumentando el número de actividades con los usuarios: programa de estimulación cognitiva, fomento de las actividades de gimnasio, deambulación, animación socio-cultural.
Métodos: Siendo el primer centro público del Estado en el que se implanta la norma "Libera-Ger" minimizando las contenciones físicas; implantando el programa de estimulación cognitiva, para una mejora de los casos de deterioro cognitivo; aumentando el tiempo de deambulación de los usuarios con dificultad de movilización mediante el aumento de actividades de fisioterapia y la colaboración del personal de atención directa.
Resultados: Eliminación de 70-87% de las restricciones físicas según el tipo de las mismas, consiguiendo una mejora en el total de la prueba de Tinneti simplificada de 1,3 puntos mediante el aumento de un 48,26% de las actividades de fisioterapia. Aumento de las actividades de entretenimiento con una mejora de test de Barthel (3,7 puntos). Disminución de las caídas graves y moderadas (2012: 4 graves- 6 moderadas; 2013: 2 graves- 5 moderadas; primer trimestre 2014: 0 graves- 1 moderada). Los usuarios que participan en el programa de estimulación cognitiva presentan una mejora en el Test de Lobo. Se objetiva en los profesionales, según el Inventario de Burnout de Maslach, un aumento del agotamiento emocional, acompañado de un menor riesgo de despersonalización y una mayor realización personal. Mejora del nivel de satisfacción de las familias y usuarios (4,37/5 frente a 3,95/5 del 2013).
Conclusiones: Con la implantación de la norma Libera-Ger se están consiguiendo eliminar las sujeciones, disminuyendo la gravedad de las consecuencias de las caídas. Con la implantación del programa PACID se da una mejora cognitiva de los usuarios. El aumento de la estimulación genera una mejora global del usuario. Así mismo, se da un aumento de la implicación del personal con una mejora de la satisfacción profesional, aunque existe una mayor implicación emocional.

PC-041. DIFERENTES PERFILES DE PACIENTES INGRESADOS EN TRAUMATOLOGÍA: RESULTADOS ASISTENCIALES COMPLETOS

C.M. Béjar Calzada[1], H. Alfaro Riveros[1], C. Landa Terán[1], A. López Alcover[2], J.M. Muniesa Portoles[3] y M.D. Sánchez Rodríguez[1]
[1]Centre Forum de l'Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital del Mar. Barcelona. [3]Hospital de l'Esperança. Barcelona.

Introducción: Existen diferentes perfiles de ingresados en Traumatología; frecuentemente son ancianos, con elevada comorbilidad, tributarios de valoración geriátrica y tratamiento integral. Traumatología Parc Salut Mar consta de dos plantas: 1ª/extremidad superior, raquis, politraumáticos, especial complejidad; 2ª/extremidad inferior, donde iniciamos nuestro proyecto.
Objetivos: Valoración de las características y evolución de pacientes en Traumatología.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo; cohorte ingresados en Traumatología valorados por Geriatría mediante interconsultas (Noviembre'11-Abril'13). Revisados demografía, comorbilidad (Charlson), dependencia [Lawton, Barthel (previo, postquirúrgico)] y destino, en función del proceso quirúrgico (artroplastias programadas, fracturas fémur y otros procesos quirúrgicos).
Resultados: De 1.646 ingresados, intervención Geriátrica 421 (262 mujeres |62,2%|, 73,3 ± 12,3 años): 45,4% artroplastias programadas (cadera 24,5%, rodilla 20,9%), fracturas femorales (20,2%), otros (34,4%). Artroplastias programadas, pese bajo riesgo quirúrgico previsto, presentaban: edad avanzada (cadera 70,7 ± 10,7; rodilla 75,2 ± 7,4 años), comorbilidad (Charlson, cadera 0,7 ± 1; rodilla 0,8 ± 1,1), deterioro (Lawton, cadera 5,8 ± 2,6; rodilla 6,1 ± 1,9; Barthel cadera 89,3 ± 17; rodilla 94,3 ± 7,7; posquirúrgico Barthel cadera 29,5 ± 11; rodilla 30,9 ± 10,3), requirieron seguimiento (cadera 4,6 ± 2,2; rodilla 4,8 ± 1,9 días). Protocolo-vía-clínica, derivaba a Rehabilitación (82,6%). Fracturas fémur proximal, cumplían perfil geriátrico en edad (83 ± 8,9 años), comorbilidad (Charlson 1,7 ± 1,6) y repercusión (Lawton 4,4 ± 7,7; Barthel 77,4 ± 24,2; posquirúrgico 23,9 ± 17,8). Tras seguimiento 4,7 ± 4,9 días, necesitaban derivación a Convalecencia 82,1%, Subagudos 7,7%. Otros procesos, pese menor edad (68,3 ± 14,2), por comorbilidad (Charlson 0,9 ± 1,4) y deterioro (Lawton 6,2 ± 2,3; Barthel 93,6 ± 11,5; postquirúrgico 45 ± 23,5), también precisaban seguimiento (8,2 ± 11,8 días) y derivación (Rehabilitación 25,6%, Convalecencia 22,1%).
Conclusiones: Existen tipologías diferentes de ingresados en Traumatología. Frecuentemente presentan comorbilidad y complicaciones médicas. Si bien intervención de Geriatría beneficiaba a todos, en fracturas femorales era indispensable. Es frecuente la derivación a unidades de postagudos desde Traumatología. Interconsultas de Geriatría aumentaron la calidad asistencial de ingresados en Traumatología, especialmente los más ancianos, con mayor comorbilidad y culminó en la creación de la Unidad de Ortogeriatría.

PC-042. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ORTOGERIATRÍA Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD A LOS SEIS MESES

A. Cortiella Masdeu, E. Sopena Bert, P. Gómez Luri, J. Florensa Bosch, N. Plana Rubio, E. Moltó Llarena y R. Qanneta
Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona.

Introducción: El Pla de Salut del 2011 explica que durante el año 2010 en Catalunya se produjeron 8.975 hospitalizaciones en pacien-

tes de 65 años o más por fractura de cadera. La incidencia de fractura de cadera es el doble en mujeres que en hombres. Esta incidencia se incrementa con la edad: En pacientes de 75 a 84 años la incidencia se multiplica por 5 respecto el paciente de 65 a 74 años. Se considera paciente geriátrico al paciente mayor de 60-65 a, pluripatológico, con polifarmacia, con o sin limitaciones físicas o psíquicas.
Objetivos: Diseñar el programa de actuación en pacientes mayores de 70 a. con fractura de cadera. Aplicación del programa. Evaluación a los seis meses de su implantación.
Métodos: Para realizar el programa se realiza un estudio en nuestro ámbito, que es un hospital sociosanitario independiente del Hospital de agudos. Del 1 de enero del 2013 hasta el 15 de junio del 2013 ingresaron un total de 205 pacientes en concepto de convalecencia. Un 33,66% eran ingresos procedentes del Servicio de COT. En líneas generales las fracturas de cadera en mayores o igual a 70 años supone el 47,83% del total de los ingresos de convalecencia procedentes de COT y el 73,33% de los ingresos por fracturas de cadera a HSS Francolí.
Resultados: Presentación del programa en julio de 2013. Implantación en julio de 2013. Evaluación: en cuatro meses han entrado en este programa 75 pacientes. El 73% ingresan en concepto de postagudos. Estancia media hospitalaria primer semestre 2013: 12 días. Estancia media hospitalaria en el segundo semestre de 2013: 5 días. Estancia media al HSS Francolí: Estancia media al sociosanitario Francolí de los pacientes con fractura de cadera (Convalecencia, postagudos y Larga estancia): 30 días. Estancia media de convalecencia y postagudos: 24 días. Estancia media postagudos: 18 días.
Conclusiones: Han aumentado las valoraciones de COT del 2013 respecto el 2012. Han disminuido las complicaciones del postoperatorio desde la implantación del programa. Ha disminuido la estada media en el Hospital de agudos.

PC-043. REFLEXIÓN SOBRE EL USO DE LAS ESTATINAS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS. PREVENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN SECUNDARIA

E. Sopena Bert, A. Cortiella Masdeu, L. Veciana Balsebre, M. Ilundain Martín, A. Soto Chacón, R. Qanneta y E. Moltó Llarena
Hospital Sociosanitari Francolí. Tarragona.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo sobre el uso de estatinas en pacientes mayores de 80 años. Pacientes ingresados en nuestro Hospital Socio sanitario. Se escoge un día al azar y se realiza un corte transversal. Se revisa el número de pacientes de 80 años o más en tratamiento habitual con estatinas. El número total de pacientes ingresados es 160.
Resultados: Un 22,44% de los pacientes ingresados en nuestro Hospital Socio sanitario están en tratamiento con estatinas. De los pacientes que realizan habitualmente tratamiento con estatinas, el 72% son mayores de 80 años. Distribuido por edades: 59a: 1 (2,86%); 60 a 69 años: 5 (14,29%); 70a a 79a: 11(31,43%); 80a-89a: 18 (71,42%). De los pacientes mayores de 80 años que habitualmente realizan tratamiento con una estatina, el 65% realizan el tratamiento como prevención Primaria del Riesgo cardiovascular.
Conclusiones: La indicación del tratamiento con estatinas, en Prevención Primaria, es para mejorar el riesgo cardiovascular a los 10 años vista (tablas de valoración del riesgo cardiovascular). En las tablas actuales (Regicor) se valora la edad como factor de riesgo, con límite superior de edad hasta los 74 años. No hay tablas que valoren el riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 75 años. La mayoría de las guías clínicas de prevención del riesgo cardiovascular indican el tratamiento con estatinas en diferentes situaciones y según el cálculo del riesgo cardiovascular sin definir el límite de edad del paciente para iniciar tratamiento. Se sabe que con la edad disminuyen progresivamente los niveles de colesterol total. No existen ensayos clínicos en pacientes mayores de 80 años, sobre el uso de estatinas tanto en Prevención Primaria como en Prevención Secundaria. Teniendo en cuenta las características de la población geriátrica, los efectos secundarios de los fármacos, las potenciales interacciones y un beneficio no estudiado ni demostrado en ningún ensayo clínico (en pacientes mayores de 80 a), queremos realizar una reflexión sobre la necesidad del tratamiento con estatinas como prevención primaria en pacientes mayores de 80 años.

PC-044. PLAN DE CUIDADOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE NUESTRA ORGANIZACIÓN

A. Hernández Martín[1], J.M. Villalonga Duarte[2], N. Arregi Fernández de Arroiabe[3] e I. Gimeno López[4]
[1]IFAS Leioa. [2]IFAS Elorrio. [3]IFAS Birjinetxe. Bilbao. [4]IFAS Gallarta.

Objetivos: El objetivo de este estudio es buscar un lenguaje común en los centros de nuestra Organización, sin una modificación en la práctica clínica, pero con una nueva conceptualización y registro adecuado, mediante la utilización del lenguaje NANDA-NIC-NOC en la confección de nuestros planes de cuidados.
Métodos: Consecuente con la normativa en nuestra provincia en referencia al Plan de Atención Individualizado, PAI, y Plan de Cuidados de enfermería, el grupo de trabajo se basó en el lenguaje NANDA-NOC-NIC, diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras. Se realizó una criba de estos listados para adecuarlos operativamente en nuestros centros. Actualmente se vienen realizando los PAIs utilizando esta terminología, se detecta la necesidad de evolucionar y trabajar en la elaboración de unos planes de cuidados de enfermería más concretos y precisos. No sólo utilizando las etiquetas de los NANDA, NOC y NIC, sino también sus definiciones, de forma que resulte más operativo para todos. En este momento se ha realizado una nueva criba de estos listados, eliminando aquellos que la experiencia de estos años nos ha sugerido, añadiendo las definiciones, y, en un futuro cercano incorporaremos a los mismos y al plan de cuidados los factores relacionados y características definitorias de cada uno de los diagnósticos, las escalas de Likert que nos permitan convertir los resultados NOC en objetivos de enfermería y las tareas de enfermería relacionadas con cada una de las intervenciones.
Conclusiones: Basado en el modelo de atención centrada en la persona de los Centros de nuestra Organización se consiguen criterios uniformes en la elaboración de los planes de cuidados de las personas usuarias a partir de la identificación en la taxonomía NANDA-NOC-NIC de las etiquetas aplicables en nuestro ámbito, siendo necesaria la implementación de esta forma de trabajar en nuestros centros, de forma que todos los profesionales de la Organización utilicemos un mismo lenguaje y un mismo procedimiento de trabajo.

PC-045. FACTORES ASOCIADOS A UNA ESTANCIA PROLONGADA TRAS ARTROPLASTIA DE RODILLA EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

A. Gutiérrez Valdizán, J.M. Santiago Bautista, X. Quintana Carrascal y M.I. de Lourdes Ugarte
Consorci Sanitari Integral. Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet.

Introducción: La gonartrosis presenta alta prevalencia en el anciano, más del 33% en mayores de 70 años. La técnica quirúrgica de elección es la artroplastia total, con mejoría precoz funcional y del dolor, con estancia media de < 6 días en agudos y 10 días en centro rehabilitador. Pacientes con más edad, comorbilidad y poco soporte social son derivados a Convalecencia.
Objetivos: Conocer el perfil y resultado funcional de los pacientes que ingresan por recambio total de rodilla en nuestra unidad de Convalecencia.

Métodos: Se recogen datos en historia clínica del paciente: sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, IMC). Datos clínicos y resultados al alta (estancia media, comorbilidad, Barthel al ingreso y al alta, ayudas al alta).
Resultados: Ingresan 25 pacientes en 2013. La estancia media fue 29,4 días (12-76) (mediana 26). Todos los pacientes mujeres, con edad media de 75 años (62-89). El 76% viudas, 24% casadas, con estancia media de 24.6 días y 30.8 días (14-76) respectivamente. La comorbilidad media es de 0'88 (0-3). El valor medio del IMC 33,3 (21,23-46,67). El valor medio del EVA al ingreso ha sido de 4,87, al alta de 1,56. Índice de Barthel medio al ingreso fue 70 (35-100) (casadas 75,8 (60-95), viudas 70,5 (35-100). Barhtel medio al alta 94,8 (60-100) (96,6 (85-100), viudas 94,2 (60-100)). Sólo 2 (8%) ingresan en silla de ruedas, 2 (8%) con caminador, 16 (64%) con 2 bastones ingleses, 3 (12%) con una sola muleta y 2 (8%) sin ayudas técnicas. Al alta, 2 (8%) con caminador, 1 (4%) utiliza 2 bastones ingleses, 11 (44%) con un bastón inglés, 1 (4%) con bastón y 10 (40%) sin ayudas. Todos los pacientes regresaron al domicilio.
Conclusiones: Encontramos en nuestros pacientes una estancia media alta (29,4 días) para este perfil, siendo la estancia media global del centro de 32 días. La edad, comorbilidad y la situación sociofamiliar es determinante para el ingreso en convalecencia. Una valoración multidisciplinar previa al ingreso permitiría identificar pacientes de riesgo que se beneficiarían del ingreso y reducir la estancia media.

PC-046. EVOLUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE NUESTRA ORGANIZACIÓN

J.M. Villalonga Duarte[1], I. Gimeno López[2], A. Hernández Martín[3] y N. Arregi Fernández de Arroiabe[4]
[1]IFAS Elorrio. [2]IFAS Gallarta. [3]IFAS Leioa. [4]IFAS Birjinetxe. Bilbao.

Objetivos: Presentar de forma esquemática el recorrido realizado en los centros residenciales de nuestra organización, a través de los diferentes planes de cuidados de enfermería posteriores a la normativa que regula el Plan de Atención Individualizado, PAI.
Métodos: Partimos de la representación gráfica de los diferentes planes de cuidados de enfermería utilizados desde la publicación de la normativa en el año 2007. En base a esta normativa, y en referencia al PAI, y Plan de Cuidados de enfermería, el grupo de trabajo se basó en el lenguaje NANDA-NOC-NIC, diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras. Se realizó una criba de estos listados para adecuarlos operativamente en nuestros centros. Tras dos años utilizando esta terminología, detectamos la necesidad de evolucionar y trabajar en la elaboración de unos planes de cuidados de enfermería más concretos y precisos. No sólo utilizando las etiquetas de los NANDA, NOC y NIC, sino también sus definiciones, de forma que resulte más operativo para todos. En este momento se ha realizado una nueva criba de estos listados, eliminando aquellos que hemos detectado que no utilizamos. En un futuro cercano incorporaremos a los mismos y al plan de cuidados los factores relacionados y características definitorias de cada uno de los diagnósticos, las escalas de Likert que nos permitan convertir los resultados NOC en objetivos de enfermería y las tareas de enfermería relacionadas con cada una de las intervenciones.
Conclusiones: Mostramos la evolución, de la realización de los PAI y Planes de Cuidados de enfermería en los Centros Residenciales de nuestra Organización, a partir de la identificación en la taxonomía NANDA-NOC-NIC de las etiquetas aplicables en nuestro ámbito. Con ello hemos conseguido la implementación y sistematización de esta forma de trabajar, de manera que todos los profesionales de la Organización utilizamos un mismo lenguaje y un mismo procedimiento de trabajo.

PC-047. PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE LLEIDA. HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

R. García Gutiérrez, N. Barberà Rubió, M. Serrano Godoy, E. Fernández Álvarez, B. Pérez Montano, E. Blasco Martín y A.B. Vena Martínez
Hospital Santa Maria. Lleida.

Objetivos: Analizar la actividad de una unidad de reciente creación con pacientes agudos y subagudos.
Métodos: Estudio descriptivo de la actividad realizada por la unidad entre noviembre 2013 y febrero 2014. Análisis comparativo de los resultados en ambos grupos.
Resultados: Se ha analizado una muestra de 247 pacientes (119 agudos (48,2%) y 128 subagudos (51,8%)). La media de edad es de 85,9 años, un 58,3% son mujeres. Definimos el perfil del paciente en función de los siguientes parámetros: PCC (85,7% de los subagudos y 84% de los agudos), media de visitas a urgencias en el último año (2,17 en los subagudos y 1,8 en los agudos), media de ingresos en el último año (1,91 en los subagudos y 1,47 en los agudos) y reingreso en los últimos 30 días (15,6% de los subagudos y 8,3% de los agudos). El diagnóstico más frecuente en ambos grupos es la Infección respiratoria (35,2% en subagudos y 21,8% en agudos), seguido de la ICC (18,8% en subagudos y 14,3% en agudos). La estancia media es de 7,05 días en subagudos y 7,76 días en agudos. Casi todos los pacientes proceden de urgencias (un 96% de los subagudos y un 92,4% de los agudos). En ambos grupos los pacientes proceden de domicilio o residencia (98,4%), al alta regresa a su ubicación previa un 79% de los subagudos y un 68,9% de los agudos. Requieren ingreso en sociosanitario un 12% de los subagudos frente a un 21% de los agudos. Son exitus un 7% de los subagudos y un 8,4% de los agudos. Se cumplen los estándares de calidad establecidos en el Plan Director Socioanitario de la Generalitat de Catalunya para las unidades de subagudos.
Conclusiones: El paciente subagudo presenta mayor complejidad clínica con un consumo superior de recursos. Sin embargo, la estancia media en la unidad es inferior, asimismo el retorno a domicilio es mayor entre los subagudos con una tasa menor de derivación a sociosanitario.

PC-048. EXPLORACIÓN DE LAS PERSPECTIVAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE UNA PERSONA EN ESTADO TERMINAL RESPECTO AL EQUIPO DE ENFERMERÍA

N. Arregi Fernández de Arroiabe
IFAS Birjinetxe. Bilbao.

Introducción: El cuidado como medio y la calidad de vida y el confort como finalidad son los objetivos que el equipo sanitario debe tener en la fase de final de la vida.
Objetivos: Conocer la opinión e identificar las perspectivas de los cuidadores de pacientes en fase terminal con respecto a los profesionales de enfermería, en una unidad de cuidados al final de la vida.
Métodos: Estudio cualitativo, a través de una entrevista en profundidad al mes del fallecimiento. El marco conceptual utilizado para el análisis es el interaccionismo simbólico.
Resultados: Seis entrevistas en profundidad a los cuidadores principales donde las variables sexo, edad y grado de parentesco no han condicionado los resultados.
Conclusiones: Se ratifica el método cualitativo para entender las situaciones desde el punto de vista de las personas estudiadas. Se destaca la importancia que las familias atribuyen al confort físico y emocional proporcionado a la persona enferma y a ellos mismos. Confort que discurre desde paliar el dolor hasta el entretenimiento. Se subraya la necesidad de formación de los equipos en cuidados paliativos en relación a la disminución del sufrimiento y a la comu-

nicación efectiva. La amabilidad, cercanía y humanidad deben ser atributos necesarios de los grupos asistenciales en estas unidades.

PC-049. UTILIDAD DE UN *SCORE* PREDICTIVO EN INCIDENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS (UGA)

M.Y. Saldarriaga Infante, C. Pérez, N. Gual, G. Carrizo, J. Barbe, A. Selva y A. San José
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El delirium es de frecuente aparición en pacientes ingresados, con una alta morbimortaldidad por lo que su prevención es muy importante.
Objetivos: Valorar la utilidad de Delirium Predictive Score (DPS)[1] en incidencia de delirium en una unidad de geriatría de agudos de un hospital de tercer nivel.
Métodos: Se realizó un estudio prospectivo durante 4 meses, seleccionando los pacientes ingresados en la UGA. Se excluyeron a pacientes con antecedentes de demencia y episodio de delirium, previo a la valoración en planta. Se incluyeron 54 pacientes y se les aplicó el Confusion Assessment Method (CAM) en el momento del ingreso y cada 48 horas hasta el día del alta. La comorbilidad se valoró con Índice de Charlson, estado funcional con índice de Barthel, situación cognitiva con Test de Pfeiffer. Así mismo, se recogieron datos analíticos. Se aplicó el DPS {[(5 × BUN mg/dl)/(Creatinina mg/dl)] – [3 × IB ingreso]} a todos los pacientes incluidos.
Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, 42 (77,8%) mujeres, edad promedio 81,93 (± 6,99) años. La incidencia de delirium fue 31,5% (17 pacientes), el índice de Charlson medio fue de 2,24 (± 1,82), el Barthel medio previo de 76,57; el Barthel medio al ingreso de 37,13 y el test de Pfeifer medio de 1,87 errores. El BUN (creatinina/2,14) medio fue de 39,23 mg/dl. Se observó que el delirium se asoció de forma estadísticamente significativa a una puntuación menor en el Barthel previo (p = 0,037) y al ingreso (p = 0,02), peor puntuación en el test de Pfeiffer (p = 0,001) y peor función renal (p = 0,002). El DPS fue más elevado en los pacientes que presentaron delirium (80,232), comparado con los que no lo presentaron (8,744) p = 0,06. A pesar de ello, en los pacientes que no presentaron delirium, la media del DPS se encontró por encima del punto de corte establecido en la publicación original.
Conclusiones: El DPS parece ser de utilidad en la predicción de delirium en esta población. Sería necesaria la realización de más estudios con mayor número de pacientes para establecer el punto de corte en nuestra población.

PC-050. NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS Y COMPLEJOS (PCC) POR UNA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE GERIATRÍA (UCA)

S. Loutfi Jodra, M. Salvador Clua, R. Ojeda Cintado, S. Ortega Salamanca, R. Chito Perona y M. Llonch Masriera
Consorci Sanitari de Terrassa.

Objetivos: Analizar la atención especializada de la UCA en el PCC, realizada en Urgencias y vía telefónica con las enfermeras gestoras de caso (EGC). La UCA es un equipo multidisciplinar –enfermera, Trabajo social, geriatra-(UFISS de Geriatría), al que se incorpora una EGC de Atención Primaria, con la finalidad de ofrecer una atención específica del PCC, enfatizando la actuación precoz y la mejora del uso de recursos asistenciales.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo donde se analiza la atención entre septiembre de 2013 hasta febrero de 2014, ambos incluidos. Se recoge la atención telefónica (soporte especializado a la atención Primaria a través de consulta del caso por EGC con recomendaciones terapéuticas) así como la atención sistemática especializada en Urgencias del PCC.
Resultados: Gestión telefónica: Tras el análisis de la atención, se halla un número total de 71 casos. Se realiza actividad precoz en domicilio, en 32 casos (45%), se deriva para valoración en Hospital de Día en 27 (38%) (17 programados, 10 urgentes), se derivan a Urgencias en 6 (8,45%), ingreso programado hospitalario (Subagudos) en 3 (4,22%) y se realiza valoración por otros especialistas en 3 casos (4,22%). La patología más prevalente ha sido la EPOC reagudizada (21 casos, 29,57%) seguida de Insuficiencia cardiaca (13; 18,3%), Delirium (9; 12,6%) e Infección Urinaria (4; 5,63%). Edad media de 83,3 años con predominio de mujeres (66%). Actividad en Urgencias: 903 casos. Alta domicilio: 437 (48.4%); conexión con EGC: 83. Ingreso planta de Agudos: 343 (38%). Ingreso hospitalario (Subagudos):78 (8,63%). Ingreso en Unidad de Cuidados Paliativos: 21 (2,32%). Diagnósticos más frecuentes: Insuficiencia cardiaca (97; 10,74%), EPOC reagudizada (85; 9,41%), Infección urinaria (44; 4,87%), Neumonía (40; 4,42%) y Delirium (16; 1,77%). Edad media de 80,4 años con predominio de mujeres (51.27%),
Conclusiones: La UCA, en 6 meses de análisis de los datos, ha realizado una alta actividad de gestión telefónica y en Urgencias, pudiendo gestionar la atención de este paciente en diversos recursos asistenciales de los que disponemos. La consolidación de esta atención creemos podrá mejorar la atención del PCC, la frecuentación a Urgencias y los reingresos hospitalarios.

PC-051. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VENOSA TRATADOS PROTOCOLIZADAMENTE CON PELOIDES NATURALES ANTIOXIDANTES COMO COADYUVANTES VASCULARES

A. Hernández Torres[1], M.P. García Pellicer[2], A. García Matas[1], P. Tejero García[1], M.C. García Matas[1] y F. Modrego Aznar[1]
[1]Fundación BÍLBILIS. Madrid. [2]Fundación BÍLBILIS/Punto Vital. Zaragoza.

Introducción: La insuficiencia venosa crónica-(IVC)-,por su cronicidad y baja respuesta al tratamiento precisa la atención de diversas especialidades médicas.-Pacientes demandan mejora calidad de vida (CdV),que disminuya síntomas y desaparición de signos antiestéticos vasculares.-Aplicación protocolizada de peloides naturales antioxidantes-(PNA), traslada las ventajas terapéuticas de las aguas mineromedicinales sulfuradas ricas en H_2S (AMmS) a consulta médica con igual eficacia y efectividad, que utilizándose originalmente, evitando desplazamientos.
Objetivos: Valorar la eficacia-efectividad y CdV en pacientes afectas de IVC, tratadas mediante peloterapia.
Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con sintomatología de IVC, clasificadas clínicamente según CEAP (severidad-enfermedad) (Venous Severity-Scoring-System-VSSS) (Venous-Clinical-Severity-Score-VCSS), tratadas exclusivamente con 4 sesiones/20'/2 semanas de PNA macerados con AMmS (Platea-Cosmetics®), previos criterios de inclusión. Tratadas anteriormente con flebotónicos, medias de compresión etc. Aplicación del cuestionario internacional CIVIQ (calidad-de-vida-CVRS) específico para personas con IVC. Recogida previa al tratamiento de datos epidemiológicos y antropométricos (peso-talla), antecedentes familiares, factores de riesgo. Encuesta sobre signos o síntomas de enfermedad. Examen físico, clasificación clínica CEAP.
Resultados: 12 mujeres, edad media 53 años (30-75). 63% sobrepeso-obesidad (IMC > 25),-con antecedentes familiares de EVC (menos una). 63% embarazos.45% siguieron tratamiento hormonal (anticonceptivo o terapia hormonal sustitutiva, tras menopausia). 55% sin estreñimiento. Ninguna usa faja o prendas apretadas habitualmente. Bipedestación diaria: 60%. Síntomas más frecuentes: dolor,-pesadez, cansancio, hinchazón, calor, piel seca, venitas tobillo, varices. CEAP independiente para cada pierna, Escala de gravedad clínica (VCSS) de 6 (rango 4-9). Cuestionario CIVIQ (20 preguntas), previo tratamiento

de 70,34. Menor puntuación en Dolor (48,36) mayor en Psicológica (80.30). Dimensiones física/social tienen puntuaciones similares (69.89/69.70). Tras tratamiento peloideo, puntuación global de CdVes de 86,48 (diferencia de 16,14 puntos), Dolor postratamiento (79,55), (diferencia de 30,38). Dimensión psicológica varía menos (8,33) (puntuación final 88,64). Existe mejora del aspecto y aclaramiento de la extremidad con atenuación de telangiectasias (no desaparecen). Disminuye edema. Todas refieren mejora sintomática, siendo más intensa en las de mayor gravedad sintomatológica. Sin efectos adversos salvo en un caso con múltiples antecedentes alérgicos.
Conclusiones: 1. Peloterapia antioxidante es una herramienta terapéutica efectiva y eficiente para el tratamiento de la IVC, con-mejoría clínica, estética y calidad de vida (dolor). 2. Su utilización en la consulta de Geriatría supone un valor añadido a la aplicación de otros tratamientos relacionados. 3. Aplicación monoterápica con síntomas relacionados limitantes y coadyuvante en afectación estética. 4. Para observar modificaciones en el trofismo de la piel y despigmentación cutánea, necesario ampliar el tiempo de aplicación 6 meses. 5. La educación del paciente, en relación a su enfermedad, es esencial para obtener mejores resultados.

PC-052. UNIDAD DE SUBAGUDOS DEL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (CST). EXPERIENCIA DEL AÑO 2013

H. Palau Gispert, M.T. Muñoz Fernández, A. Colomé Argemí, E. Falcó Puig, I. Tallante Martínez, S. Yedra Galindo y M. Llonch Masriera
Hospital de Terrassa.

Objetivos: Analizar la experiencia de un año de trabajo en la unidad de subagudos del CST. La unidad de subagudos es una unidad de Geriatría de atención intermedia que tiene como objetivo atender de forma multidisciplinar a pacientes con enfermedades crónicas descompensadas. Dispone de 12 camas, con posibilidad de ingreso desde urgencias las 24 horas y de forma programada de 8-17 horas los días lectivos. Está formada por un equipo de médicos, enfermería, auxiliares, trabajo social y fisioterapia a tiempo parcial con logopedia y dietista a demanda. La Unidad de continuidad asistencial (UCA) se encarga de seleccionar los ingresos de forma programada, según unos criterios definidos y realiza el seguimiento al alta.
Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal durante el periodo enero-diciembre del año 2013. Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, evolución funcional, procedencia, estancia media, mortalidad, reingresos y destino al alta.
Resultados: Destaca: N = 317 pacientes. Diagnóstico principal al ingreso: I. cardiaca (20,8%), EPOC (38,2%), Neumonía: (22,1%), ITU (6,9%), Otros (12%). Pacientes con demencia (39,1%). La procedencia de los pacientes era: Urgencias (89,3%), Domicilio y Hospital de día (10,7%), con una ocupación del 93%. Estancia media: 11,3 días. Reingresos a los 30 días: 11,4%. Destinos al alta: domicilio (82%), traslado a agudos (0,6%), recurso sociosanitario (7,3%), con una mortalidad no despreciable del 10,1%.
Conclusiones: La unidad de subagudos atiende a los enfermos con descompensación de su enfermedad crónica avanzada. Tiene una alta capacidad resolutiva, presentado un elevado porcentaje de pacientes que retornan a domicilio. A destacar: un elevado porcentaje de pacientes con demencia y un bajo número de ingresos programados desde domicilio, por eso es importante trabajar de forma integrada entre la atención primaria y la especializada para ofrecer una atención continuada a estos pacientes, disminuyendo las consultas a Urgencias y potenciando los ingresos programados, en nuestro caso, a través de la Unidad de Continuidad Asistencial. La Unidad de Subagudos es un dispositivo más en la atención de estos pacientes que da la oportunidad de ingresar de forma programada ofreciendo una atención multidisciplinar y especializada.

PC-053. VARIABLES ASOCIADAS A LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR POR FRACTURA DE CADERA. RESULTADOS DE UN AÑO DE ACTIVIDAD

J. Areán García[1], P. Jeria Madrid[1], B. García García[1], G. Guzmán Gutiérrez[1], F. Suárez García[2] y M. Suárez Linares[1]
[1]*Hospital Monte Naranco. Oviedo.* [2]*Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo.*

Objetivos: Conocer las variables asociadas a la eficiencia del tratamiento rehabilitador tras fractura de cadera en el paciente geriátrico de la Unidad de Ortogeriatría.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de 196 pacientes que ingresaron en nuestra unidad durante el año 2011. Se analizaron variables sociodemográficas, cognitivas, funcionales, movilidad previa. Tipo de fractura, tratamiento, tipo de cirugía, demora quirúrgica, autorización carga, complicaciones ortopédicas, días de hospitalización y demora inicio fisioterapia. Se valoró la comorbilidad. Como indicadores de recuperación funcional se utilizaron el Í. de Montebello, el índice de eficiencia y la ganancia funcional. Se realizó un análisis bivariante y de regresión logística para medir el efecto de las diferentes variables sobre el Í. Montebello y la eficiencia.
Resultados: La edad media de los pacientes fue de 84,7 años (DE 6,8, rango 65-100). El 81% eran mujeres. La estancia media fue de 15,6 días (DE 6,2 rango 1-39). Índice de Barthel medio previo era de 70,5 puntos (DE 30,5), el 25% no precisaba ningún tipo de ayuda para deambulación. Í. Pfeiffer (media de errores) 3,6 (DE 3,8) y el 16,2% estaba institucionalizado. El Í. Charlson en el 58% era leve (media: 1,40). Los individuos con carga precoz tuvieron un índice de eficiencia medio de 1,87 (IC95%: 1,62-2,13), frente al 0,99 (IC95%: 0,38-1,60) que no cargaban. Las variables asociadas a una mayor puntuación en el índice de eficiencia fueron: índice de Pfeiffer entre 0-2p (p: < 0,001), no estar institucionalizado (p: 0,04), el índice de Charlson de 0-1 (p: 0,01), el tipo de cirugía PTC (p: 0,09) y la carga precoz Tras un análisis de regresión múltiple, sólo el índice de Pfeiffer y la carga precoz se asociaron de forma independiente a un mejor índice de Eficiencia.
Conclusiones: En nuestra Unidad de Ortogeriatría, la mejor situación cognitiva y carga precoz se asociaron a una mayor eficiencia del tratamiento rehabilitador siendo las variables pronósticas funcionales más significativas.

PC-054. COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA EN UN CENTRO DE DÍA

G. Tamame González[1], J.A. Monforte Porto[2] y A. García Bernal[1]
[1]*Centro Alzheimer. Zamora.* [2]*Servicio Psiquiatría. Zamora.*

Introducción: La existencia de pluripatología es una de las características de las personas mayores con demencia. La comorbilidad asociada a la demencia se ha relacionado con una mayor probabilidad de ingresos hospitalarios y un empeoramiento de los síntomas conductuales, siendo un marcador pronóstico independiente de mortalidad.
Objetivos: Valorar la comorbilidad de los pacientes con demencia del Centro Terapéutico de Día (CTD) "Ciudad Jardín" de Zamora, y si existen diferencias de género.
Métodos: Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad) y de comorbilidad (alergia, dolor, dermatológica, déficit visual y auditivo, respiratoria, hipertensión, cardiopatía, arteriopatía periférica, adoncia, estreñimiento, diabetes, dislipemia, obesidad, incontinencia, próstata, osteoporosis, artrosis, alteraciones marcha, inmovilismo, neurológicas, caídas, polifarmacia). Estudio epidemiológico transversal y descriptivo sobre 86 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 80,6 años con un rango entre 51 y 94 años. Un 62,8% son mujeres, el 60,5% de la muestra está casado, estudios primarios en el 61,6%. Las comorbilidades con mayor prevalencia son déficit visuales (67,4%), hipertensión (60,5%), adoncia (55,8%), estreñimiento (47,7%), dislipemia (43%), incontinencia (64%), artrosis (59,3%), alteraciones de la marcha (51,2%) y polifarmacia (75,6%); no existiendo diferencias significativas entre varones y mujeres excepto en patología prostática (varones) y osteoporosis (mujeres).
Conclusiones: Los pacientes ancianos con demencia tienen una alta comorbilidad y un importante consumo de fármacos, sin que existan variaciones significativas en relación con el sexo.

PC-055. DIFERENCIAS FUNCIONALES Y ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA EN UN CENTRO DE DÍA

G. Tamame González[1], J.A. Monforte Porto[2] y A. García Bernal[1]
[1]Centro Alzheimer. Zamora. [2]Servicio de Psiquiatría. Zamora.

Introducción: La clínica de las demencias viene determinada por una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales que hacen necesario un abordaje global, coordinado y continuado. Este abordaje "integral" puede ser realizado en el Centro Terapéutico de Día (CTD), al ser 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 funcionales y asistenciales de los usuarios del Centro Terapéutico de Día "Ciudad Jardín" de Zamora, así como las diferencias por sexo.
Métodos: Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad), funcionales (Índice de Barthel, Índice de Lawton) y asistenciales (régimen de alimentación –tipo, consistencia-, ayudas técnicas -gafas, audioprótesis, prótesis dental, pañales de incontinencia, bastón-). Estudio epidemiológico transversal y descriptivo sobre 86 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 80,6 años con un rango entre 51 y 94 años. Un 62,8% son mujeres, el 60,5% de la muestra está casado, estudios primarios en el 61,6%. La puntuación media del Índice de Barthel en mujeres fue de 55,8 y en varones de 57,4; y en el Índice de Lawton de 0,5 en ambos sexos. El régimen de alimentación diabético y especial es más frecuentes en varones, sin existir diferencias significativas, al igual que en la consistencia. En cuanto a ayudas técnicas, no existen diferencias de género en relación a la utilización de gafas, audioprótesis, prótesis dental o pañales de incontinencia. El bastón se usa con mayor frecuencia por los varones.
Conclusiones: El paciente con demencia en nuestro Centro de Día presenta alta dependencia funcional, precisando de una o varias ayudas técnicas, sin que existan diferencias de género significativas.

PC-056. ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA DE UN CENTRO DE DÍA?

J.A. Monforte Porto[1], G. Tamame González[2] y A. García Bernal[2]
[1]Servicio de Psiquiatría. Zamora. [2]Centro Alzheimer. Zamora.

Introducción: Los estudios que evalúan diferencias de género según el tipo de demencia muestran resultados divergentes, destacando que al valorar el global de las demencias no se suelen encontrar diferencias en el género de los pacientes. No obstante, sí parece existir un predominio de enfermedad de Alzheimer en la mujer y una mayor mortalidad en el varón, esta última atribuible a una mayor comorbilidad y prevalencia de demencia vascular en el varón.
Objetivos: Valorar las diferencias de género clínicas y terapéuticas de los usuarios del Centro Terapéutico de Día (CTD) "Ciudad Jardín" de Zamora.
Métodos: Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad), clínicas (diagnóstico principal: deterioro cognitivo (DC), Alzheimer (EA), vascular, mixto, frontotemporal (FT), Lewy, Pick), estadiaje: Escala de Deterioro Global de Reisberg -GDS-; síntomas neuropsiquiátricos (depresión, insomnio, alteraciones conductuales) y terapéuticas (anticolinesterásicos, memantina, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos). Estudio epidemiológico transversal y descriptivo sobre 86 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 80,6 años con un rango entre 51 y 94 años. Un 62,8% son mujeres, el 60,5% de la muestra está casado, estudios primarios en el 61,6%. Los porcentajes según el diagnóstico principal son EA 65,1%, mixta 18,6%, DC 5,8%, FT 4,6%, EA/Lewy 2,3%, EA/FT 1,2%, FT/Pick 1,2% y encefalopatía 1,2%; sin que se evidencien diferencias por sexo. El estadiaje es similar en varones y mujeres (media en GDS de 5,4 y 5,3 respectivamente). Predomina el insomnio y las alteraciones conductuales en las mujeres, sin diferencias significativas respecto a los varones. Los tratamientos prescritos (anticolinesterásicos, memantina, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos) son similares en ambos sexos.
Conclusiones: El diagnóstico más prevalente es la enfermedad de Alzheimer, con un ligero predominio en varones, seguido de la demencia mixta, más prevalente en mujeres. Mayor frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos en mujeres (insomnio y alteraciones de la conducta).

PC-057. TAVI (IMPLANTE TRANSCATÉTER DE VÁLVULA AÓRTICA), UNA BUENA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA EN ANCIANOS

A. Marcén Miravete, M.C. Ferrer Gracia, M. Clerencia Sierra, J.A. Diarte de Miguel, E. Rubio Aranda, I. Calvo Cebollero y G. Fuertes Ferré
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más frecuente en ancianos. El reemplazo valvular aórtico quirúrgico (RVA) es el tratamiento de elección. Sin embargo el 33% de los pacientes (P) mayores de 75 años no llegan a operarse por alto riesgo de morbimortalidad. En pacientes que cumplen ciertos criterios anatómicos y funcionales el implante transcatéter de válvula aórtica (TAVI) consigue aumentar la supervivencia y alivio sintomático. Actualmente apenas hay datos sobre la mejoría de la calidad de vida en esta población, el cuestionario Kansas City Cadiomyopathy Questionnaire (KCCQ-12) está validado en pacientes con insuficiencia cardiaca.
Objetivos: Conocer la evolución post-procedimiento clínica, ecocardiográfica y los cambios percibidos en calidad de vida de los P sometidos a TAVI en nuestra comunidad.
Métodos: Estudio prospectivo de los P tratados mediante TAVI en Aragón desde abril de 2012 a enero de 2014. Analizamos datos de la valoración multidisciplinar (basal y en el seguimiento a 1 y 6 meses [16P]).
Resultados: Se trató a 21 P con una mediana de edad de 83 años, 12 eran mujeres. Mostraron alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA 85%, dislipemia 60%, DM 30%) y un índice de Charlson abreviado medio de 7,6. El síntoma más frecuente fue la disnea (70% CF III-IV de la NYHA). Los implantes fueron vía transfemoral y con anestesia general. La complicación más frecuente fue la necesidad de marcapasos (37% de P). La supervivencia a los 30 días y 6 meses del 95%. En los seguimientos se comprobó una mejoría de la

disnea (el 75% se encontraba en CF I de la NYHA). El gradiente transprotésico máximo se mantenía estable (media 11 mmHg) y la FEVI normal. Hubo 3 reingresos en 6 meses. La evolución en la puntuación del KCCQ-12 expresada en mediana [rango intercuartílico] fue: basal: 525 [290-285], 1 mes: 2056 [1885-2120], 6 meses: 2174 [1924-2319], siendo p < 0,001 entre el preprocedimiento y al mes, manteniéndose luego estable.
Conclusiones: El tratamiento con TAVI en ancianos con EA sintomática ha mostrado ser una opción segura, consigue mejoría clínica y ecocardiográfica, así como de la calidad de vida a corto y medio plazo.

PC-058. PACIENTE GERIÁTRICO, PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: ¿HABLAMOS DE LO MISMO?

C.P. Landa Terán, R. Miralles Basseda, M.D.C. Sánchez Rodríguez y O. Vázquez Ibar
Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Describir el número de pacientes que cumplían los siguientes criterios: (a) paciente pluripatológico según la consejería de Salud Junta de Andalucía (Rev Clin Esp. 2008;208:4-11); (b) paciente crónico complejo (PCC) según el programa de prevención y atención a la cronicidad de la Generalitat de Catalunya; (c) definición de paciente geriátrico (Tratado de Geriatría para residentes SEGG). Analizar el grado de concordancia entre dichos criterios.
Métodos: Estudio observacional descriptivo de 50 pacientes ingresados en un Centro socio sanitario durante el mes de octubre del 2013. A todos los pacientes se les aplicaron los criterios anteriormente mencionados.
Resultados: De los 50 pacientes estudiados hubo 36 (72%) que cumplían criterios de paciente pluripatológico de la Junta de Andalucía, 47 (94%) de Generalitat de Catalunya y 24 (60%) de paciente geriátrico. Los 14 pacientes que cumplían criterios de paciente pluripatológico (Junta de Andalucía); cumplían también criterios PCC (Generalitat de Catalunya) 100%. Y de los 33 restantes, cumplían el 91,6% (p = 0,265). La proporción de pacientes que cumplían criterios de "Paciente geriátrico" fue de 64,2% (9) en los que cumplían criterios de paciente pluripatológico (Junta de Andalucía) y de 63,8% (23) en los que no (p = 0,979); y de 65,9% (31) en los que cumplían criterios PCC (Generalitat de Catalunya) y 33,3% (1) en los que no (p = 0,253).
Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes estudiados cumplían criterios de PCC (Generalitat de Catalunya). El número de pacientes que cumplían criterios de paciente pluripatológico (Junta de Andalucía) y Paciente geriátrico fue menor. No hubo relación significativa entre los dos grupos de criterios utilizados y la definición de paciente geriátrico.

PC-059. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

G. Canal Rodríguez, L. Sánchez, C. Martínez, S. Rodríguez, M. Carrasco y M. Llonch
Consorci Sanitari de Terrassa.

Objetivos: Ante la puesta en marcha del nuevo plan de salud del CatSalut 2011-2015, orientado a la atención a la cronicidad, donde tiene especial importancia la detección y el manejo del paciente crónico complejo (PCC). Paciente con más de 3 patologías crónicas avanzadas, reingresador, con deterioro cognitivo y dependencia funcional moderada. Se describen las características de dicho paciente durante su ingreso en una Unidad de Media Estancia (UME).
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los PCC etiquetados por Atención Primaria e ingresados en la Unidad de Media Estancia del Hospital de Terrassa entre junio y diciembre de 2013. Se recogieron: variables basales de tipo Demográfico (edad, sexo), Clínico (diagnóstico de ingreso, síndromes geriátricos), Funcional (Índice de Heinneman) estancia hospitalaria y ubicación al alta.
Resultados: Durante el periodo estudiado se evaluaron 146 PCC, que representaban el 55,73% del total de pacientes ingresados en nuestra UME. El 50,68% eran mujeres. La media de edad fue 80,69 años. El principal motivo de ingreso fue AVC, seguido de neumopatía, fractura de fémur y cardiopatía. 36 presentaron delirium, 10 RAO, 53 estreñimiento y 82 se diagnosticaron de disfagia. El promedio de ganancia funcional, basada en el índice de Heinneman fue 63,88. Su estancia media fue de 32,66 días. El 65,75% regresó a su domicilio, el 16,42% fue a residencia social, el 10,27% a Unidad de Larga Estancia, el 8,9% se trasladó a Unidad de Agudos y el 8,22% falleció. Los pacientes dados de alta a domicilio se coordinaron mediante la Unidad de Continuidad Asistencial (Enfermera Gestora de Casos más Equipo de Atención Primaria).
Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de síndromes geriátricos en el PCC. El PCC se beneficia de una atención especializada y de un abordaje multidisciplinar. El PCC ingresado en una UME presenta mejora funcional. Un elevado porcentaje retorna al domicilio tras el alta. Por las características del PCC, los resultados obtenidos y dado que el inicio de "etiquetaje" fue durante 2013, creemos que el porcentaje de PCC ingresados en nuestra UME aumentará.

PC-060. VARIACIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y/O INSUFICIENCIA CARDIACA CUANDO PRESENTAN UNA DESCOMPENSACIÓN DE SU ENFERMEDAD

J.L. Passarelli Gándara, C. Gálvez Barrón, E.A. Pinzón Lopera, D. Aivar Casanova, A. Alba Travieso y A. Rodríguez Molinero
Consorci Sanitari del Garraf. Hospital San Antonio Abad. Vilanova i La Geltrú.

Objetivos: Identificar aquellos parámetros clínicos que varían de forma significativa en pacientes afectados por EPOC y/o ICC entre la fase compensada y/o descompensada de su enfermedad, en reposo o ejercicio.
Métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo entre noviembre 2010 hasta septiembre 2012. Se realizaron 3 valoraciones a cada participante: durante la hospitalización (fase descompensada) y posteriormente al alta en dos ocasiones (fase compensada). Se recogieron la Fr (frecuencia respiratoria), Fc (frecuencia cardiaca) y la $SatO_2$ (saturación de oxígeno) en reposo, ejercicio (deambulación) y recuperación. Se compararon la media de las medidas obtenidas en ambas visitas domiciliarias (fase compensada) y las obtenidas en la hospitalización. Para evaluar las diferencias entre ambas fases se aplicó la t de Student para cada parámetro clínico evaluado.
Resultados: Se reclutaron 135 participantes (61 con EPOC reagudizado, 51 con ICC descompensada y 23 con ambas patologías descompensadas). Los participantes que completaron una visita en fase descompensada y al menos otra en fase compensada fueron el 69,5% (n = 41) del grupo con EPOC reagudizado, el 60% (n = 30) del de ICC descompensada y el 77,3% (n = 17) del grupo con ambas patologías descompensadas. Considerando la variabilidad biológica de los parámetros evaluados (a través de ambas visitas domiciliarias en fase compensada), en el caso de los participantes con EPOC reagudizado, los parámetros que mostraron diferencia significativa (p < 0,05) entre la fase compensada y descompensada de su enfermedad fueron la Fc y la $SatO_2$ en todos los momentos evaluados (reposo, ejercicio y recuperación). En el grupo con ICC no se hallaron variaciones significativas, y en el grupo con ambas patologías descompensadas se encontró variación significativa en la Fc en ejercicio (excepto en el último minuto de ejercicio) y en la fase de recuperación. La Fr no varió de forma significativa en los participantes afectados de EPOC reagudizado y/o ICC descompensada.
Conclusiones: En los pacientes con EPOC ocurren cambios significativos en la $SatO_2$ en reposo, ejercicio y recuperación y de la Fc en

ejercicio y recuperación cuando se encuentran en fase descompensada. No pudimos encontrar variaciones significativas en el grupo de participantes con ICC.

PC-061. DETERMINANTES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON DEMENCIA

M. Arellano Pérez, M.A. Márquez Lorente, I. Pineda Pérez, E. Hernández Leal, J. Gutiérrez Cebollada y O. Sabartes Fortuny
Parc Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Determinar las variables relacionadas con la mortalidad al año en pacientes con demencia ingresados en una UGA.
Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con demencia dados de alta de UGA en un periodo de 3 años. Se determina: edad, sexo, estancia hospitalaria, comorbilidad, función renal (urea y creatinina), situación nutricional (proteínas totales, albúmina y colesterol), hemograma, situación funcional previa, al ingreso y al alta (índice de Barthel (IB) y Lawton (IL)), deterioro funcional durante el ingreso (porcentaje de puntos de IB perdidos), situación cognitiva (test de Pfeiffer (TP)) y presencia de síndromes geriátricos previos y aparecidos en el proceso agudo y la hospitalización. Se realiza seguimiento telefónico al año. Se determina la relación de las variables estudiadas con la mortalidad al año.
Resultados: Se estudiaron 1.061 pacientes. Mortalidad al año: 50,4%. Se relacionaron con mortalidad al año: edad (84,9 vs 83,8; p 0,003), sexo masculino (54,9% vs 47,9%; p 0,003), estancia (12,7 vs 10,9; p < 0,0001), LCFA (60% vs 47,2%; p 0,0003), cardiopatía (55,6% vs 46,1%; p 0,002), insuficiencia renal crónica (IRC) (65,8% vs 48,5%; p 0,0004), Parkinson (61,8% vs 49,5%; p 0,03), urea (84,5 vs 67,9; p < 0,0001), creatinina (1,4 vs 1,2; p 0,0009), proteinas totales (5,97 vs 6,12; p 0,003), albúmina (2,88 vs 3,04; p < 0,0001), IB previo (24,6 vs 40,2; p < 0,0001), IB ingreso (5,7 vs 13,4; p < 0,0001), IB alta (13,8 vs 27,6; p < 0,0001), deterioro funcional (42,7% vs 33,2%; p 0,0001), IL (0,1 vs 0,6; p < 0,0001), TP (8,4 vs 7,8; p 0,0001), inmovilidad previa (60,8% vs 43,3%; p < 0,0001), UPP previas (64% vs 47,7%; p < 0,0001), polifarmacia previa (53,1% vs 45,2%; p 0,013), malnutrición previa (53% vs 42,9%; p 0,004) y aparición de UPP (66,1% vs 49,4%; p 0,009). La regresión logística mostró relación independiente de edad (p 0,09), LCFA (p 0,0004), IRC (p 0,02), urea (p 0,006), IB alta (p < 0,0001) y aparición de UPP (p 0,03).
Conclusiones: La mayor edad, antecedente de LCFA e IRC, urea elevada, peor situación funcional al alta y aparición de UPP durante el proceso agudo o la hospitalización determina de forma independiente mortalidad en el paciente con demencia ingresado en UGA. La situación funcional al alta es el mejor determinante de mortalidad al año en el paciente con demencia ingresado en UGA.

PC-062. VALORACIÓN GERIÁTRICA COMO DETERMINANTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON DEMENCIA

M. Arellano Pérez, M.A. Márquez Lorente, J. Gutiérrez Cebollada, E. Hernández Leal, I. Pineda Pérez y M. Pi-Figueras Valls
Parc Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Determinar la utilidad de la valoración geriátrica como predictora de mortalidad al año en pacientes con demencia ingresados en una UGA.
Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con demencia dados de alta de UGA en un periodo de 3 años. Se determinan las siguientes variables geriátricas: situación funcional previa, al ingreso y al alta medida mediante el índice de Barthel (IB) y Lawton (IL), deterioro funcional durante el ingreso medido mediante el porcentaje de puntos de IB perdidos, situación cognitiva medida mediante el test de Pfeiffer (TP), situación nutricional medida mediante la determinación de proteínas totales, albúmina y colesterol y la presencia de síndromes geriátricos previos y aparecidos en el proceso agudo y la hospitalización. Se realiza seguimiento telefónico al año. Se determina la relación de las variables estudiadas con la mortalidad al año.
Resultados: Se estudiaron 1.061 pacientes (35,9% hombres, 64,1% mujeres), con una edad media de 84,4 ± 6,4 años. La mortalidad al año fue de 50,4%. Se relacionaron con mortalidad al año: IB previo (24,6 vs 40,2; p < 0,0001), IB ingreso (5,7 vs 13,4; p < 0,0001), IB alta (13,8 vs 27,6; p < 0,0001), deterioro funcional (42,7% vs 33,2%; p 0,0001), IL (0,1 vs 0,6; p < 0,0001), TP (8,4 vs 7,8; p 0,0001), proteínas totales (5,97 vs 6,12; p 0,003), albúmina (2,88 vs 3,04; p < 0,0001), inmovilidad previa (60,8% vs 43,3%; p < 0,0001), UPP previas (64% vs 47,7%; p < 0,0001), polifarmacia previa (53,1% vs 45,2%; p 0,013), malnutrición previa (53% vs 42,9%; p 0,004) y aparición de UPP (66,1% vs 49,4%; p 0,009).
Conclusiones: La situación funcional, cognitiva, nutricional y la presencia de síndromes geriátricos son predictores de mortalidad al año en pacientes con demencia ingresados en una UGA. Sería recomendable la creación de índices de mortalidad en población anciana con demencia basados en la valoración geriátrica.

PC-063. VALORACIÓN GERIÁTRICA COMO DETERMINANTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON LCFA

M.A. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, E. Hernández Leal, O. Sabartes Fortuny, I. Pineda Pérez y J. Gutiérrez Cebollada
Parc Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Determinar la utilidad de la valoración geriátrica como predictora de mortalidad al año en pacientes con limitación crónica al flujo aéreo (LCFA) ingresados en una UGA.
Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con antecedente de LCFA dados de alta de UGA en un periodo de 3 años. Se determinan las siguientes variables geriátricas: situación funcional previa, al ingreso y al alta medida mediante el índice de Barthel (IB) y Lawton (IL), deterioro funcional durante el ingreso medido mediante el porcentaje de puntos de IB perdidos, situación cognitiva medida mediante el test de Pfeiffer (TP), situación nutricional medida mediante la determinación de proteínas totales, albúmina y colesterol y la presencia de síndromes geriátricos previos y aparecidos en el proceso agudo y la hospitalización. Se realiza seguimiento telefónico al año. Se determina la relación de las variables estudiadas con la mortalidad al año.
Resultados: Se estudiaron 754 pacientes (43,8% hombres, 56,2% mujeres), con una edad media de 84,8 años. La mortalidad al año fue de 50,7%. Se relacionaron con mortalidad al año: IB previo (46,4 vs 63,6; p < 0,0001), IB ingreso (19,7 vs 31,8; p < 0,0001), IB alta (33,5 vs 52,4; p < 0,0001), deterioro funcional (29,5% vs 20,5%; p < 0,0001), IL (1 vs 1,7; p < 0,0001), TP (5 vs 3,6; p < 0,0001), proteínas totales (6,1 vs 6,3; p 0,001), albúmina (3,09 vs 3,26; p < 0,0001), colesterol (157,6 vs 169,4; p 0,0002), inmovilidad previa (68,3% vs 46,7%; p < 0,0001), UPP previas (67,6% vs 48,9%; p 0,003), polifarmacia previa (53% vs 42,1%; p 0,01), malnutrición previa (57,3% vs 39,5%; p < 0,0001) y demencia (60% vs 45,4%; p 0,0001).
Conclusiones: La situación funcional, cognitiva, nutricional y la presencia de síndromes geriátricos son predictores de mortalidad al año en pacientes LCFA ingresados en una UGA. Sería recomendable la creación de índices de mortalidad en población anciana con LCFA basados en la valoración geriátrica.

PC-064. DETERMINANTES DE MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON LCFA

M.A. Márquez Lorente, M. Arellano Pérez, O. Sabartes Fortuny, I. Pineda Pérez, E. Hernández Leal y M. Pi-Figueras Valls
Parc Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Determinar las variables relacionadas con la mortalidad al año en pacientes con limitación crónica al flujo aéreo (LCFA) ingresados en una UGA.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con LCFA dados de alta de UGA en un periodo de 3 años. Se determina: edad, sexo, estancia hospitalaria, comorbilidad, función renal (urea y creatinina), situación nutricional (proteínas totales, albúmina y colesterol), hemograma, situación funcional previa, al ingreso y al alta (índice de Barthel (IB) y Lawton (IL)), deterioro funcional durante el ingreso (porcentaje de puntos de IB perdidos), situación cognitiva (test de Pfeiffer (TP)) y presencia de síndromes geriátricos previos y aparecidos en el proceso agudo y la hospitalización. Se realiza seguimiento telefónico al año. Se determina la relación de las variables estudiadas con la mortalidad al año.
Resultados: Se estudiaron 754 pacientes. Mortalidad al año: 50,7%. Se relacionaron con mortalidad al año: sexo masculino (59,1% vs 44,1%; p < 0,0001), estancia (12,7 vs 11,5; p 0,03), urea (79,2 vs 60,9; p < 0,0001), creatinina (1,34 vs 1,08; p < 0,0001), proteínas totales (6,14 vs 6,31; p 0,001), albúmina (3,09 vs 3,26; p < 0,0001), colesterol (157,6 vs 169,4; p 0,0002), hemoglobina (11,71 vs 12,08; p 0,01), IB previo (46,4 vs 63,6; p < 0,0001), IB ingreso (19,7 vs 31,8; p < 0,0001), IB alta (33,5 vs 52,4; p < 0,0001), deterioro funcional (29,5% vs 20,5%; p < 0,0001), IL (1,03 vs 1,75; p < 0,0001), TP (5 vs 3,6; p < 0,0001), inmovilidad previa (68,3% vs 46,7%; p < 0,0001), UPP previas (67,6% vs 48,9%; p 0,003), polifarmacia previa (53% vs 42,1%; p 0,01), malnutrición previa (57,3% vs 39,5%; p < 0,0001) y demencia (60% vs 45,4%; p 0,0001)). La regresión logística mostró relación independiente de sexo masculino (p 0,0005), urea (p 0,0003), hemoglobina (p 0,04), IB alta (p < 0,0001), polifarmacia previa (p 0,04) y malnutrición previa (p 0,04).
Conclusiones: El sexo masculino, urea elevada, menor hemoglobina, peor situación funcional al alta y presencia de polifarmacia y malnutrición previa determinan de forma independiente mortalidad en el paciente con LCFA ingresado en UGA. La situación funcional al alta es el mejor predictor de mortalidad al año en el paciente con LCFA ingresado en UGA.

PC-065. DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN GRAVE EN CUIDADOS PALIATIVOS. ¿CUÁNDO Y POR QUÉ?

H. Manjón Navarro[1], I. Gómez[2], G. Soria[3], P. Ortíz[2], C. Farriols[2] y J. Planas[2]
[1]Parc de Salut Mar. Barcelona. [2]Parc de Salut Mar. Hospital de l'Esperança. Barcelona. [3]Laboratori de Referència de Catalunya. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la infección grave en cuidados paliativos y la rentabilidad de los cultivos bacteriológicos. Proponer una guía de actuación ante la infección de enfermos ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).
Métodos: Entraron en el estudio los enfermos ingresados en la UCP en el periodo de dos años. Los enfermos con sospecha de infección fueron clasificados en 3 grupos: 1. Pacientes con infecciones no tratables por encontrarse en situación de últimos días. 2. Enfermos con infecciones con tratamiento antibiótico empírico habitualmente eficaz y que no requerían estudio microbiológico. 3. Enfermos con infecciones graves y necesidad de diagnóstico microbiológico. Se analizaron los enfermos del grupo 3 con las variables descritas en resultados. En base a nuestra metodología proponemos una sistemática de actuación ante la infección nosocomial en enfermos ingresados en una UCP.
Resultados: Durante los años 2012 y 2013 ingresaron en la UCP 711 enfermos. La sospecha de infección grave tratable se detectó en 64 pacientes (9,0%). A los 64 pacientes se les efectuaron 152 cultivos (2,3 cultivos por paciente). De los 152 cultivos, 92 (60,5%) fueron positivos. Los cultivos más solicitados fueron 54 urinocultivos (35,5%) siendo 38 (70,4%) positivos, 30 cultivos de esputo (19,7%) con 23 positivos (76,7%), 25 heridas y abscesos (16,4%) con 16 positivos (64,0%) y 16 coprocultivos (10,5%), 1 positivo (6,3%). Los gérmenes aislados fueron: 32 *E. coli* (31,4%), 12 *P. aeruginosa* (11,7%), 8 *K. pneumoniae* (7,8%), 7 *Candida spp* (6,8%), 7 *E. faecalis* (6,8%). El algoritmo de actuación: 1-sospecha de infección 2-clasificación en: a) no tratable, b) tratable empíricamente y c) infección grave tratable. En el grupo b se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico o quinolonas. En el grupo c se requiere documentación microbiológica y tratamiento antibiótico según antibiograma. Todos los enfermos que fueron tratados con antibiograma consiguieron resolución clínica y mejoría del confort.
Conclusiones: Un 9% de los enfermos ingresados tuvieron infecciones graves tratables que requirieron cultivos para su diagnóstico y tratamiento. Se detectó un alto porcentaje de positividad (60,5%) de los cultivos. Con mayor efectividad los urinocultivos, cultivos de esputo y de heridas y abscesos. El tratamiento antimicrobiano específico se asoció a mayor confort del paciente con infección grave. La utilización de un algoritmo puede discriminar con mayor claridad y eficacia el uso de cultivos bacteriológicos.

PC-066. REDUCCIÓN DEL USO DE SUJECIONES Y EL NÚMERO DE CAÍDAS EN UN CENTRO ASISTIDO DE MAYORES CON MAYORÍA DE DEMENCIA Y TRASTORNOS MENTALES

N. Guerrero Puga, R. Isanta Barcons, C. Lostao Otero, B. Canal Bollo, M. Cinca Morros, N. Domínguez Blanco y J.M. Cabello Neila
Caser Residencial. Caser Residencial Castell d'Oliana.

Objetivos: Conseguir la reducción del número de sujeciones de una residencia asistida para mayores con deterioro cognitivo y enfermedades mentales, y a la vez mantener o reducir el número de caídas en un año.
Métodos: Se realiza un proyecto piloto para un total de 122 residentes, 61 hombres y 61 mujeres. Los residentes que han presentado caídas tienen una edad de 80 ± 13,7 años. El diagnóstico principal era: demencia 63%, esquizofrenia 14,5% y otros 23,5%. MEC era de 13 ± 12,5 y la media de Barthel era de 55 ± 33,1. Se inicia con la formación y sensibilización en la reducción de sujeciones al personal y familiares del centro, que conlleva un cambio en cultura, metodología de trabajo y procedimientos varios.
Resultados: El patrón de caídas más habitual fue durante la deambulación con un 70% de caídas. El lugar más habitual para caer fue en la habitación con un 36% y en segundo lugar en la sala de psicogeriatría con un 16,5%. Las mujeres presentan un 63% de las caídas frente a un 37% de hombres. Se consigue una reducción en el número de sujeciones en un año de un 92% con respecto al año anterior. Se reduce el número de caídas en un 46,58% en el número total de caídas, respecto al año pasado, disminuyendo las caídas sin lesión (51,9%) y de lesión leve (45,5%) y se mantienen las caídas con lesión grave (2,6%). Se aprecia una mejora en la escala de Tinetti en un 15% de residentes tras la retirada de la sujeción.
Conclusiones: El método empleado da su importancia a centrar nuestro trabajo en la persona que atendemos, atendiendo a sus características, preferencias y bienestar. La aplicación del método consigue la disminución de sujeciones y mejorar la marcha y equilibrio sin implicar un aumento de recursos humanos ni tecnológicos, aunque se valora positivamente su uso en periodos concretos. Tampoco ha implicado un aumento de las caídas ni de sus consecuencias, ya que los datos confirman que el número de caídas ha sido significativamente menor.

PC-067. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL, COMORBILIDAD Y POLIFARMACIA DEL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO QUE INGRESA EN EL HOSPITAL DR. RODRÍGUEZ LAFORA (MADRID)

P.L. Serrano Cuadrado, A. Urbelz Pérez, C. Caballero Tejero, E. Benito Budia, M.C. Hernández Gallardo, M. Sánchez Romero y M. Ramírez Lapausa
Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.

Introducción: Nuestro recinto Hospitalario dispone de distintas unidades de cuidados psiquiátricos, entre ellas hay dos unidades espe-

cíficas para pacientes ancianos. La unidad de Gerontopsiquiatría (HBG) es una unidad de hospitalización breve donde ingresan pacientes > 65 años con patología psiquiátrica aguda y/o descompensación patología psiquiátrica de base, mientras que la unidad de Psicogeriatría (UCPP-5) es una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados donde ingresan pacientes > 65 años con enfermedades mentales graves cuyo funcionamiento es similar a una unidad hospitalaria de Media–Larga Estancia. Durante los últimos años hemos detectado un aumento tanto en la edad, como en la complejidad (comorbilidad y polifarmacia) de los pacientes que ingresan en dichas unidades, por este motivo hemos diseñado un estudio que nos permita hacer una aproximación del perfil somatico-funcional actual de dichos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados durante el último año (diciembre 2012 a diciembre 2013) en las unidades de hospitalización breve de Gerontopsiquiatría (HBG) y unidad de cuidados psiquiátricos prolongados de Psicogeriatría (UCPP-5). Criterios de exclusión: pacientes con edad inferior a 65 años ingresados por falta de plazas en otras unidades. Variables: edad, sexo, FRCV, comorbilidad, polifarmacia, situación funcional (ABVDS), estado nutricional, diagnóstico psiquiátrico principal, sintomatología al ingreso, estancia media, psicofármacos, etc.

Resultados: N: 187 pacientes (64% mujeres). Edad 75,4 años (65-102, 38,4% < 75a). Fármacos: 8,4 (3-17, 58% entre 3 y 5 psicofármacos distintos). FRCV: 64,1% 2 o más FRCV. Enf. crónicas (excluida patología psiquiátrica): 3,74 (0- 8, 40,7% entre 3 y 5). I. Barthel: 72, 5 (17% I.B. < 20), siendo las áreas más afectadas la deambulación y aseo. Tabaco: 17,4% fumadores activos y 9,7% exfumadores. Alcohol: 7,3% enolismo activo IMC: 25,8% sobrepeso y 19,4% obesidad grado I. HTA: 29,3%. DM tipo II: 19,4%. EPOC: 12%. Demencias: 12%.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en nuestras unidades hospitalarias de Gerontopsiquiatría y psicogeriatría suelen ser pacientes relativamente jóvenes, con escasa dependencia funcional, con un consumo importante de fármacos., la mayoría con al menos tres enfermedades crónicas. La comorbilidad más frecuente está en relación con son los FRCV.

PC-068. PSICOFÁRMACOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS

P. Flotats Dam[1], E. Carballido López[2] y D. Cubí Muntaña[1]
[1]Hospital Sant Andreu. Manresa. [2]Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos: Determinar la prevalencia del consumo de los distintos grupos de psicofármacos en los pacientes que ingresan en un centro sociosanitario y analizar la relación de cada uno de ellos con la situación funcional.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de una muestra de pacientes mayores de 65 años que ingresaron durante el 2012 en una unidad de psicogeriatría y en una unidad de larga estancia de dos centros sociosanitarios. Se excluyeron los pacientes que fallecieron durante el ingreso. Se registraron datos demográficos, clínicos, situación cognitiva (mini mental, GDS de Reisberg), capacidad funcional al ingreso y alta (índice de Barthel IB), número, tipo y dosis de psicofármacos al ingreso y alta

Resultados: Se revisaron 129 pacientes, edad media de 81,8 años, 62% mujeres, índice de Charlson medio de 1,98. El 55% de los pacientes presentaban deterioro cognitivo grave (GDS 6-7). El IB medio al ingreso era de 47,5 y al alta 57,4. 103 pacientes (el 79,8%) tomaban algún psicofármaco al ingreso. El 57,4% recibían Benzodiacepinas, el 50,4% neurolépticos, y el 46,51% antidepresivos. 113 (87,6%) pacientes tomaban psicofármacos al alta. Se redujeron la dosis de psicofármacos en el 14,7% de pacientes. El 63% de estos presentaron mejoría funcional (incremento de más de 10 puntos en el IB). Se incremento la dosis de los psicofármacos en el 30% de los pacientes. El 40% de estos presentó mejoría funcional y en el 22% empeoró. También presentaron mejoría funcional el 35,4% de los pacientes que se incrementaron los antipsicóticos, el 30% de los pacientes que se incrementaron las benzodiacepinas y el 52,7% de los pacientes que se incrementaron los antidepresivos.

Conclusiones: El consumo de psicofármacos es muy elevado en los pacientes ingresados en nuestras unidades al ingreso y al alta. De forma global se observa una mejoría de la funcionalidad al alta. El mayor porcentaje de pacientes que mejora en funcionalidad se encuentra en el grupo en que se disminuyeron los psicofármacos. A pesar del incremento de psicofármacos se observa mejoría funcional en el 40% de estos pacientes (siendo un mayor porcentaje en el caso de incrementar los antidepresivos).

PC-069. ESTUDIO DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SÍNDROME METABÓLICO Y COMORBILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE GERONTOPSIQUIATRÍA Y PSICOGERIATRÍA DEL HOSPITAL DR. RODRÍGUEZ LAFORA (MADRID)

P.L. Serrano Cuadrado[1], C. Caballero Tejero[1], A. Urbelz Pérez[1], M. Sánchez Romero[1], M.C. Hernández Gallardo[1], E. Benito Budia[1] y M.C. Pérez Ruiz[2]
[1]Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid. [2]Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: En los últimos años nos hemos encontrado con un aumento considerable de ingresos de pacientes con enfermedades mentales de larga evolución, fundamentalmente Tr. Bipolares y pacientes esquizofrénicos, en la unidad de Hospitalización breve de Gerontopsiquiatria (HBG) y en la Psicogeriatría (UCPP-5), que antes por edad ingresaban en otras unidades o estaban en otros recursos de la Comunidad. Dado que se tratan de pacientes relativamente jóvenes, con escasa dependencia física, hemos diseñado un estudio dirigido fundamentalmente a evaluar el riesgo cardiovascular y la comorbilidad en estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de Tr. Mental de larga evolución ingresados durante los últimos 18 meses (octubre 2012 a febrero 2014) en las unidades de hospitalización breve de Gerontopsiquiatría (HBG) y unidad de cuidados psiquiátricos prolongados de Psicogeriatría (UCPP-5). Variables: Edad, Sexo, FRCV, T. Regicor y T. Score, Criterios ATP III para sd. metabólico, I. Charlson abreviado, Fcos (antiHTA, estatinas, ADOs/insulina).

Resultados: N: 94 pacientes (69% mujeres). Procedencia: Domicilio 84%, 12% Residencia ancianos. 4% H. Día/Miniresidencia S. Mental. Edad 71,4 años (65-82, 68,4% < 70a). Tabaco: 34% fumadores activos. Alcohol: 17,9% enolismo activo, 14% > 1 año sin beber. Fcos: (antiHTA, 44% estatinas 12%, ADOs 8%). IMC: 33,8% sobrepeso y 28,6% obesidad (20,4% grado I., 3,2% grado II, 3,% grado III.). Colest T. 32% > 200 mg/dl (7,9 > 250 mg/dl). (Criterios ATP III): HDLc (< 40h/50m): 38,9%. TAG (> 150 mg/dl): 24,6%. GBA (> 110 mg/dl): 16,7%. Sd metabólico: 15,4%. I. CHARLSON (no corregido): 68,5% comorbilidad baja. Enf cardiovascular: 22,7%. EPOC: 19%. DM con daño orgánico: 10,7% (2,8% insulinodependiente). Cálculo de riesgo cardiovascular a 10 años: 27% riesgo moderado-34% riesgo alto.

Conclusiones: Estamos ante una población de pacientes relativamente jóvenes que habitualmente vive en domicilio y que presenta mal control de los FRCV. A pesar que el Í. Charlson sin corregir por edad muestra al ingreso una comorbilidad baja, cabe destacar el porcentaje de pacientes con riesgo moderado-alto de evento cardiovascular a 10 años y aquellos con enf. cardiovascular ya establecida (ECV/ICC/C. isquémica), EPOC y DM con daño orgánico.

PC-070. ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES Y SEGURIDAD DE LAS COLONOSCOPIAS REALIZADAS EN MAYORES DE 80 AÑOS

C.E. Cáceres, L. Brítez, P. Burbano, D. Donniacono, J. Mascaró y D. Ruiz
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Conocer las indicaciones y el perfil de seguridad de las colonoscopias en mayores de 80 años.
Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de las colonoscopias realizadas durante segundo semestre de 2011 en mayores de 80 años en un Hospital General Universitario de Barcelona. Se excluyeron aquellos pacientes que no tenían una historia clínica completa. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, así como las indicaciones, si eran de seguimiento, tipo de tratamiento, grado de preparación, complicaciones, diagnóstico macroscópico y microscópico.
Resultados: Se han evaluado 281 pacientes (52,3% mujeres) con una edad media de 84 (3,4) años y una comorbilidad media de 1,7 (1,0). Eran independientes para las AVDs o con dependencia leve el 68,3%, dependencia moderada 27,4% y 4,3% tenían dependencia grave o absoluta. El 81,9% de las colonoscopias se realizaron en pacientes ambulatorios y el resto en ingresados. En 33,8% la colonoscopia fue de seguimiento. A todos los pacientes se les realizó sedación. El 28,1% estaban mal preparados. La colonoscopia fue completa en el 81,5%. Las principales indicaciones fueron anemia (21,8%), hemorragia digestiva (17,4%) y síntomas abdominales (10%). En un 13,2% se realizó tratamiento. Los diagnósticos más frecuentes fueron divertículos (23,8%) y pólipos (20,3%). En un 26% era normal. Se practicó biopsia en el 25%. En 21 pacientes se diagnosticó adenocarcinoma. En 8 pacientes hubo complicaciones (3 perforaciones, 4 dolor abdominal y 1 bradicardia), ninguno falleció y 3 ingresaron. Las complicaciones no se relacionaron con la dependencia severa ni con la elevada comorbilidad.
Conclusiones: La realización de colonoscopias en ancianos mayores de 80 años cuando están correctamente indicadas son seguras y las escasas complicaciones no se deben a la vulnerabilidad ni comorbilidad. Debería buscarse formas de preparación que permitiesen disminuir la tasa de ancianos mal preparados.

PC-071. FRAGILIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (HDDPCC)

R. Monteis Cahis[1], M. Cabré Roure[1], E. Sánchez Barbas[1], I. Amenós Alcaraz[1], M.A. Felip Benach[1], E. Palomera Fanegas[2] y M. Serra Prat[2]
[1]Hospital de Mataró. [2]Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: Evaluar el grado de fragilidad de los pacientes atendidos en un HdDPCC y observar si está relacionada con el estado funcional, número de comorbilidades, estado cognitivo, ingresos hospitalarios, y calidad de vida.
Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes atendidos por primera vez en un HdDPCC desde el 1 de septiembre de 2012 hasta el 28 de febrero de 2014. Participaron en el estudio, aquellos que dieron consentimiento por escrito. Principales factores de estudio: edad, sexo, procedencia, comorbilidades, síndromes geriátricos, grado de fragilidad evaluada por Canadian Study on Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale (Rockwood, 2005) que clasifica la fragilidad de 1 (robusto) a 7 (gravemente frágil), estado cognitivo, estado funcional, estado nutricional, depresión, calidad de vida, trastornos del sueño, polifarmacia, mortalidad, número de ingresos hospitalarios y número de visitas en el servicio de urgencias previas.
Resultados: Se estudiaron 300 pacientes (61,7% mujeres), edad media de 85,8 DE 6,6 años. El 25% procedían de Residencias. Número de comorbilidades 3,14 DE 1,6. Índice Charlson 2,30 DE 1,45. Número de medicamentos 9,96 DE 3,66. Ingresos previos en el último año 1,45 DE 1,60, visitas urgencias previas en el último año 1,81 DE 2,04. El grado de fragilidad agrupados del 1 a 3 robusto-bien con tratamiento controlado 17 pacientes (5,7%), del 4 a 5 vulnerable-ligeramente frágil 99 pacientes (33%) y del 6 a 7 moderadamente -severamente frágil 183 pacientes (61%). Los del grupo 6 y 7 eran más dependientes, con mayor deterioro cognitivo, mayor estado depresivo, mayor número de comorbilidades, mala calidad de vida, mayor riesgo de mortalidad al año, más ingresos previos en el último año de forma significativa con respecto a los otros grupos.
Conclusiones: La población atendida en el HdDPCC es muy anciana y muy frágil, con una carga elevada de comorbilidades y condiciones crónicas, con gran dependencia funcional, deterioro cognitivo, mala calidad de vida y consumo elevado de recursos sanitarios y sociales. La fragilidad por tanto, tiene importantes consecuencias para la calidad de la vida, la autonomía funcional y la utilización de servicios de salud.

PC-072. USO CRÓNICO DE BENZODIACEPINAS EN EL ANCIANO

G. Vázquez Pirillo, R. Monteserín Nadal, J. Vila García, B. Ichazo Tobella, A. Soteras Prat e I. Moral Peláez
EAP Sardenya. Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia y las características de una población anciana con consumo crónico de benzodiacepinas (CC-BZD).
Métodos: Estudio descriptivo transversal de una población mayor de 74 años de un centro de salud urbano. Los criterios de exclusión fueron aquellas personas que presentaran un deterioro cognitivo grave, que presentaran una enfermedad terminal y que no fueran autónomos para acudir al centro de salud. Se utilizó un muestreo aleatorio. El total de participantes fue de 620. Se consideró CC-BZD como aquellos sujetos que presentaban un consumo de benzodiacepinas por un periodo superior de 3 meses. Las variables estudiadas fueron las características socio-demográficas (edad, género, estado civil, nivel de estudios, convivencia), clínicas (comorbilidad, medicación crónica, síndromes geriátricos), cognitivo-afectivas (Mini-Mental State Examination, Escala de Yesavage-5), nutricionales (Mini Nutricional Assessment), funcionales (Escala de Barthel) y sociales (Escala Social de Gijón).
Resultados: La prevalencia de CC-BZD fue de un 31%. La edad media de la población fue de 80,4 años (DE 4,13). El consumo crónico de benzodiacepinas se asoció significativamente con: ser mujer, ser viudo, vivir sólo y haber caído al menos una vez en los últimos 6 meses. Los diagnósticos y síndromes geriátricos más frecuentemente asociados con diferencias estadísticamente significativas fueron la artrosis, la incontinencia de orina, y la depresión. También presentaron diferencias significativas aquellas personas que presentaban puntuaciones bajas en la escala social de Gijón y en la escala de Yesavage-5. Tras la aplicación de un modelo de regresión lineal logística multivariante el consumo crónico de benzodiacepinas se asoció con: ser mujer, OR 2,35 (IC95% 1,54-3,57), presentar polimedicación (consumir un fármaco o más que la media del total de la población estudiada, 4 fármacos), OR 2,81 (IC95%, 1,89-4,19), presentar riesgo de depresión (Yesavage-5), OR1,58 (IC95%, 1,01-2,46) y estar deprimido 3,57 (IC95%, 2,10-6,06).
Conclusiones: Una tercera parte de nuestra población anciana es consumidora crónica de benzodiacepinas. Los datos sugieren que las mujeres, polimedicadas y con depresión consumen más benzodiacepinas. Conocer las características de nuestros pacientes con consumo crónico de benzodiacepinas puede ayudarnos a implementar intervenciones con el objetivo de discontinuar aquellas benzodiacepinas que no sean realmente necesarias.

PC-073. PREVALENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (HDDPCC) QUE ESTÁN EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA O EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA

M. Cabré Roure[1], E. Sánchez Barbas[1], R. Monteis Cahis[1], I. Amenós Alcaraz[1], M.A. Felip Benach[1], E. Palomera Fanegas[2] y M. Serra Prat[2]
[1]Hospital de Mataró. [2]Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: Conocer la prevalencia de pacientes que están en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa o en situación de final de vida, atendidos en HdDPCC.
Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes atendidos por primera vez en un HdDPCC desde el 1 de septiembre de 2012 hasta el 28 de febrero de 2014. Participaron en el estudio, aquellos que dieron consentimiento por escrito. Para definir que los pacientes están en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa se utilizó el cuestionario NECPAL que considera una identificación positiva cuando se cumple el siguiente requisito: Pregunta Sorpresa (pregunta 1) con respuesta negativa y al menos otra pregunta (2, 3 o 4) con respuesta positiva, de acuerdo con los criterios establecidos y para definir aquellos pacientes en situación de final de vida se utilizó la escala de Louise C Walter (JAMA 2001) que con una puntuación superior a 6 puntos se atribuye una mortalidad del 68% al año. Se compararon las características de ambos grupos para observar si había diferencias.
Resultados: Se estudiaron 300 pacientes (61,7% mujeres), edad media de 85,8 DE 6,6 años. Se observó que 154 pacientes (52,4%) estaban en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa según el NECPAL con diferencias significativas respecto al otro grupo NECPAL negativo en que eran más ancianos con insuficiencia cardiaca, desnutrición, depresión, incontinencia urinaria y fecal, insomnio, fragilidad severa, deterioro funcional y cognitivo, peor calidad de vida y más ingresos previos. 51 pacientes (17,4%) cumplían criterios de final de vida según Louise C. Walter que presentaban diferencias similares al grupo NECPAL positivo pero más exacerbadas y con mayor peso de las comorbilidades: insuficiencia cardiaca, demencia y cáncer
Conclusiones: Los pacientes atendidos en el HdDPCC en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa son muy frecuentes y la población es más anciana y presentan más pérdida funcional, insomnio, desnutrición, deterioro cognitivo, fragilidad y peor calidad de vida. En los pacientes en situación de final de vida las características descritas son similares pero con una prevalencia más elevada de comorbilidades.

PC-074. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS UPP EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA EL PACIENTE GERIÁTRICO

J. Farrero Mena, M.J. Pociello Nadal, A. Dos Santos Martí, D.I. Jordana Ariza, D. Torrijos Cuesta y R.M. Hidalgo Piñol
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos: Conocer los recursos disponibles para la prevención y tratamiento de ulceras por presión (UPP) en el Servicio de Urgencias (SU). Establecer intervenciones para reducir la aparición de UPP usando los recursos disponibles.
Métodos: Cuantificar, mediante la observación, la disponibilidad de medios materiales de prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP) utilizados en la práctica profesional enfermera en un SU. Revisión sistemática de la bibliografía para establecer las intervenciones para mejorar la prevención y el tratamiento de las UPP.
Resultados: Los productos disponibles en las urgencias del centro a estudio son: fibras de hidrocoloides, hidrocoloides, hidrogeles, alginatos, espumas de poliuretano, antibióticos tópicos, pomadas enzimáticas, ácidos grasos hiperoxigenados, productos de barrera. Además de almohadas y materiales no específicos pero que se usan en la prevención. Se ha realizado una guía práctica de recomendaciones para el manejo de las ulceras por presión en un SU para el paciente geriátrico.
Conclusiones: Teniendo en cuenta la bibliografía consultada se ha podido establecer que se disponen de los recursos suficientes para poder realizar una correcta prevención y manejo de las ulceras por presión en un servicio como el de urgencias. Las UPP son uno de los llamados grandes síndromes geriátricos, por lo que partiendo de la guía y observando los resultados de las fuentes consultadas, se ha podido concluir (dada la similitud del ámbito de aplicación) que será efectiva para reducir la aparición de UPP en este segmento de la población.

PC-075. MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL ANCIANO

J. Farrero Mena, M.J. Pociello Nadal, D.I. Jordana Ariza, D. Torrijos Cuesta, R.M. Hidalgo Piñol y A. dos Santos Martí
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos: Conocer los principales factores de riesgo del estreñimiento en el anciano. Realizar una correcta valoración enfermera para identificar e intervenir en los patrones alterados por esta patología (comer y beber, eliminación, higiene y mover-se y mantener postura). Establecer un plan de cuidados estandarizado para el tratamiento del estreñimiento.
Métodos: Revisión bibliográfica en bases de datos científicas (Pubmed, Cochrane, Cuiden...) con las palabras clave anciano y estreñimiento y su traducción al inglés.
Resultados: Se ha elaborado un plan de cuidados estándar para evitar la aparición del estreñimiento y en el caso de que este aparezca tratarlo correctamente. Las intervenciones recomendadas en esta guía son las de mayor evidencia científica encontradas durante la búsqueda bibliográfica.
Conclusiones: Mediante la información obtenida durante la revisión de la bibliografía se ha podido objetivar que conocer los principales factores de riesgo de aparición del estreñimiento en el anciano es primordial para establecer un buen plan de cuidados. El hecho de realizar una correcta valoración enfermera permite detectar los patrones funcionales alterados e incidir sobre ellos de manera más efectiva mediante las intervenciones que se recomiendan en el plan de cuidados estandarizado. El establecimiento de un plan de cuidados estándar permitirá que todos los profesionales del centro utilicen los mismos cuidados para el tratamiento de este gran síndrome geriátrico y con ello, también las intervenciones más recomendadas a nivel de evidencia.

PC-076. FÍSTULA GASTRO-COLO-CUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN DE UNA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN UNA ANCIANA

J.M. Fernández Ibáñez, M.D.C. Morales Ballesteros, F. Pérez Roldán, J. de Pedro Conal, A. García Manzanares Vázquez de Agredos y M.D.C. Conde García
Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Introducción: La gastrostomía mediante endoscopia, es una práctica frecuente en pacientes con demencia avanzada y disfagia. Esta técnica ha disminuido los riesgos respecto a la quirúrgica, aunque no está exenta de complicaciones.
Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 89 años con deterioro cognitivo severo mixto y negativa a la ingesta a quien se realizó gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) programada comprobando la colocación de la sonda por endoscopia. A los 6 meses se realizó recambio reglado de la sonda. Después presenta salida de material fecaloideo a través de la sonda y diarrea coincidiendo con la

toma de nutrición enteral. Se realizó nuevo recambio de sonda sin mejoría por lo que ingresa. Ante la sospecha de fistula gastrocolocutánea se solicitó fistulografía observándose la colocación de la punta de la sonda de gastrostomía en colon transverso. Se solicitó TAC abdominal confirmándose el diagnóstico sin imágenes de extravasación. La gastroscopia no evidenció sonda PEG en estómago. Se procedió a la colocación de nueva sonda de gastrostomía dejándose la colónica in situ sin incidencias.
Discusión: La fístula gastro-colo-cutánea es una complicación rara de la PEG. Se produce por la interposición de un asa colónica entre la pared anterior gástrica y la pared abdominal, al colocar la sonda en la cámara gástrica a través del asa intestinal. Suelen ser asintomáticas hasta el recambio de la sonda, presentando entonces diarrea relacionada con la ingesta en la mayoría de los casos. Manifestaciones menos frecuentes son la peritonitis o la obstrucción intestinal. El tratamiento de una fístula cerrada es conservador, mediante retirada de la sonda de gastrostomía y antibióticos de amplio espectro. La cirugía sólo es necesaria en casos de peritonitis o abscesos. Para prevenir esta complicación, es esencial una buena transluminación y una correcta distensión gástrica. La PEG no está exenta de riesgos. Numerosos trabajos señalan la falta de evidencia en la mejora de la supervivencia, estado nutricional y prevención de neumonías por aspiración en pacientes con demencia avanzada alimentados por sonda. Una alimentación oral adaptada nos parece una alternativa más adecuada para la disfagia en estos pacientes aunque hay que individualizar cada caso.

PC-077. FRACASO RENAL AGUDO FULMINANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Mazoteras Muñoz, M. Checa López, V. Hernández Jiménez, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, J.L. Esquinas Requena y N. Fernández Martínez
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Paciente de 89 años presenta cuadro de astenia y prurito generalizado.
Métodos: AP: HTA. Sincope por BAV de 2º grado, Mobitz 1 con implantación de marcapasos bicameral hace un año. Tratamiento actual: Seguril 40 mg/24h, Atarax 25 mg. S. Basal: Barthel 100. No deterioro cognitivo. Vive en domicilio con esposa. P. Complementarias: Analítica: creatinina 4,6 mg/dl, urea 22, Na 170, LDH 430, Hb 9,3 g/dl, B12 1900, proteínas totales 6,2, albúmina 3,3 y resto incluido Hr tiroideas, fólico y marcadores tumorales, proteinograma, inmunoglobulinas y complemento normales. ECG: ritmo de MCP. Rx de tórax y abdomen anodinas. S orina: pH 5,5, 8-10leuc. Orina 24 horas: 1.700 ml, Na 49, K19, microalbuminuria 34, ácido úrico 139 y proteínas totales 2.330. Ecografía abdominal: riñones normales con corticales conservadas, no dilatación de vía excretora ni litiasis. Quiste de 3 cm en riñón izquierdo y vejiga desplazada lateralmente por masa inguinopélvica izquierda que engloba a los vasos iliacos izquierdos permeables. TAC toraco-abdominal: Gran masa sólida polilobulada lateral a los vasos ilíacos y que es extiende a pelvis y región inguinal izquierda de 133 mm (AP), 104mm (transverso) y 111 mm (CC). Vasos retroperitoneales sin alteraciones de interés, no adenopatías de tamaño patológico.
Resultados: Nos encontramos con gran masa compatible con probable sarcoma retroperitoneal (SR) en regiones pélvicas e inguinales izquierdas y un fracaso renal agudo obstructivo secundario. No es necesaria la nefrostomía percutánea por no encontrar hidronefrosis. Dado la complejidad del tratamiento quirúrgico se decide de acuerdo con Sº de Cirugía General y Oncología tratamiento conservador y seguimiento por parte de Unidad de Cuidados Paliativos, falleciendo al mes.
Conclusiones: Los SR son neoplasias infrecuentes y heterogéneas que se originan a partir de células mesenquimales localizadas en tejido conectivo. El 15% son retroperitoneales. Son tumores muy agresivos cuyo único tratamiento cuando es la resección quirúrgica en bloque con márgenes libres. La principal causa de muerte es la recidiva locorregional y la supervivencia a los 5 años es de un 3-5%. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente pero otros síntomas como en el caso de nuestro paciente, fue la sintomatología de compresión vecina.

PC-078.IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN VISCOSIDAD COMO PARTE DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

O. Arias Valera, M. Dicenta Boluda, M.C. Espinosa Val, A. Elvira Pérez, M. Graupera Cuquet, M. Roura Carol y R. Cristófol Allué
Hospital Sant Jaume. Consorcio Sanitario del Maresme.

Objetivos: Descartar la existencia de disfagia en todos los pacientes que ingresan en una unidad de psicogeriatría, incluyendo el método de exploración clínica volumen- viscosidad (MECV-V), en la práctica habitual de la valoración de enfermería.
Métodos: Para la detección de la disfagia se ha usado el MECV-V. Es un método de exploración clínica mediante bolos en un rango de volumen de 5 a 20 ml y viscosidad líquida, néctar y pudín. Utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes. Permite evaluar los signos de alteración de la seguridad de la deglución (tos, disminución de la saturación basal de $O_2 \geq 3\%$ y cambio del tono de voz) y los signos de alteración de la eficacia de la deglución (inadecuado sello labial, residuos en boca, residuos en faringe y deglución fraccionada). Este método de cribado orienta sobre cuales son la viscosidad y el volumen más seguros para compensar al paciente y alimentarlo de una manera segura y eficaz. Entre los años 2009 y 2010 se comenzó con la formación y el entrenamiento del personal de enfermería, realizándose la implantación progresiva de esta exploración.
Resultados: Desde el año 2011 se realiza de manera sistemática el MECV- V a todos los pacientes que ingresan en la unidad, como parte del protocolo de valoración de enfermería. Posteriormente todos ellos son valorados por la dietista, para adaptar la dieta. La prevalencia de disfagia es muy elevada y por ejemplo, el año 2011, el 88'6% de los pacientes presentaban alteración del MECV–V. La recomendación más frecuente en más del 50% fue adaptar los líquidos a textura néctar y administrarlos a volúmenes bajos y medios.
Conclusiones: Dada la gran frecuencia con la que los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría presentan disfagia, se recomienda la realización sistemática del MECV-V para su diagnóstico y tratamiento dietético- nutricional. Se recomienda la inclusión de un método de cribado de disfagia, en este caso el MECV-V, dentro del protocolo de valoración de enfermería.

PC-079. PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS AL INGRESO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP/START

M.K. Iparraguirre Azcona[1], R. Gómez Cortijo[1], A. Castellarnau Font[1], P. Flotats Dam[1], I. Oller Sales[2], A. Arnau Bartés[2] y D. Cubí Montanyà[1]
[1]*Fundació Sociosanitària de Manresa-Hospital Sant Andreu. Manresa.*
[2]*Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Fundació Privada. Manresa.*

Objetivos: Conocer la prevalencia y las características de la prescripción potencialmente inapropiada (PPI) en una población de pacientes mayores de 65 años al ingreso en un centro sociosanitario según los criterios STOPP/START. Describir la frecuencia de PPI según sistemas fisiológicos.
Métodos: Estudio transversal descriptivo. Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en unidades de convalecencia y larga estancia de un centro sociosanitario de febrero a diciembre de 2013.Al ingreso de los pacientes se

registró la medicación ambulatoria, la comorbilidad según el índice de Charlson, el estado funcional previo al ingreso según el Índice de Barthel (IB) y la situación cognitiva según el Mini Examen Cognoscitivo (MEC). Los médicos geriatras fueron los responsables de valorar la PPI según los criterios STOPP/START.
Resultados: Se incluyeron 283 pacientes, el 71,2% eran mujeres. La edad media fue de 82,5 años (DE 7,5); 41,5% tenían un índice de Charlson ≥ 2; 36,1% presentaban deterioro cognitivo (MEC < 24). La puntuación media de IB fue de 71,9 (DE 29,2). Se detectó una media de número de fármacos previos al ingreso de 7,2 por paciente (DE 3,7), teniendo el 25% más de 10 fármacos prescritos. El 77,8% de los pacientes tenía alguna PPI previa al ingreso; 53,6% de los pacientes cumplían algún criterio STOPP y el 58,9% algún criterio START. Se detectaron un total de 546 PPI (191 STOPP y 355 START), con una media de 1,92 PPI por paciente (0,67 STOPP y 1,25 START). Las PPI-STOPP fueron 191: 31,9% cardiovascular; 15,2% riesgo de caídas; 14,6% sistema nervioso central (SNC); 14,1% musculoesquelético; 9,4% analgésicos; 6,3% duplicidades; 2,6% urogenital; 2,6% endocrino; 2,1% respiratorio y 1,0% gastrointestinal. Las PPI-START fueron 355: 30,7% cardiovascular; 27,0% musculoesquelético; 23,4% endocrino; 7,6% SNC; 6,8% gastrointestinal y 4,5% respiratorio.
Conclusiones: Se detectó una elevada prevalencia de PPI según los criterios STOPP/START en los pacientes mayores de 65 años que ingresaron en un centro sociosanitario.La PPI por omisión (criterios START) fue mayor que la PPI por inadecuación (criterios STOPP). El sistema cardiovascular fue el más frecuentemente implicado en la PPI.

PC-080. HIGIENE ORAL EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

M.C. Espinosa Val, M. Graupera Cuquet, O. Arias Valera, A. Elvira Pérez, M. Roura Carol, M. Dicenta Boluda y O. Ortega Fernández
Hospital Sant Jaume. Consorcio Sanitario del Maresme. Mataró.

Objetivos: Valoración de la higiene oral en los pacientes ingresados en una unidad de psicogeriatría.
Métodos: Estudio transversal realizado en enero 2014 en los pacientes ingresados en una unidad de psicogeriatría. Se han recogido datos demográficos, funcionales, toma de psicofármacos y la existencia de disfagia. Para la valoración de la boca, se documentó la existencia de aftas, xerostomía, muguet o lengua saburral. Para la evaluación de la higiene oral se usó el Simplified Oral Hygiene Index (OHI- S). Este índice está formado por la suma de 2 índices, el de placa dental y el índice de cálculo, con valores que van de 0 (higiene oral óptima) hasta 6 (higiene oral muy deteriorada).
Resultados: Se incluyeron 31 pacientes. El 61% eran mujeres. La edad media era de 81,2 ± 9,2 años. El 48% habían ingresado desde su domicilio siendo el motivo de ingreso más habitual control de síntomas conductuales. La demencia más frecuente era la de tipo Alzheimer (48%). En el 65% la demencia se encontraba en una fase severa (CDR 3). El índice de Barthel medio era 34,5 ± 28,5. Presentaban disfagia (valorada mediante el MECV –V) el 87% de los pacientes. Tomaban psicofármacos 26 pacientes siendo el número medio por paciente de 3,2 ± 1,6 fármacos. En el 26% había xerostomía y en el 32% lengua saburral. Solamente dos pacientes sufrían muguet oral. El OHI-S solo se pudo valorar en 13 pacientes, porque el resto o eran portadores de prótesis dental total o bien conservaban menos de 10 piezas. El OHI-S total era 2,42 ± 1,36. El índice de placa era 1,35 ± 0,76 y el índice de cálculo era 1,07 ± 0,73.
Conclusiones: Los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría presentan múltiples factores que favorecen la mala higiene oral, como son demencia severa, falta de colaboración para la higiene, disfagia, comorbilidad y toma de psicofármacos. A pesar de las medidas usadas de manera rutinaria (higiene de la boca después de cada comida e hidratación oral), pensamos que existe un margen de mejora, por lo que vamos a implantar un nuevo protocolo de higiene oral.

PC-081. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD VERSUS VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

R. Monteserín Nadal[1], G. Vázquez Pirillo[1], J. Vila García[1], B. Ichazo Tobella[1], A. Soteras Prat[1] e I. Gich Saladich[2]
[1]EAP Sardenya. Barcelona. [2]Hospital Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Determinar si la autopercepción de salud (APS), a través de una simple pregunta, se relaciona con la valoración geriátrica integral (VGI). Conocer si la APS determina el uso de recursos sanitarios y la mortalidad.
Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de personas > 74 años de un Centro de Salud urbano (CS). Criterios de exclusión: presentar deterioro cognitivo grave, enfermedad terminal o no ser autónomos para acudir al CS. La APS se evaluó mediante la pregunta "En general, cómo cree que es su salud?". La información recogida en la VGI fue: variables sociodemográficas, evaluación sensorial, presencia de caídas, incontinencia de orina, medicación crónica, comorbilidad (índice de Charlson), funcionalidad (Barthel), estado cognitivo-afectivo (Pfeiffer, Yesavage-5), estado nutricional (Mini-Nutritional Assessment) y soporte social (Escala de Gijón). Adicionalmente se registró la presencia de diabetes, HTA, artrosis, osteoporosis, depresión y/o riesgo de fragilidad. A los dos años de seguimiento se evaluó: utilización de los recursos sanitarios (visitas a urgencias/ ingresos hospital, visitas médico de familia (MF)/enfermería) y la mortalidad.
Resultados: Se seleccionaron 620 sujetos, el 73% refirieron tener buena/muy buena salud. Aquellos que refirieron una mala/ muy mala salud era más probable que fueran mujeres, no casados, referir bajo nivel de estudios, tener problemas de visión, presentar polimedicación, comorbilidad, hipertensión, diabetes, artrosis, depresión, historia de caídas, incontinencia de orina, riesgo de malnutrición y riesgo de fragilidad, todo ellos con diferencias estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad o en la utilización de los recursos sanitarios, a excepción del número de vistas al MF, que fue significativo para los que refirieron mala/muy mala salud. Tras un modelo de regresión logística (test de Hosmer y Lemeshow) se encontró una asociación independiente entre mala/muy mala salud y la depresión OR = 3,228 (IC95%: 3,219–3,238), p < 0,001, riesgo de fragilidad OR = 1,911 (IC95%: 1,905–1,916), p = 0,010 y el número de fármacos, OR = 1,206 (IC95%: 1,205–1,206), p < 0,001.
Conclusiones: La APS puede ofrecer información similar a la obtenida por la VGI. La pregunta sobre la APS es una herramienta sencilla y coste-efectiva que nos puede permitir detectar aquellos ancianos de riesgo.

PC-082. FACTORES RELACIONADOS CON UNA GANANCIA FUNCIONAL RELATIVA ADECUADA EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA GERIÁTRICA (UCO)

S. Ubero Fernández, C. Roqueta Guillén, M.I. Martínez Fernández, S. Burcet Pérez, J. Leal Preciado y R. Miralles Basseda
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Identificar los factores relacionados con la ganancia funcional relativa (índice de Heinemann corregido (IHC) = 35%) en nonagenarios ingresados en UCO.
Métodos: Estudio prospectivo de nonagenarios que ingresaron durante 6 años. Variables registradas: edad, sexo, número de antecedentes patológicos, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia), tipo de ayuda para marcha

previa (bastón, independiente, caminador, asistida por una persona, no capacidad de marcha), complicaciones e infecciones, número de síndromes geriátricos, síndromes geriátricos (desnutrición, déficit sensorial, caídas, estreñimiento, polifarmacia, incontinencia urinaria, delirium, inmovilidad, demencia, depresión, úlceras por presión, insomnio) y destino al alta. La ganancia funcional relativa se ha calculado mediante el índice de Heinemann corregido (IHC), que expresa la proporción de capacidad funcional que ha recuperado en relación a la que ha perdido [IHC = ([Índice Barthel alta – Índice Barthel ingreso]/[Índice Barthel Previo – Índice Barthel Ingreso]) × 100]. Un IHC ≥ 35% se ha considerado indicativo de un proceso rehabilitador de eficacia adecuado.

Resultados: Se registraron 212 pacientes (75,9% mujeres), edad media 92,02 ± 2,10.Factores pronósticos de ganancia funcional relativa (IHC ≥ 35%): menos complicaciones: (62 (48,1%) vs 65 (78,3%) (p < 0,001)), infecciones (42 (32,6%) vs 43 (51,8%) (p = 0,005) y número de síndromes geriátricos (6,32 ± 2,35 vs 7,35 ± 1,98) (p = 0,001). De los 129 pacientes que presentaron IHC ≥ 35%: 45 (34,9%) presentaron delirium, 25 (19,4%) úlceras por presión, 25 (19,4%) inmovilidad y 42 (32,6%) incontinencia urinaria; de los 83 restantes: 45 [(54,2%) (p = 0,005)]; 26 [(31,3%) (p = 0,047)]; 51 [(61,4%) (p < 0,001)] y 53 [(63,9%) (p < 0,001)], respectivamente. De los 129 pacientes que presentaron IHC ≥ 35%: 94 (72,9%) fueron a domicilio, 25 (19,4%) residencia, 7 (5,4%) unidad de larga estancia, 3 (2,3%) hospital de agudos; de los 83 restantes: 18 (21,7%) domicilio, 11 (13,3%) residencia, 15 (18,1%) unidad de larga estancia, 19 (22,9%) hospital de agudos, 18 (21,7%) fallecieron y 2 (2,4%) fueron trasladados a otra unidad de convalecencia (p < 0,001). No se hallaron diferencias significativas en el resto de las variables.

Conclusiones: Los factores relacionados con IHC ≥ 35% fueron presentar menos complicaciones e infecciones durante el ingreso, menor número de síndromes geriátricos, menor prevalencia de delirium, úlceras por presión, inmovilidad e incontinencia urinaria, mayor porcentaje de pacientes dados de alta a domicilio.

PC-083. TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO Y RIESGO DE INGRESO URGENTE EN UNIDADES MÉDICAS EN PACIENTES DE 65 AÑOS O MAYORES

N. Ortuño[1], M. Suárez Linares[2], N. Planet[3], E. González[1], I. García[1] y J. Cobo[1]
[1]Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. [2]Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Determinar el impacto del tratamiento antidepresivo como factor protector independiente de ingreso hospitalario urgente en personas mayores en nuestro medio.

Métodos: Se incluyeron personas de 65 años o mayores que acudieron al Servicio de Urgencias de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) por motivos médicos entre enero y octubre del 2012. En el Centro se atendieron en ese mismo período un total de 36.176 urgencias médicas, correspondiendo 15.791 de ellas a personas de 65 años o mayores (43,65%) y precisando ingreso hospitalario el 25,93% de éstas. Se obtuvieron datos socio-demográficos básicos, antecedentes médicos, polifarmacia, patología cognitiva y consumo de tóxicos. Así mismo, se realizó una recogida del tratamiento psicofarmacológico actual, incluyendo fármacos antidepresivos, ansiolíticos y otros. Se realizó un cálculo de tamaño muestral necesario para obtener diferencias significativas y se realizó una aleatorización simple utilizando el programa R. Posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo y pruebas paramétricas utilizando el programa SPSS versión 21.

Resultados: Se evaluaron 674 pacientes (53% mujeres), con una edad media 78,45 años (DE 7,93). Hasta un 27,6% de los casos (71% mujeres) recibían tratamiento antidepresivo. Entre el total de pacientes ingresados (337), 83 individuos (24,6%) utilizaban previamente tratamiento antidepresivo, mientras que entre los no ingresados (337 pacientes), utilizaban este tipos de fármacos el 30,6% (103 casos). Tras el análisis comparativo, en nuestra muestra global no encontramos una relación estadísticamente significativa entre la utilización del tratamiento antidepresivo y el posterior ingreso o no del paciente. Al dividir la muestra entre aquellos de 75 años o mayores, la relación sí era significativa (χ^2 = 6,610, gl = 1; sig. 0,012).

Conclusiones: En nuestro estudio, el tratamiento antidepresivo se relaciona con una disminución del riesgo de ingreso hospitalario urgente por patología médica en personas de 75 años o mayores. El tratamiento de la depresión en personas mayores supone un efecto protector general frente a la severidad de las patologías atendidas en Urgencias en nuestra población y puede suponer un criterio de calidad en orden a prevenir complicaciones.

PC-084. RADIOGRAFÍA DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) TRAS 4,5 AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN

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

Objetivos: Analizar la actividad de una UGA en sus 4,5 primeros años de su implantación.

Métodos: Análisis descriptivo de los datos estadísticos obtenidos con los informes de alta de los pacientes ingresados en la UGA desde junio 2008 hasta diciembre de 2012 inclusive. La unidad dispone de 14-16 camas funcionales. Los pacientes de la UGA provienen en su mayoría del servicio de Urgencias del hospital, desde dónde se ingresan los que más se benefician por sus características y perfil clínico. Los pacientes ingresados a cargo de UGA que no disponen de cama son ingresados en camas generales de hospitalización, en su mayoría medicina interna.

Resultados: Ingresos totales: 2.227. Edad media: 86,83. Hombres 37,07. Mujeres 62,88%. Estancia media 8,13 días. Parámetros calculados sin exitus: índice de Barthel (IB) basal 44,96. IB ingreso 26,68. IB alta 37,01. Índice de Charlson 4,37. Fármacos al ingreso 7,70. Fármacos al alta: 9,11. Un 63% de los pacientes provinieron de domicilio. Un 35,38 de residencia. 6 pacientes de UME y 27 no especificados. Al alta, un 65,19% acudieron a domicilio y un 34,26 a residencia. Otros destinos menos frecuentes fueron: UME 38 (1,7%), UCP 29 (1,3%), 7 a UCC y 1 a unidad de demencias. Exitus 220 (9,87%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: ICC (24,11%), Neumonía (16,16%), infección respiratoria (8,35%) e ictus (3,63%).

Conclusiones: Los resultados de la UGA se adecúan a los valores de otras unidades similares de la Comunidad de Madrid. La UGA se integra en un servicio de Geriatría con unidad de Ortogeriatría, consultas externas, atención a pacientes en la urgencia e interconsultas. Los pacientes presentan gran comorbilidad y deterioro funcional desde el ingreso y en un porcentaje alto provienen de residencia. Se encuentran en evaluación programas de coordinación con residencias y centros de salud, medidas de mejora como protocolos de actuación en la UGA y en consultas externas. Se han implantado protocolos en el servicio de urgencias de atención general al paciente anciano, del manejo del delirium y de las caídas con charlas explicativas en dicho servicio. Esta base de datos abre las puertas a nuevos estudios y análisis.

PC-085. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA MONITORIZACIÓN TENSIONAL SEGÚN LA EDAD?

A. Pons Rodríguez[1], A. Rodríguez-Rosich[1], C. Florensa Roca[2], A.B. Vena Martínez[3] y M. Roca Monsó[2]
[1]ICS Lleida/ABS Eixample. Lleida. [2]ICS Lleida. [3]Hospital Santa Maria. Lleida.

Objetivos: Comparación del grado de control de la tensión arterial y variables relacionadas mediante monitorización ambulatoria de la

presión arterial (MAPA) entre grupos de pacientes con hipertensión arterial (HTA) y umbral en los 65 años.
Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el ámbito de Atención Primaria. Población de referencia: HTA con MAPA realizado en los últimos 3 años. Variable independiente: edad ≥ 65 años y < 65 años. Variables de estudio: sexo, IMC, frecuencia cardiaca, Presión de Pulso (PP) > 60 mmHg, mediana tensional de 24 horas, variabilidad sistólica > 18 mmHg, carga sistólica y diastólica globales, en actividad y descanso (elevada > 30%) así como el patrón nictameral. Umbral de configuración MAPA: TA 135/85 en actividad y 120/70 mmHg en reposo.
Resultados: Población total 288 registros MAPA, divididos en dos grupos: grupo estudio ≥ 65 años 105 y control < 65 años 183. Los siguientes resultados se expresan en este mismo orden: estudio y control. Edad media 74 ± 5,7 y 51 ± 9 años. Relación hombre/mujer 0,43 y 0,54. Obesidad 23% y 49%. Diabetes 27% y 19%. Mediana tensional global 136/74 y 133/82 mmHg; en actividad 139/77 y 137/85; nocturna 129/67 y 124/73 mmHg. Variabilidad sistólica elevada 16% y 7%. Carga sistólica patológica 77% y 72%. Carga diastólica 42% y 75%. PP patológico 59% y 17%. Patrón circadiano Non Dipper 54% y 45%, Dipper 36% y 51%, Dipper extremo 7% y 3% y Riser 10% y 0%.
Conclusiones: Los pacientes mayores o iguales a 65 años tienen peor control tensional sistólico y mejor diastólico en todas las medias globales en actividad y nocturnas, también en relación a las cargas. Paralelamente la PP > 60 mmHg es mucho más prevalente. El patrón circadiano predominante es Non Dipper a diferencia del grupo control. Las diferencias entre ambos grupos determinan mayor perfil de riesgo por supuesta rigidez arterial en el grupo de estudio.

PC-086. ANCIANOS Y PROCEDIMIENTOS INVASIVOS... ¿QUÉ OPINAMOS?

I. Bartolomé Martín[1], J.A. Silva Obregón[1], C. Martín Dalgesso[1], D.L. Sepúlveda Moya[1], M.A. Romera Ortega[2], M.A. Fernández-Gómez Gómez[3] y J. Romo Gonzáles[1]
[1]Hospital Universitario. Guadalajara. [2]Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. [3]Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Analizar la opinión entre médicos a cargo de pacientes ≥ 80 años ingresados en el Hospital Universitario de Guadalajara sobre la realización de determinados procedimientos (PRO) y el uso de medidas "extraordinarias" (ME) en ellos.
Métodos: Estudio transversal realizado el 13/12/2013. Recogida de datos mediante un cuestionario. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 80 años ingresados ese día. Se evaluaron: edad, sexo, Charlson, Barthel y escala de deterioro global (GDS). Se consideraron: 1) PRO: catéter venoso central (CVC), marcapasos definitivo (MP), cirugía urgente (IQ); 2) ME: ventilación mecánica no invasiva (VMNI), intubación orotraqueal (IOT), depuración extrarrenal (TDE) y uso de catecolaminas (CAT). Análisis estadístico realizado mediante el empleo de t-Student o U de Mann-Whitney; Resultados expresados como media ± desviación estándar (rango intercuartil); (* p < 0,05; ** p < 0,01).
Resultados: Pacientes ingresados 378. Noventa (23,8%) ≥ 80 años. Analizados 79 (20,9%). Once excluidos (no médico responsable). Edad 86,7 ± 4,7 años (83-90). Varones 44 (55,7%). Escalas: Charlson 3,5 ± 2,0 (1-5); Barthel 63,6 ± 35,7 (25-100); GDS 4 ± 3 (1-7). Realizarían los siguientes PRO (si vs no): CVC: 55 (69,6%): Edad 85,9 ± 4,7 vs 88,5 ± 4,3*. Charlson 3,1 ± 1,9 vs 4,2 ± 1,9*. Barthel 77,5 ± 29,9 vs 31,7 ± 26,3**. GDS 2,1 ± 1,4 vs 3,5 ± 1,6**. MP: 50 (63,3%): Edad 85,8 ± 4,7 vs 88,3 ± 4,5*. Charlson 3,1 ± 1,8 vs 4,1 ± 2,0*. Barthel 80,2 ± 27,5 vs 35 ± 29,8**. GDS 2,0 ± 1,3 vs 3,4 ± 1,7**. IQ: 53 (67,1%): Edad 85,9 ± 4,5 vs 88,3 ± 4,7*. Charlson 3,3 ± 2,1 vs 3,8 ± 1,7; p = NS. Barthel 80,4 ± 27,6 vs 29,4 ± 24,1**. GDS 2,0 ± 1,3 vs 3,6 ± 1,7**. Emplearían las siguientes ME (sí vs no): VMNI: 40 (50,6%): Edad 84,7 ± 3,4 vs 88,7 ± 5*. Charlson 3 ± 1,8 vs 4 ± 2*. Barthel 88,9 ± 19,4 vs 37,7 ± 29,5**. GDS 1,6 ± 0,8 vs 3,5 ± 1,7**. IOT: 31 (39,2%): Edad 84,2 ± 3,2 vs 88,3 ± 4,9**. Charlson 2,9 ± 1,8 vs 3,8 ± 2; p = NS. Barthel 94,8 ± 10,8 vs 43,4 ± 31,3**. GDS 1,5 ± 0,6 vs 3,2 ± 1,7**. TDE: 33 (41,8%): Edad 84,4 ± 3,2 vs 88,4 ± 4,9**. Charlson 3,1 ± 1,8 vs 3,8 ± 2; p = NS. Barthel 94,2 ± 11,4 vs 41,6 ± 30,6**. GDS 1,5 ± 0,6 vs 3,3 ± 1,7**. CAT: 48 (60,8%): Edad 85,8 ± 4,4 vs 88 ± 4,9*. Charlson 3,1 ± 1,8 vs 4 ± 2,1; p = NS. Barthel 80,1 ± 29,5 vs 38,1 ± 29,1**. GDS 2,1 ± 1,3 vs 3,3 ± 1,8**.
Conclusiones: En nuestro estudio la edad por sí sola no es determinante en la decisión de utilizar los procedimientos y medidas evaluadas. Sí lo son el grado de dependencia y deterioro cognitivo. Las comorbilidades sólo influyen para decidir CVC, MP o VMNI.

PC-087. CAÍDAS DE REPETICIÓN EN RESIDENCIA

P. Gallardo Schall[1], E. Carrillo Prieto[1] y J. Hernández Medialdea[2]
[1]Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo. [2]Residencia de Ancianos. Toledo.

Objetivos: Analizar las diferencias ambientales, como intrínsecas de los pacientes con caídas de repetición, respecto a los que caen una vez. Analizar el valor predictivo de las escalas que valoran el riesgo de recurrencia de caídas.
Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y de cohortes en dos residencias de ancianos, con capacidad para 259 residentes. Durante un período de 1 año. Se incluyeron sujetos mayores de 65 años, ingresados al menos 1 mes. Se definió anciano con caídas de repetición a aquel que había presentado más de 1 caída en el período comprendido. Los resultados, se analizaron con la plantilla de Excel 2007.
Resultados: Se registraron 231 caídas, en 115 residentes (63 mujeres y 52 hombres). La edad media fue de 84,71 años. Las caídas ocurren en Horario (Mañana 67; Tarde: 94; noche: 70). Lugar (habitación: 87; pasillo: 33; sala común: 45; comedor: 13; baño: 32; otros: 22). Testigo (solo: 88; acompañado por personal: 81; otro residente: 11; otro: 53). Estado (sin alteración del nivel de consciencia: 194; con: 37). Consecuencias (ninguna: 151; hematoma: 28; erosión: 11; solución de continuidad: 25; fractura: 6; otro: 13). Motivo (accidente a pesar de medidas: 86; alteración del nivel de consciencia: 19; fallos en medidas: 50; desconocido: 14; otros: 61). Traslados (autónomo: 71; bastón o andador: 60; silla de ruedas: 93). Edad (85 vs 84) p 0,11. Sexo (31, 32; 27,25). P 0,7. Demencia (12,46; 19,38). p 0,09. Nº de fármacos. (9,05 vs 9,14) p 0,44. IACE (25,33; 29,28) p 0,45. Antipsicóticos (25,33; 28,29) p 0,45. Antidepresivos (36,22; 34,23) p 0,8. Antihipertensivos (30,27; 32,25) p 0,7. Antidiabéticos (24,34; 30,27) p 0,26. Benzodiacepinas. (29,29; 40,19) p 0,02. Tinetti (13 vs 14) p 0,18. Downton (5,45 vs 5,22) p 0,36.
Conclusiones: Los pacientes caen más por la tarde-noche, principalmente en la habitación, se encuentran solos en 2/5 de los casos, no suelen tener consecuencias graves, aunque un 3%, presenta fractura de algún tipo, al menos el 20% son evitables, no se observan diferencias significativas entre pacientes con 1 y más caídas, a excepción de las benzodiacepinas. Las escalas utilizadas no son buenas predictores de caídas de repetición, aunque el 67% de los pacientes utilizan algún grado de ayuda técnica.

PC-088. ESTUDIO PILOTO DE UN TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA BASADO EN EJERCICIOS DE PILATES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO CRÓNICO

N. Sempere Rubio
Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valencia.

Introducción: El dolor lumbar es el primer motivo de consulta en atención primaria, problema que se agrava con la vejez. El dolor lumbar inespecífico es la causa más frecuente de las dolencias lumbares, lo que repercute en la pérdida de calidad de vida y genera un gran consumo de recursos asistenciales. El Método Pilates se utiliza cada vez más en fisioterapia como parte de la rehabilitación y la readap-

tación en fases crónicas de lesiones o dolores musculoesqueléticos. No existen estudios que determinen la eficacia de un entrenamiento de fisioterapia basado en el método pilates en personas mayores.
Objetivos: Comprobar eficacia de un programa de fisioterapia basado en el método pilates.
Métodos: Estudio experimental longitudinal, con un sólo grupo. Un total de 20 sujetos mayores de 65 años diagnosticados de dolor lumbar crónico inespecífico. Se les realiza una intervención que consiste en una hora de Pilates, dos veces por semana durante 3 meses impartido por un fisioterapeuta. Se valora al inicio y al final del tratamiento las variables Escala Visual Analógica (EVA 0-10) para el dolor diurno, reposo y actividad y Índice de discapacidad por dolor lumbar de Oswestry.
Resultados: Se observa una mejoría estadísticamente significativa entre la valoración inicial y final de todas las variables.
Conclusiones: La aplicación de un tratamiento de fisioterapia basado en ejercicios de Pilates resulta eficaz para el dolor lumbar inespecífico crónico.

PC-089. FACTORES IMPLICADOS EN EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO: ANÁLISIS MULTIVARIANTE

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

Objetivos: Conocer, qué factores, considerados de riesgo para el estreñimiento, resultan ser variables independientes para el desarrollo de este síndrome.
Métodos: Desde septiembre de 2010 a abril de 2011 se realiza un estudio transversal en 150 pacientes de una Unidad de Agudos (104 M y 46 H), de edades comprendidas entre 70 y 103 años (edad media: 80.5), mediante una encuesta de 140 ítems valorando qué factores pueden influir en el desarrollo del estreñimiento. La encuesta se realiza mediante entrevista personal y exploración posterior por un mismo médico. Aspectos analizados: Situación funcional basal, estreñimiento según criterios de Roma III, alteraciones del suelo pélvico, polimedicación, cirugías previas (hemorroides, fisura anal, cáncer de recto) y maniobras para facilitar la defecación. Una vez analizados qué factores alcanzan significación estadística, utilizando el test de chi cuadrado, se realiza un análisis de regresión logística, para averiguar cuáles se comportan como variables independientes.
Resultados: El 50,7% de los pacientes cumplen Criterios de Roma III. Las variables con significación estadística como para ser consideradas factores de riesgo independientes para padecer estreñimiento, son: cirugía anorrectal (hemorroides, fisura anal, cáncer de recto), rectocele, multiparidad y estar en tratamiento con opioides, antiepilépticos o anticolinérgicos. ($p < 0,005$). En el subanálisis multivariable con aquellos fármacos que son factores de riesgo para el estreñimiento, se objetiva que los que toman opioides, tienen un riesgo 2,6 veces superior de padecer estreñimiento comparándolo con aquellos sin narcóticos. Aquellos que han sido sometidos a cirugía anorrectal hemorroides, fisura anal, cáncer de recto, tienen un riesgo 1,3 veces superior que en aquellos sin intervenciones. Aquellas mujeres con rectocele tienen un riesgo de padecer estreñimiento dos veces superior sobre aquellas que no lo presentan. Así mismo, la fuerza de asociación entre el estreñimiento y la multiparidad es de 1,3.
Conclusiones: Los fármacos, la multiparidad, el rectocele y la cirugía anorrectal (hemorroides, fisura anal, cáncer de recto) son variables que en nuestro estudio resultan factores de riesgo independientes para el desarrollo de estreñimiento. Ni la situación funcional basal, ni la existencia de deterioro cognitivo influyen de forma aislada en el desarrollo de esta patología, según nuestro estudio.

PC-090. USO DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA

L. Soriano Irigaray[1], J.A. López Morata[1], M.J. Martínez Zamora[1],
S. Barbero Espín[1], R. Bernal Berlanga[1], P.J. Moya Forcén[2]
y D. Carrasco López[1]
[1]Hospital Perpetuo Socorro. Cartagena. [2]Hospital General Universitario. Elche.

Objetivos: Los síntomas conductuales asociados a la demencia son altamente frecuentes en esta población. El tratamiento de elección de los trastornos de conducta asociados a la demencia son las medidas no farmacológicas. Sin embargo, a menudo éstas son insuficientes, y es necesario recurrir a un tipo de fármacos, os denominados antipsicóticos. El objetivo es describir el uso de fármacos antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia ingresados en un hospital de cuidados intermedios.
Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el cual, se examinaron y estudiaron las historias clínicas de los pacientes ancianos ingresados con diagnóstico de demencia y se analizó el uso de fármacos antipsicóticos en los mismos.
Resultados: Un total de 85 pacientes ingresados (34%) tenían diagnóstico de demencia (degenerativa primaria, vascular, secundaria a otras causas), con una distribución por sexos de: 36% hombres, 64% mujeres, de los cuales un 70% tenían prescrito al menos un fármaco antipsicótico. La media de edad fue de 84 años. El número medio de fármacos por paciente era de 1. En cuanto a la distribución de los fármacos utilizados, un 32% correspondían a los denominados fármacos antipsicóticos típicos y un 68% a los antipsicóticos atípicos. El mayor porcentaje de fármacos usados en estos pacientes correspondió a la quetiapina (54%), seguido de haloperidol (29%). El resto de fármacos usados fueron: risperidona (10%), tiaprida (4%), aripiprazol (4%) y otros (1%).
Conclusiones: En nuestro estudio hemos encontrado un prevalencia muy alta (70%) de utilización de fármacos antipsicóticos, porcentaje muy superior al observado por otros autores. La alta prevalencia de utilización de fármacos neurolépticos o antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia no está exento de producir efectos adversos, por lo que hay que ser muy riguroso el prescribir los mismos.

PC-091. FACTORES IMPLICADOS EN LA INCONTINENCIA ANAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO: ANÁLISIS MULTIVARIANTE

M. Vigara García, C. Verdejo Bravo, J. Cerdán Miguel,
C. Cerdán Santacruz, T. Ibarra Cayuela y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer qué factores, considerados de riesgo para la incontinencia anal (IA), se pueden identificar como variables independientes para el desarrollo de esta patología.
Métodos: Desde septiembre de 2010 a abril de 2011 se realiza un estudio transversal de 150 pacientes de una Unidad de Agudos (104 M y 46 H), de edades comprendidas entre 70 y 103 años (edad media: 80.5), mediante una encuesta de 140 ítems para valorar qué factores influyen en el desarrollo de la IA. La encuesta se realiza mediante entrevista personal y exploración posterior por un mismo médico. Aspectos analizados: Situación funcional basal, gravedad de la IA según la escala de Jorge-Wexner, alteraciones del suelo pélvico, polimedicación, radioterapia y cirugías previas (hemorroides, fisura anal, cáncer de recto). Tras analizar qué factores alcanzan significación estadística, utilizando el test de chi cuadrado, se realiza un análisis de regresión logística, para averiguar cuáles se comportan como variables independientes.
Resultados: Las variables con significación estadística suficiente para considerarse factores de riesgo independientes para padecer IA

son: un grado de dependencia severo, radioterapia pélvica, una o más episiotomías, intervenciones anorrectales (hemorroides, fisura anal, cáncer de recto) y deterioro cognitivo, comprobando que la OR aumenta con el grado de demencia según la escala GDS. Aquellas pacientes con una o más episiotomías tienen un riesgo 1,3 veces superior de padecer IA en comparación con pacientes sin este tipo de intervención. Pacientes con índice de Barthel inferior a 35 y los sometidos a cirugía anorrectal tienen un riesgo 3,3 y 1,9 veces superior respectivamente de sufrir IA en comparación con aquellos que son independientes o no han sido sometidos a cirugía. El riesgo de padecer IA en pacientes tratados con radioterapia pélvica prácticamente se duplica en comparación con aquellos que no han sido radiados.
Conclusiones: El grado de dependencia, deterioro cognitivo, radioterapia pélvica, la episiotomía y la cirugía anorrectal resultan ser factores de riesgo independientes para el desarrollo de IA. Ni los fármacos ni las alteraciones del suelo pélvico parecen influir de forma aislada en el desarrollo de esta patología según nuestro estudio.

PC-092. INTERVENCIÓN RESPIRATORIA EN EL ANCIANO CON DEBILIDAD GENERALIZADA: ESTUDIO COMPARATIVO

M.A. Cebrià i Iranzo[1], D. Sevilla Martínez[1], M.A. Tortosa Chuliá[2], C. Igual Camacho[1], L. López Bueno[1] y J.M. Tomás[3]
[1]Facultat de Fisioteràpia; [2]Facultat d'Economia; [3]Facultat de Psicologia. Universitat de València.

Introducción: La pérdida generalizada de masa y fuerza muscular asociada al envejecimiento (sarcopenia) puede ser causa de deterioro funcional y discapacidad. En este contexto, la función respiratoria puede verse comprometida, cuando al descenso fisiológico de la fuerza de la musculatura respiratoria (MR), se le suman la comorbilidad y la inmovilidad.
Objetivos: Comparar los efectos de dos programas de entrenamiento de la musculatura inspiratoria en el anciano institucionalizado con debilidad generalizada.
Métodos: Setenta ancianos (edad media 85 ± 7 años) con importante deterioro funcional y discapacidad, fueron asignados aleatoriamente a un grupo control (GC, n = 24) o uno de los dos grupos experimentales (grupo entrenado durante 6 semanas [6GE, n = 23] y grupo entrenado durante 8 semanas [8GE, n = 23]). La intervención se desarrolló entre 2009 y 2013. El 6GE entrenó con una frecuencia de 5 sesiones semanales, mientras que el 8GE lo hizo a 3 sesiones semanales. En ambos grupos se supervisó el entrenamiento mediante un dispositivo de carga umbral, el Threshold IMT, y se siguieron las indicaciones de la guía práctica publicada por Hill, K. et al. Arch Phys Med Rehab. 2010;91:1466-70. La presión inspiratoria máxima (PImax), la presión espiratoria máxima (PEmax) y la ventilación máxima voluntaria (MVV) fueron evaluadas antes y después de la intervención a fin de conocer la efectividad del entrenamiento.
Resultados: Sesenta y dos residentes completaron el estudio. Las características basales de los tres grupos estudiados no mostraron diferencias significativas. Los análisis estadísticos revelaron una mejora significativa en la PImax y la PEmax para el 8GE finalizado el programa de entrenamiento. El 6GE mostró una tendencia a la mejora de las tres variable, pero en este caso sin significación estadística entre los momentos temporales medidos.
Conclusiones: El programa de entrenamiento más largo (8GE) mostró una mejora mayor en la función de la musculatura respiratoria, con independencia del número de sesiones realizadas (30 vs 24). Posiblemente la debilidad generalizada del anciano es una característica a considerar en la programación de las intervenciones fisioterápicas, dado que puede tratarse de un factor limitante en la valoración de la efectividad de las mismas.

PC-093. PATRÓN DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN USO Y DESUSO EN HOGARES DE PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS

E. Rodríguez-García, A. Tena-Quílez, P. Modamio, C.F. Lastra, J.L. Segú y E.L. Mariño
Universitat de Barcelona.

Objetivos: Conocer el patrón de almacenamiento de medicamentos en uso y desuso en hogares de pacientes polimedicados mayores de 65 años, a fin de analizar la gestión y el uso racional de estos.
Métodos: Estudio transversal (julio 2012) en una muestra no probabilística. Los datos se obtuvieron en los hogares de pacientes, según criterios de inclusión/exclusión y previa información y consentimiento, mediante encuesta estructurada y registro detallado de todos los medicamentos (información socio-demográfica, condiciones de almacenamiento y hábitos de revisión, reutilización y reciclaje).
Resultados: Se visitaron 29 hogares (26 mujeres, 74,3 ± 6,1 de edad, 10 vivían solos y 6,3 ± 3,3 tratamientos crónicos/ usuario), contabilizándose un total de 1.070 envases (42,6% nuevos, 75% financiados, 653 medicamentos distintos), localizados entre 1 y 6 lugares distintos/ hogar. Los más representados fueron N02 (10,8%, n = 116), M01 (7,5%, n = 80), C03 (6,7%, n = 72), A02 (6,5%, n = 70), C09 (6,2%, n = 66), C10 (5,7%, n = 61) y N05 (4,2%, n = 45). El 9,5% (n = 102) se encontraba sin embalaje original y el 20,2% (n = 216) sin prospecto. Se desconocía posología e indicación para el 11,3% (n = 74) de medicamentos y el 27,4% (n = 179) se usó para automedicación. El 29,3% (n = 313) de envases estaban en desuso (24,5% nuevos; 10,7 ± 7,8 envases/ hogar), principalmente por resolución del episodio (61,9%, n = 176) y el 66,8% (n = 809) se guardaba para un posible uso futuro; suponiendo un coste de 863,5€uro. Se estimaron 119 envases extra acumulados, mayoritariamente por sobreprescripción/ sobredispensación (83,6%), sobretodo medicamentos financiados y con un coste de 669,2€uro. Aunque el 65,5% (n = 19) revisaba su botiquín, se consideró retirar 8,5 ± 5,9 envases/ hogar por caducidad, desuso y/o suponer riesgo. Aun conociendo SIGRE, el 24% (n = 7) de hogares tiraba medicamentos junto con los residuos domésticos y ninguno desechaba correctamente los envases vacíos.
Conclusiones: La gestión y revisión periódica de los botiquines caseros resultó ser un hábito poco establecido entre los más mayores, observándose una gran tendencia a acumular medicamentos; a veces, en localizaciones y/o condiciones de conservación inadecuadas y con un escaso conocimiento sobre ellos. El papel activo del farmacéutico puede contribuir muy positivamente a prevenir o evitar resultados negativos asociados a los medicamentos y a formar a los pacientes sobre su uso racional.

PC-094. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE UN SERVICIO DE GERIATRÍA HOSPITALARIO Y CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS

J. Gómez Pavón[1], M.A. Valle[1], M.V. Valverde Moyar[2], M.I. Vela[2], M. Sastre[3], J.J. Baztán Cortes[1] e I. Ruipérez Cantera[1]
[1]Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. [2]Residencia Gastón Baquero. Madrid. [3]Residencia de Torrelaguna. Madrid.

Objetivos: Evaluar los resultados preliminares de un programa de coordinación asistencial entre un servicio de geriatría hospitalario y dos centros residenciales públicos.
Métodos: Coordinación telefónica y fax entre centros residenciales (médico y JATA (Jefe de Área Técnico Asistencial) con el servicio de

Geriatría (geriatra consultor y trabajadora social coordinadora del programa), para la realización de ingresos hospitalarios directos desde la residencia y consultas externas tanto de geriatría como de otras especialidades. Se recogieron datos del periodo comprendido del 1-9-2013 al 25-10-2013 de dicha coordinación. Se evaluaron: el coste de farmacia evitado, mediante el análisis individualizado del coste del tratamiento previo y tras la intervención; el coste de atención en urgencias ahorrados y coste de desplazamientos en ambulancias evitados.
Resultados: Se realizaron 81 intervenciones sobre 44 pacientes (edad media 83,02 (7,38) años, 73% mujeres), 55% índice de Barthel < 20%, 70% demencia (CRM ≥ 2), petición de consulta 35 (43%) e ingreso hospitalario 46 (57%). Hubo una disminución en el número de fármacos (8,6 ± 3,4 vs 7,6 ± 3,2, p = 0,01) con 0,54€uro menos de coste por paciente/día, que estimado sobre los pacientes atendidos no fallecidos en el seguimiento anual (42 pacientes, 2 fallecidos) suponen 8.276€uro. Ingresos directos sin paso por la urgencia se estima un ahorro de 6.588€uro asumiendo el coste día de 122€uro de estancia en la urgencia del hospital de referencia. El gasto en ambulancias evitados se calcula en un total de 2.916€uro con un coste de media de 54€uro por ambulancia.
Conclusiones: El programa de coordinación puede contribuir a la optimización del coste farmacéutico así como del transporte e ingresos en urgencias.

PC-095. PREVALENCIA DE DISFAGIA Y MALNUTRICIÓN EN ANCIANOS INGRESADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA

S. Casas Rodríguez, V. Cabrejo, N. García, V. Isern Fernández, R. Godoy, C. Sala y L. Ferrer Ruscadella
Consorci Sanitari Integral. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Objetivos: La disfagia orofaríngea (DOF) es un problema infra-diagnosticado en población geriátrica que provoca problemas de desnutrición y de infecciones respiratorias. El objetivo fue estudiar la prevalencia de DOF y de desnutrición en población geriátrica ingresada en un hospital de agudos por infección respiratoria, y determinar su relación con el pronóstico clínico del paciente.
Métodos: Estudio prospectivo, transversal, de pacientes ≥ 75 años ingresados por infección respiratoria. Los diagnóstico de DOF y de malnutrición se establecieron mediante la aplicación del test MECV-V (método exploración clínica volumen – viscosidad) y del método de valoración nutricional de Chang.
Resultados: Se incluyeron 128 pacientes, 65 (50,8%) mujeres, con una edad media de 86,5 años y un índice de Barthel de 54,8 (DE 34,3). El 30,4% estaban institucionalizados. Se diagnosticó neumonía en 36 (28,1%), y la estancia media fue 9,4 días. Tras aplicar el test MECV-V, 116 (90,6%) presentaban DOF. El 53,5% presentaban alteraciones de seguridad y de eficacia, el 37,8% de seguridad y el 8,9% de eficacia. Los pacientes con DOF tendieron a presentar un peor estado funcional (índice de Barthel 52,7 vs 76,1, p = 0,05), y más complicaciones durante el ingreso (52,6 vs 25%, p = 0,07). El tomar fármacos con efecto depresor del SNC fue factor predictor de presentar DOF (45,5% vs 74,7%, p = 0,04), y la demencia de tener DOF de mayor grado (OR 3,4, IC95% 1,1-10,1; p = 0,03). Hubo 8 exitus (6,3%), todos del grupo con disfagia. De los 72 pacientes con valoración nutricional, 70 (97,2%) tenían algún tipo de malnutrición: 30 (42,9%) mixta, 30 (42,9%) calórica y 10 (14,3%) proteica. El IMC medio de los pacientes con disfagia fue de 25,7 (DE 6,7) y sin disfagia 28,6 (DE 6,8) (p = 0,2). De los 14 pacientes (17,7%) con un IMC < 20, 13 (92,9%) tenían DOF.
Conclusiones: La DOF y la malnutrición son muy prevalentes en los ancianos ingresados por infección de vías respiratorias bajas, en un hospital de agudos. Por este motivo, en el momento del ingreso, sería conveniente realizar, de forma rutinaria, una valoración clínica de DOF y del estado nutricional.

PC-096. FACTORES PRECIPITANTES DE TRASLADOS A URGENCIAS Y SU RELACIÓN CON EL REINGRESO HOSPITALARIO DESDE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INTERMEDIA Y REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

D. Colprim, X. Mallo, M. Rodó y M. Inzitari
Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

Objetivos: Determinar la frecuencia de los posibles factores precipitantes de traslados (FPT) no planificados y su relación con el reingreso hospitalario en un centro de atención intermedia y rehabilitación geriátrica.
Métodos: Estudio prospectivo de cohortes, de los pacientes ingresados en las unidades de atención intermedia (UAI) del Parc Sanitari Pere Virgili de Barcelona durante el año 2013. Se registró la frecuencia de FPT; estos se determinaron mediante herramientas de valoración cualitativas de los traslados utilizados en estudios de *Nursing Homes* americanas. Variable resultado: Reingreso hospitalario vs traslado a urgencias y regreso a la UAI.
Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 1.673 pacientes (edad promedio ± DE = 78,97 ± 10,58, 59,1% mujeres), presentando 261 traslados (incidencia: 15,60%, tasa: 3,26/1.000 días de estancia) de los cuales 156 (59,77% y 9,32% respectivamente) fueron a urgencias y regresaron a la UAI y 105 (40,22% y 6,27% respectivamente) reingresaron. Los principales FPT fueron: empeoramiento clínico pese a las medidas iniciadas (39,1%), alteración de los signos vitales (32,6%), alteración del nivel de consciencia (14,6%), alteración en las pruebas complementarias (13,8%), el paciente ha sufrido alguna lesión (8%), presión por parte de la familia (4,6%), el paciente prefiere o insiste en el traslado (1,5%), la planificación avanzada no se ha podido definir (0,8%). El análisis univariado de estos factores mostró que: el empeoramiento pese a las medidas iniciales [50 (32,1%) vs 44 (49,5%); p < 0,03] y la alteración de los signos vitales [41(26,3%) vs 44 (41,9%); p < 0,01] incrementaban el riesgo de reingreso en agudos consecuente al traslado. No se ha relacionado ningún FPT con el ir a urgencias y volver a la UAI.
Conclusiones: Nuestra incidencia de traslados es similar a estudios previos. Pacientes con alteraciones en los signos vitales o que empeoraron clínicamente pese a medidas iniciales tienen más riesgo de reingreso (posible indicador de traslado no evitable). Estos resultados podrían contribuir en establecer intervenciones dirigidas a reducir los traslados.

PC-097. EVALUACIÓN DE UN ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN CONDICIONES DE INESTABILIDAD EN PERSONAS MAYORES

C. Díez Rico[1], J. Gómez Pavón[2], J.M. Ávila Torres[3] y J.J. Montoya[4]
[1]Universidad Alfonso X El Sabio. Villanueva de la Cañada. [2]Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Observatorio de la Salud del Mayor. Madrid. [3]Concejalía de Salud. Observatorio de la Salud del Mayor. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada. [4]Fundación Universidad Alfonso X el Sabio. Madrid.

Objetivos: Evaluar la eficacia de un entrenamiento multicomponente en condiciones de inestabilidad en personas mayores, tanto en su implicación en condicionantes clínicos como en las capacidades físicas.
Métodos: 23 sujetos (15 mujeres y 8 hombres) de 76,17 (4,579) años (rango 68-85), voluntarios, residentes en Villanueva de la Cañada (Madrid, España), realizaron un entrenamiento multicomponente en condiciones de inestabilidad durante 3 meses, 2 días en semana. Antes y después de este entrenamiento se evaluó: equilibrio y marcha (test de Tinetti, test Time Up & Go –TUG-, Berg Balance Scale –BBS- y velocidad de la marcha en 6 metros), depresión (test de Yesavage), ansiedad (test de Hamilton), estado nutricional (Mini-Nutritional Assessment), percepción de la salud y la calidad de vida (EuroQol-5D), capacidad funcional aeróbica (VO_2max calculado a través de

prueba de esfuerzo submáxima, protocolo PWC 130), rango de movilidad articular y fuerza en patrones motores básicos de la vida diaria (tiempo de ejecución, velocidad media y potencia media en sentadilla y elevación de brazo).
Resultados: En marcha y equilibrio la significación entre los valores pre y post test fue p < 0,0001, siendo el porcentaje de mejora 7,21% en el test de Tinetti, 24% en el TUG, 8,14% en el BBS, 22,22% en la velocidad de la marcha. La depresión se redujo un 53,01% (p < 0,0001), los síntomas de ansiedad un 100% (p < 0,0001). La percepción de la calidad de vida según el cuestionario EuroQol-5D mejoró un 10,68% (p = 0,001). La eficacia de la intervención en el rango de movilidad articular, fue de un 44,34% en la extensión de cadera izquierda (p < 0,0001). El aumento del consumo de oxígeno fue de un 16,67% (p < 0,0001). Las mejoras en la fuerza, tanto en sentadilla como en elevación de brazo presentaron aumentos de hasta el 90,7% en la potencia media (p < 0,0001). La mejora de los parámetros fue independientemente del sexo, la edad, la realización o no de gimnasia de mantenimiento, la depresión o el dolor.
Conclusiones: El entrenamiento en condiciones de inestabilidad, programado desde un punto de vista multicomponente, mejora de forma integral la salud de las personas mayores.

PC-098. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA COHORTE TRANSVERSAL DE PACIENTES NONAGENARIOS NO INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDIO VILLANUEVA MAYORES

J. Gómez Pavón[1], L. Guzmán Mercedes[2], S. Jiménez Redondo[3], C. Cuadrado Vives[3], J.M. Ávila Torres[4] y E. Martín[4]
[1]Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Observatorio de la Salud del Mayor. Madrid. [2]Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. [3]Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. [4]Concejalía de Salud. Observatorio de la Salud del Mayor. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada.

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores de 90 años y sus diferencias con respecto a grupos más jóvenes.
Métodos: Estudio transversal, de cohorte poblacional de personas de edad ≥ 70 años, no institucionalizados e inscritos en el municipio de Villanueva de la Cañada, Madrid (estudio Villanueva Mayores). Del padrón municipal se excluyen los no localizados, aquellos que rechazaron participar y demencia moderada-severa. Muestra a estudio de 232 (59% mujeres, edad media 80,76 (6,86) años, rango de 70 a 102 años). Tres grupos a estudio: 70-79 años, 80-89 años, y ≥ 90 años. Se analiza calidad de vida relacionada con la salud mediante EuroQol5D. Análisis con comparación de medias (t de Student), anova 1 factor y regresión lineal múltiple.
Resultados: EuroQol5D medio fue 8,83 ± 2,19 y tras análisis bivariante de las diferentes variables asociadas, el análisis multivariante mostró como factores asociados al EuroQol5D: edad (p = 0,006, coef de regresión Beta: -0,17; IC95% -0,08, -0,01);IB (p = 0,02; coef Beta: -0,13; IC95%: -0,03, -0,003), dolor (p < 0,001; coef Beta: 0,22; IC95%: 0,43, 1,26), MNA (p = 0,002; coef Beta: -0,18; IC95%: -0,29, -0,06), velocidad de la marcha (p < 0,001; coef Beta: 0,19; IC95%: 0,19, 0,36), y depresión (p < 0,001; coef Beta: 0,29; IC95%: 0,28, 0,62). Analizándolo por grupos de edad: Grupo 70-79 años: EuroQol5D se asoció a depresión (p < 0,001 coef Beta: 0,21; IC95%: 0,21, 0,71), velocidad de la marcha (p < 0,001 coef Beta: 0,38; IC95%: 0,21, 0,54) y dolor (p < 0,001 coef Beta: 0,24; IC95%: 0,46, 1,52). Grupo 80-89 años: depresión (p = 0,008 coef Beta: 0,35; IC95%: 0,12, 0,79), velocidad de la marcha (p = 0,003 coef Beta: 0,29; IC95%: 0,12, 0,55), y MNA (p = 0,21, coef Beta: -0,31; IC95% -0,49, -0,04). Grupo ≥ 90 años se asoció a depresión (p = 0,01 coef Beta: 0,29; IC95%: 0,31, 1,84), e IB (p = 0,03, coef Beta: -0,43; IC95% -0,09, -0,005).
Conclusiones: La autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud en nonagenarios no institucionalizados se asocia fundamentalmente con depresión y situación funcional, siendo la situación afectiva el factor común con los otros grupos de menor edad.

PC-099. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA COHORTE TRANSVERSAL DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: VILLANUEVA MAYORES

B. Cortés Hontoria[1], A. de Paz Marcos[1], I. Ramos de Pablo[1], G. Mateos Araque[1], J. Gómez Pavón[2] y J.M. Ávila Torres[3]
[1]Residencia Amma. Villanueva de la Cañada. [2]Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Observatorio de la Salud del Mayor. Madrid. [3]Observatorio de la Salud del Mayor. Concejalía de la Salud. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada.

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores institucionalizadas y los factores asociados.
Métodos: Estudio transversal, de todos los residentes de centro residencial del municipio de Villanueva de la Cañada, Madrid (estudio Villanueva Mayores), periodo 1 de marzo a 31 de Julio de 2013. De 103 se excluyen: incapacitados legalmente (30), rechazan participar (el propio individuo o familiar responsable) (17), demencias moderadas-graves (Pfeiffer ≥ 6-8 errores) y aquellos con graves problemas de comunicación (29). La muestra a estudio fue de 27 (89% mujeres, edad media 84,89 (8,31) años, rango de 65 a 97 años). Se analiza calidad de vida relacionada con la salud mediante EuroQol5D. Análisis univariado con test no paramétricos al no seguir normalidad de comparación de medias (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) y correlación lineal. Modelo de regresión lineal (introducir) en el estudio final de los factores asociados. Nivel de significación e intervalos de confianza del 95%.
Resultados: EuroQol5D medio fue 10,58 (2,77) y la media de su escala visual analógica (EQ-EVA) fue de 61,85% (19,56%). Análisis univariado: a) el EuroQold5D se relacionó con: depresión (p < 0,01), nº de fármacos (p = 0,002), nº de ingresos hospitalarios (p = 0,021), autopercepción de salud (p = 0,002), índice de Barthel (p < 0,001) y MNA-SF (p = 0,002); b) la EQ-EVA se relacionó con autopercepción de salud (p = 0,02), con índice de Barthel (p = 0,03) y MNA-SF (p = 0,001). En el análisis de regresión lineal los factores asociados con EuroQold5D fueron el índice de Barthel (p = 0,004; coef. de regresión Beta: -0,48; IC95%: -0,08, -0,02) y depresión (p = 0,01; coef. de regresión Beta: 0,35; IC95%: 0,34, 2,46); y en EQ-EVA ninguno de los factores estudiados conservó su independencia.
Conclusiones: La autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores institucionalizadas se asocia fundamentalmente con depresión y su situación funcional.

PC-100. APLICACIÓN DEL TENS EN ÚLCERAS

G. Mas Ramírez y S. Cerdán Marhuenda
Novaire. Elda.

Objetivos: Mejorar el confort y calidad de vida de la persona mayor, acelerando el proceso de curación de las lesiones. Prevenir o retrasar complicaciones mediante la combinación del tratamiento habitual con electroestimulación. Partiendo del beneficio que aporta el TENS en la vascularización de los tejidos, valorar la idoneidad de su uso en el tratamiento de las ulceras.
Métodos: El material utilizado ha sido el electroestimulador portátil, electrodos adhesivos y el material propio de la cura de enfermería. Aceptación por parte del paciente del tratamiento a aplicar. Planificación del tratamiento: cura habitual de la úlcera por enfermería. Aplicación de TENS por parte de fisioterapia dos veces al día con un intervalo de 6-8 horas entre sesiones. Los electrodos se colocan respetando la cura del siguiente modo: en zonas sin alteración de la sensibilidad un electrodo en posición proximal y uno en distal con

respecto a la herida, lo más cerca posible a los contornos de la lesión. Si existe alteración de la sensibilidad, ambos electrodos se colocan en posición proximal con respecto a la herida, en una zona con sensibilidad. Seguimiento y registro de la evolución de la herida. Seguimiento y registro de las actuaciones efectuadas por los profesionales implicados.
Resultados: De las 20 úlceras tratadas, obtuvieron evolución favorable 11 de las mismas. De la totalidad, 4 no hemos podido realizar seguimiento por fallecimiento del usuario o por negativa al tratamiento. Y del resto aunque no hemos visto una mejoría de la úlcera, no ha habido una evolución tórpida.
Conclusiones: Se observa que las úlceras vasculares son más susceptibles a presentar mejoría con la utilización de electroterapia. Se observa aumento de la vascularización favoreciendo la aparición de tejido de granulación. Concluimos que la elección de la corriente TENS es la óptima debido a que es apolar, por lo que no hay riesgo de producir quemaduras ni irritaciones de la piel perilesional.

PC-101. ¿SON LOS FÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN MAYORES VERDADERAMENTE INAPROPIADOS?

M. Vélez-Díaz-Pallarés, I. Lozano-Montoya, E. Delgado-Silveira, B. Montero-Errasquín y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Los criterios explícitos de valoración de la prescripción en mayores detectan la presencia de fármacos potencialmente inapropiados, pero estos medicamentos pueden ser adecuados en determinados pacientes o situaciones clínicas. Nuestro objetivo fue averiguar las causas por las que no se suspendieron medicamentos potencialmente inapropiados detectados con los criterios STOPP.
Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados durante 18 meses en la Unidad de Agudos de Geriatría de un hospital universitario. Se excluyeron los pacientes atendidos en cualquier nivel asistencial del Servicio de Geriatría el año anterior y los reingresos. Todos los tratamientos al ingreso fueron analizados por un farmacéutico experto usando los criterios STOPP. Un geriatra y un farmacéutico revisaron tras el alta hospitalaria si se habían retirado los medicamentos potencialmente inapropiados y, cuando no fue así, los motivos de mantenimiento de dichos fármacos. Se clasificaron los motivos de no cumplimiento en las siguientes categorías: tratamiento paliativo, gran dependencia, priorización terapéutica (pacientes con dificultades para seguir tratamientos de pautas complejas o muchas tomas, o polimedicados), y causa no justificada.
Resultados: Se incluyeron un total de 388 pacientes (edad media 88,8 ± 6,0 años, 68,3% mujeres). El número de fármacos crónicos al ingreso fue de 8,0 ± 3,6 y al alta de 7,0 ± 3,3. Se detectaron un total de 317 fármacos inapropiados con los criterios STOPP (0,82 por paciente). Los más frecuentes fueron los STOPPA (aparato cardiovascular) (N = 98; 30,9%). 247 (87,0%) de las recomendaciones fueron aceptadas por el equipo médico, suspendiéndose los medicamentos potencialmente inapropiados. En 33 casos el paciente falleció antes de tomarse una decisión. En 37 casos (13%) la sugerencia de retirar el medicamento no fue aceptada siendo los motivos identificados los siguientes: 35 por priorización terapéutica (lorazepam n = 12, risperidona n = 5), 1 por cuidados paliativos y 1 por discapacidad grave. El lorazepam se mantuvo a dosis de 0,5 mg por la noche para el tratamiento del insomnio durante periodos cortos de tiempo. La risperidona se mantuvo en la dosis mínima eficaz en pacientes con alteraciones conductuales.
Conclusiones: Los medicamentos potencialmente inapropiados detectados con criterios objetivos se suspenden en su mayor parte. Cuando se mantienen, la principal razón es la priorización terapéutica.

PC-102. INFLUENCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS A LOS 3 MESES DEL ALTA

M.M. Vásquez Camacho[1], M. de la Puente Martín[1], A. Socorro García[1], J. Gómez Pavón[1], J.J. Baztán Cortés[1], F. Álvarez[2] e I. Ruipérez Cantera[1]
[1]Servicio de Geriatría; [2]Control de Gestión Analítica. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

Objetivos: Evaluar en pacientes institucionalizados los factores asociados a mortalidad temprana (menos de tres meses) tras el alta hospitalaria.
Métodos: Se recogieron datos de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), del 1-01-2009 al 31-12-2009, al ingreso y al alta según base de datos del servicio ampliada con datos de laboratorio y de unidad de gestión. La mortalidad fue recogida según registro del Índice Nacional de Defunción. Se comparan grupo institucionalizados con no institucionalizados. Finalmente en el grupo de pacientes institucionalizados supervivientes al alta hospitalaria se analizaron los factores asociados con mortalidad temprana (3 meses tras el alta). Análisis univariado con χ^2 y t de Student, seguido de multivariante con regresión logística binaria.
Resultados: De los 1.321 pacientes ingresados, 262 (20%) estaban previamente institucionalizados, y presentaban: mayor edad (88,1 (6,39) vs 86,54 (6,62) años, p = 0,001); con más frecuencia eran mujeres (73% vs 64%, p = 0,004); peor situación funcional (Índice de Barthel (IB) previo (33,60 (33,28) vs 63,50 (34,35), p < 0,001) y mental (Cruz Roja Mental Previa (2,46 (1,60) vs 1,46 (1,51), p < 0,001), mayor peso de GRD (2,34 (0,99) vs 2,15 (1,08), p = 0,008), y peor albúmina (3,09 (0,5) vs 3,32 (0,52), p < 0,001). No diferencias entre ambos grupos en mortalidad al alta (10% vs 10%), pero si tras los 3 meses del alta (24% vs 18%, p = 0,01), pero perdiendo dicha variable, institucionalización, su independencia en el análisis multivariante de mortalidad temprana. Analizando la cohorte de institucionalizados, los factores relacionados con mortalidad temprana en el análisis bivariante fueron: El peso de GRD (2,66 (1,16) vs 2,18 (0,92), p = 0,001), la situación funcional (IB alta 13,28 (21,53) vs 25,82 (28), p = 0,001) y mental al alta (CRM 3,38 (1,61) vs 2,38 (1,62), p = 0,002), y el porcentaje de pérdida funcional al alta (56,53 (44,21) vs 33,31 (35,71)%, p = 0,004). En el análisis multivariante únicamente se mantiene el peso del GRD (OR = 1,92, IC95% 1,10-3,34), p = 0,021), como factor de riesgo independiente.
Conclusiones: Tras un ingreso hospitalario, en pacientes institucionalizados, el peso del GRD que motivó el ingreso fue el único factor asociado de manera independiente a la mortalidad a los 3 meses del alta.

PC-103. ¿POR QUÉ NO SE INICIAN TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE INDICADOS EN PERSONAS MAYORES?

I. Lozano-Montoya, M. Vélez-Díaz-Pallarés, E. Delgado-Silveira, C. Sánchez-Castellano y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Muchas personas mayores no reciben medicamentos recomendados por la mejor evidencia disponible. Nuestro objetivo fue averiguar las causas por las que no se iniciaron tratamientos potencialmente indicados detectados con los criterios START en personas mayores hospitalizadas.
Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados durante 18 meses en la Unidad de Agudos de Geriatría de un hospital universitario. Se excluyeron los pacientes atendidos en cualquier nivel asistencial del Servicio de Geriatría el año anterior y los reingresos. Los tratamientos al ingreso fueron analizados por un farmacéutico experto usando los criterios START. Un equipo (geriatra-farmacéutico) revisó si se habían iniciado los medicamentos potencialmente indicados y, cuando no fue así, los motivos. Se clasificaron dichos motivos en: medicamento contraindicado/alergia, paciente en cuidados paliati-

vos, gran dependiente (Katz F-G), negativa-mal cumplimiento por el paciente, priorización terapéutica (pacientes con dificultades para seguir tratamientos de pautas complejas o muchas tomas, o polimedicados), alto riesgo de efectos adversos, tratamiento alternativo para la enfermedad (por ejemplo pacientes con diabetes avanzada sin metformina en tratamiento con insulina), tratamiento incompatible (por ejemplo un paciente anticoagulado diabético en el que no se introduce un antiagregante), y causa no justificada.
Resultados: Total: 388 pacientes (edad media 88,8 ± 6,0 años, 68,3% mujeres), con importante multimorbilidad (CIRSG: 2,5 ± 0,3) e importante dependencia (Katz F-G: 50,3%, Lawton ≤ 2: 78,0%, demencia grave con GDS 6-7: 34,6%). Se detectaron un total de 441 medicamentos que debían iniciarse según criterios START (1,37/paciente). 133 (33,5%) recomendaciones fueron seguidas. En 44 casos el paciente falleció antes de tomarse una decisión. 264 criterios START no fueron aceptados (E3 (calcio + vitaminaD) n = 55, F4 (estatina) n = 42, A6 (IECA) n = 32). Las principales causas para no seguir las recomendaciones fueron: 90 discapacidad grave, 38 uso de tratamiento alternativo eficaz y 32 alto riesgo de efectos secundarios graves.
Conclusiones: En esta población de edad muy avanzada y alta proporción de discapacidad física y mental, dos tercios de los pacientes no recibieron medicamentos potencialmente recomendados. Existieron en la mayoría de los casos razones clínicas para ello. Los criterios explícitos deben adaptarse a las características individuales de cada paciente.

PC-104. ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA-SUBAGUDOS

T. Méndez Siliuto, D. Muñoz García y M.H. Sureda Vidal
Hospital de la Santa Creu. Vic.

Objetivos: La incontinencia urinaria (IU) es prevalente en ancianos, pero con frecuencia se infravalora incluso en unidades de geriatría, por coexistir con otros problemas más urgentes o prioritarios (síndrome confusional, caídas...). Planteamos un estudio con el objetivo de evaluar la IU y las intervenciones generadas.
Métodos: estudio descriptivo retrospectivo, en pacientes ingresados en segundo semestre del 2013 a la Unidad de convalecencia-subagudos. Se registra situación funcional – cognitiva, motivo de ingreso. Análisis de la frecuencia de IU. Se han definido: IU crónica, IU aguda, factores relacionados incluyendo delirium, infecciones, fármacos, restricción movilidad y otros, tipo de IU: urgencia, esfuerzo, funcional, rebosamiento. Se revisa la intervención realizada.
Resultados: Ingresan 222 pacientes, edad media 80,75 años (DE 9,8), 60% mujeres. Barthel medio previo 77, al ingreso 35, demencia en 22% y depresión en el 23% de los casos. Motivos de ingreso más frecuentes: fractura de fémur (24,77%), infecciones (18,92%), insuficiencia cardíaca reagudizada e ictus. De los factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria la HTA, diabetes mellitus, EPOC e insuficiencia cardíaca crónica y partos en mujeres (78%) fueron los más frecuentes. Presentan incontinencia 104 pacientes (46,85%). La más frecuente la de urgencia, seguida de IU por rebosamiento e IU de esfuerzo, pero no consta el tipo en más del 50% de los casos. Incontinencia aguda en 63 pacientes. Se trata la IU aguda en 79% de los casos (tratamiento infección urinaria, de la enfermedad aguda y/o fármacos relacionados...). Recomendaciones no farmacológicas registradas en 5,7% de los casos. Tratamiento específico farmacológico de IU en 11 casos (tratamiento hipertrofia prostática en la mayoría de los casos, y neoplasia próstata en otros). Se deriva a especialista en 10 casos (urólogo por patología prostática excepto en un caso de IU en mujer, para estudio urodinámico y rehabilitación post- lesión medular reversible).
Conclusiones: Se confirma que la incontinencia urinaria es un síndrome frecuente, tanto la aguda como la crónica. Se observa infravaloración del diagnóstico y manejo de la IU crónica, especialmente en mujeres. Este estudio se sitúa en la primera fase de un plan de mejora en evaluación y tratamiento de este síndrome geriátrico.

PC-105. ANÁLISIS DEL DESTINO AL ALTA DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS-CENTENARIOS CON SEGUIMIENTO DE UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA (UFIS) DE GERIATRÍA

L. Montero Garrido, M. Camacho López, D. Lozano Moreno y B. Fontecha Gómez
Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: La UFISS de nuestro centro inició su actividad en el 2010 coincidiendo con su apertura. Como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población, se ha identificado un grupo poblacional con características específicas, los nonagenarios. Nos propusimos estudiar a los pacientes de edad ≥ 95 años.
Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de los pacientes dados de alta de UFISS entre el periodo 2011 a 2013. Las variables analizadas son: datos socio demográficos, procedencia, estado funcional (Barthel) al ingreso y al alta y destino al alta.
Resultados: En estos 3 años se han valorado 2.385 pacientes, de los cuales, 59 tenían una edad superior o igual a 95 años. La edad media ha sido: 96,61 años (DE ± 1,46) (rango 95-100). Un 77,96% son mujeres (46) y un 22,04% son hombres (13). Del grupo de estudio, 5 procedían de residencia geriátrica (8,47%) y 54 procedían de domicilio (91,53%). De los pacientes procedentes de residencia geriátrica, 4 se trasladaron a centro socio sanitario (CSS) por situación de últimos días y 1 fue exitus. De los 54 pacientes no institucionalizados, 7 (12,96%) fueron exitus durante el ingreso hospitalario, 5 (9,25%) fueron dados de alta a domicilio y todos ellos presentaban dependencia previa moderada o grave. Fueron derivados a centro sociosanitario 42 (77,77%) con menor nivel de dependencia previa, (p = 0,008). Siendo de estos últimos un 41% los que presentaban dependencia leve en domicilio y dependencia total al alta, un 13,94% dependencia moderada en domicilio y dependencia total al alta y un 16,06% dependencia severa en domicilio y dependencia total al alta.
Conclusiones: Los pacientes procedentes de domicilio que presentaban una dependencia moderada-grave previa al ingreso, retornan al alta a domicilio con mayor probabilidad que los pacientes que eran autónomos y/o con dependencia leve. Los pacientes procedentes de residencia geriátrica al alta hospitalaria han sido derivados a CSS por su complejidad de cuidados o fueron exitus durante el ingreso.
Agradecimientos: V. Villamajor; E. Cuadra; LL. Reig.

PC-106. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO EN UN CASO DE ROMBOENCEFALITIS POR *LISTERIA MONOCYTOGENES*

D. Lozano Moreno, M. Camacho López, L. Montero Garrido, B. Fontecha Gómez y L. Reig Puig
Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: El concepto de romboencefalitis alude a la localización exclusiva del proceso inflamatorio en la región del puente y del bulbo raquídeo. En general, es una enfermedad rara y grave, de difícil diagnóstico, que tiene predilección por infectar el sistema nervioso central.
Objetivos: Queremos exponer el caso de una paciente diagnosticada de romboencefalitis con afectación cerebelosa y de múltiples pares craneales, asociados a fiebre y a líquido cefalorraquídeo (LCR) inflamatorio que precisó un complejo plan de cuidados de enfermería.
Métodos: Revisión y descripción del caso clínico de una paciente de 59 años, con antecedentes patológicos: Exfumadora, HTA, DLP y rizartrosis. Acudió al Servicio de urgencias presentando: febrícula, parestesias en extremidades superiores y disartria (días antes había acudido a urgencias por parálisis facial periférica, siendo dada de alta con tratamiento corticoide). Hasta el ingreso la paciente era autóno-

ma para actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales. Laboralmente activa. Se decide realizar TAC (normal) y PL donde aparece proteinorraquia, orientándose el caso como encefalitis v/s sd. Guillain Barré. La paciente evoluciona con disminución del nivel de consciencia, diplopía, disartria, dismetría en extremidad inferior izquierda y disfagia. Tras el inicio del tratamiento antibiótico empírico, se solicitan hemocultivos y en uno de ellos aparece positivo para Listeria. El servicio de Neurología solicita RMN y se evidencia múltiples abscesos en tronco, cerebelo y médula cervical, compatible con el diagnóstico de romboencefalitis por Listeria.
Resultados: El Plan de cuidados individualizado del caso clínico descrito, nos ayudó a garantizar que la paciente no presentara ninguna complicación potencial (Ulceras por presión, broncoaspiración, Infecciones múltiples por catéteres...) y coordinación entre niveles asistenciales.
Conclusiones: La romboencefalitis genera en el paciente un alto grado de dependencia. Trabajar con un plan de cuidados de enfermería nos permite una monitorización del proceso así como un abordaje interdisciplinar favoreciendo una intervención terapéutica y de rehabilitación óptima. La paciente tuvo una evolución favorable, probablemente debido a la precocidad del diagnóstico y tratamiento, así como una recuperación casi completa gracias a la coordinación entre diferentes niveles asistenciales.

PC-107. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN INTEGRAL ENRIQUECIDA PARA ENFERMOS CON DEMENCIA: EL MODELO ICOT

A.I. Pérez-Wehbe, D. Quintana, N. Aguilar Zerpa, R.D.C. Bello Ponce, C. Espinosa Embestro y J. Trujillo
Sociosanitario Pino. Las Palmas de Gran Canaria.

Los tratamientos no farmacológicos en la demencia integrados en un contexto sociosanitario se caracterizan por el desarrollo de servicios interdisciplinarios en diferentes áreas como son la estimulación cognitiva, la rehabilitación funcional, la estimulación psicomotriz, la prevención de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia, etc. El modelo ICOT de Estimulación Integral Enriquecida se basa en el desarrollo de seis programas terapéuticos realizados simultáneamente cada 30 minutos. Los sujetos se trasladan por cada una de las seis áreas de tratamiento. Las áreas se dividen en dos áreas: 1º) cognición y AVD y 2º) consciencia y movimiento. En la primera área se realizan actividades de estimulación cognitiva basada en el modelo Montessori, mediante la aplicación informática SmarthBrain, estimulación funcional basada en el modelo de la ocupación humana y actividades de animación sociocultural. En la segunda área se desarrolla el área de rehabilitación mediante fisioterapia y un programa de mindfulness en movimiento con ejercicios de yoga e integración sensorial basada en mindfulness y prácticas de musicoterapia y relajación. Actualmente atendemos a 50 personas con deterioro cognitivo (12 con deterioro cognitivo leve, 21 con deterioro cognitivo moderado (GDS 4 y 5) y 13 con deterioro cognitivo grave (GDS 6 y 7)). Los enfermos son evaluados con un protocolo de evaluación integral mediante el CAMDEX-R y el SMMSE para los casos de deterioro cognitivo grave. También se administra el NPI para la evaluación de los SPCD. Durante tres años de seguimiento se ha observado una estabilidad cognitiva en los enfermos con deterioro cognitivo leve y moderado y una prevención de la aparición de trastornos psicopatológicos comórbidos. En los pacientes con deterioro cognitivo grave se observa una pérdida continuada de las capacidades cognitivas y funcionales, sin embargo se observa una disminución de los SPCD. Los resultados encontrados con la aplicación de nuestro modelo de trabajo, muestran como un programa de estimulación integral en el que transversalmente se estimula la atención sostenida tanto explícitamente, ejercicios específicos, como implícitamente, cambio de áreas terapéuticas, favorece la disminución de la psicopatología y el mantenimiento de las capacidades cognitivas y funcionales en fases preclínicos y leve moderadas de la demencia.

PC-108. FACTORES ASOCIADOS A LA MEJORA FUNCIONAL Y A LA EFICIENCIA DE LA REHABILITACIÓN TRAS UN ICTUS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN INTERMEDIA Y REHABILITACIÓN GERIÁTRICA DE CATALUÑA

L.M. Pérez Bazán[1], N. Torrents Sesé[1], A. Barrios Franquesa[1], L. Coll-Planas[2] y M. Inzitari[1]
[1]Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona. [2]Institut de l'Envelliment. Universitat Autònoma de Barcelona.

Objetivos: Describir y analizar los factores asociados a la evolución funcional favorable y a una mayor eficiencia rehabilitadora en los pacientes que ingresan en unidades de atención intermedia en Cataluña tras un ictus.
Métodos: Estudio de cohorte desarrollado en 10 Hospitales de atención intermedia de Cataluña durante el 2010. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años, procedentes de hospitales de agudos, que ingresaban para rehabilitación tras un ictus. Las características demográficas, clínicas (disfagia, nivel de consciencia, gravedad y tipo de ictus, úlceras por presión), antecedente de: diabetes, enfermedad cerebrovascular y dislipemia) y funcionales fueron analizadas en relación con la mejora funcional en actividades básicas de la vida diaria (ΔBarthe = Í. Barthel alta - Í. Barthel ingreso) y la eficiencia rehabilitadora (ΔBarthel/tiempo estancia hospitalaria). Para valorar la comorbilidad se utilizó el índice de Charlson, para la afectación neurológica la escala NIHSS (National Institute of Health) y para el nivel cognitivo la escala específica Rancho Los Amigos.
Resultados: Un total de 384 pacientes (edad media 79,06 ± 7,9 años, 50,8% mujeres) fueron incluidos. Se realizó un modelo de regresión lineal, donde encontramos que un mejor nivel cognitivo ($p = 0,004$),el inicio de rehabilitación en hospital de agudos ($p < 0,001$) y el antecedente de dislipemia ($p = 0,003$) se asociaron de manera independiente y positiva con la mejora funcional; en cambio, ser mujer ($p = 0,01$), un peor estado funcional al ingreso ($p < 0,001$), una mayor comorbilidad ($p < 0,001$), una afectación neurológica más grave ($p < 0,001$) y la presencia de úlceras por presión ($p = 0,023$) reducían la probabilidad de mejorar. Paralelamente, las variables asociadas con una mayor eficiencia rehabilitadora fueron: el mejor nivel cognitivo ($p < 0,001$) y el peor estado funcional al ingreso ($p < 0,001$); en cambio el ser mujer ($p = 0,04$), el antecedente de diabetes ($p = 0,027$) y la presencia de disfagia ($p = 0,033$) se asociaron a una menor eficiencia.
Conclusiones: Nuestro estudio destaca el papel de algunas variables clínicas y funcionales como posibles predictores de la recuperación funcional y eficiencia tras un evento cerebrovascular agudo. Seguir estudiando la capacidad de predecir la evolución de recuperación de los pacientes con ictus sería de gran ayuda en la toma de decisiones clínicas y la optimización de los recursos disponibles.

PC-109. MANEJO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DESHIDRATADO

A. dos Santos Martí, D. Torrijos Cuesta, M.J. Pociello Nadal, R.M. Hidalgo Piñol, D.I. Jordana Ariza y J. Farrero Mena
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos: Conocer los principales factores de riesgo de la deshidratación en el anciano, así como los principales signos y síntomas. Establecer intervenciones para detectar de manera precoz la deshidratación y evitar complicaciones.
Métodos: Revisión bibliográfica en bases de datos científicas (Pubmed, Cochrane, Cuiden,...) con las palabras clave anciano y deshidratación y su traducción al inglés.
Resultados: Identificar los síntomas de una deshidratación y descartar los de la deshidratación severa (espasmos musculares, taquicardia, pérdida de conocimiento, letargo e incluso coma, vómitos, pérdida de visión, dificultad para respirar y dolor en el pecho). Se ha elaborado un plan de cuidados estándar para actuar ante la deshidratación en el anciano. Las intervenciones recomendadas en esta guía

son las de mayor evidencia científica encontradas durante la búsqueda bibliográfica.
Conclusiones: La deshidratación constituye uno de los principales síndromes geriátricos. La pérdida de líquidos en el anciano depende de varios factores, como: temperatura del ambiente, ejercicio físico, toma de alcohol o diabetes, entre otros. Una manera adecuada de abordar este trastorno es conocer quiénes son aquellos ancianos que están en riesgo de padecerlo, atendiendo a medicación, trastornos neurológicos y/o gastrointestinales, deterioro cognitivo, etc. seguido de un manejo eficaz de las pautas. Es aconsejable que el personal sanitario a cargo de los pacientes geriátricos, sea consciente de la gravedad del trastorno, ya que en ocasiones aunque ellos no demanden agua (dificultad en el habla, confusión mental, demencia, etc.) no significa que no la necesiten.

PC-110. RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS Y LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES AFECTOS DE FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD ORTOGERIÁTRICA

M.T. Trullols Cardona[1], F.J. Afonso Argilés[1], G. Ramírez Rodriguez[2], A. Sicras Mainar[3] y S. Santaeugenia González[1]
[1]Centro Sociosanitario El Carme. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid. [3]Hospital Municipal de Badalona. Badalona Serveis Assistencials. Badalona.

Objetivos: Analizar la relación entre las complicaciones médico-quirúrgicas y la recuperación funcional de los pacientes intervenidos de fractura de cadera, tanto en el hospital de agudos como en un hospital de atención intermedia.
Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes con fractura de cadera ingresados en una Unidad de Ortogeriatría para recuperación funcional desde enero 2010 a diciembre 2013. Se recogieron variables sexo, edad, tipo de fractura (intra o extracapsular), índice de Charlson, Barthel modificado, Lawton previo; complicaciones médicas (anemia, delirium, alteraciones hidroelectrolítcas/metabólicas, infección urinaria, infección respiratoria, desnutrición, alteraciones cardiovasculares); complicaciones quirúrgicas (fractura inestable, infección de la herida quirúrgica, infección periprotésica, luxación prótesis, paresia ciático poplíteo externo); y las variables resultado (ganancia funcional, eficacia --índice de Montebello-, tipo de deambulación -FAC- y destino al alta). Se realizó un análisis bivariante y multivariante de las variables recogidas. Paquete estadístico SPSS19.
Resultados: Se estudiaron 121 pacientes (edad 81,4 ± 6,6 años, género femenino 76%). El 68% de las fracturas de cadera eran de localización extracapsular. La evaluación de ingreso mostró: Una media de 1,8 ± 1,5 enfermedades crónicas (Í. Charlson no modificado por la edad), Í. Barthel (previo 84 ± 20,4, ingreso 40 ± 17,2 y alta 73,8 ± 25,1). Las complicaciones médicas estaban presentes en el 91,7% de los pacientes y las quirúrgicas en 29,5% (media de complicaciones por paciente 2,9 ± 1,9); las más destacables: Anemia 66,9%, desnutrición 43% y delirium 36,4%. Resultados al alta: Ganancia funcional 33 ± 17,5; eficacia rehabilitadora (índice de Montebello) 0,78 ± 0, 6.
Conclusiones: Las complicaciones médicas que han mostrado una correlación estadísticamente significativa para una peor ganancia funcional han sido: Anemia (p 0,040), delirium (p 0,020), infección urinaria (p 0,005), infección respiratoria (p 0,000), desnutrición (p 0,008) y alteraciones cardiovasculares (p 0,030). Sin embargo, no hemos encontrado correlación entre ganancia funcional y complicaciones quirúrgicas. Se observa una elevada prevalencia de complicaciones médicas durante el postoperatorio de los pacientes con fractura de cadera, lo que hace evidente la necesidad de un mayor abordaje en el curso perioperatorio. El 86,7% de los pacientes recuperaron la capacidad para caminar (FAC ≥ 3). Se obtiene una elevada eficacia rehabilitadora.

PC-111. RELACIÓN ENTRE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES AFECTOS DE FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD ORTOGERIÁTRICA

M.T. Trullols Cardona[1], F.J. Afonso Argilés[1], G. Ramírez Rodríguez[2], A. Sicras Mainar[3] y S. Santaeugenia González[1]
[1]Centro Sociosanitario El Carme. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid. [3]Hospital Municipal de Badalona. Badalona Serveis Assistencials. Badalona.

Objetivos: Analizar la relación entre los síndromes geriátricos y la recuperación funcional de los pacientes que ingresan en una Unidad de Ortogeriatría por fractura de cadera.
Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes con fractura de cadera ingresados en una Unidad Ortogeriátrica de atención intermedia desde enero 2010 a diciembre 2013. Se recogieron variables sexo, edad, tipo de fractura (intra o extracapsular), índice de Charlson, Índice de Barthel modificado y Índice de Lawton; los síndromes geriátricos (inmovilidad, trastorno de la marcha y caídas, incontinencia, demencia, malnutrición, alteración sensorial, depresión/ansiedad/trastorno del sueño, polifarmacia y úlceras de decúbito); variables resultado (ganancia funcional, eficacia -índice de Montebello-, tipo de deambulación -FAC-, tiempo de estancia y destino al alta). Se realizó un análisis bivariante y multivariante de las variables recogidas. Paquete estadístico SPSS19.
Resultados: Se estudiaron 121 pacientes (edad 81,4 ± 6,6 años, género femenino 76%). La evaluación de ingreso mostró: Charlson no modificado por la edad 1,8 ± 1,5; Barthel (previo 84 ± 20,4, ingreso 40 ± 17,2 y alta 73,8 ± 25,1); Lawton 4,1 ± 3,1. Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron: Trastorno de la marcha y caídas 85,1%, polifarmacia 72,7%, alteración sensorial 68,6%, incontinencia 55,4%, demencia 46,3%; media de 4,85 ± 2,1 síndromes por paciente. Destino al alta: Domicilio 85,2%, institucionalización (larga estancia o residencia) 11,5%, hospital de agudos 1,6%. Al alta hemos evidenciado: Ganancia funcional 33 ± 17,5; eficacia rehabilitadora (Índice de Montebello) 0,78 ± 0,6; tiempo de estancia 71,43 ± 35,9 días (incluidos los pacientes en descarga).
Conclusiones: Los síndromes geriátricos que han mostrado una correlación estadísticamente significativa para una menor ganancia funcional han sido: inmovilidad (p 0,03), incontinencia (p 0,02), demencia (p 0,00), malnutrición (p 0,00) y úlceras de decúbito (p 0,03). La edad, Índice de Charlson, el número de síndromes geriátricos, el Lawton previo y el Barthel de alta se correlacionaron con una peor situación funcional, pero no con el tiempo de estancia. El 86,7% de los pacientes recuperaron la capacidad para caminar (FAC ≥ 3). El 85,2% de los pacientes fueron alta a domicilio. El resultado funcional conseguido no se correlaciona con la institucionalización.

PC-112. INTOXICACIÓN POR VITAMINA D COMO MOTIVO DE INGRESO EN EL OCTOGENARIO

L. Østerdal-Sandoval, M. Camps Ferrer, L. Campins Bernadàs, A.I. Llopis Calvo, S. Franquesa Alonso, E. Davi Loscos y M. Cabré Roure
Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: Evaluar la causa de la intoxicación por vitamina D en pacientes hospitalizados
Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes con una determinación de vitamina D superior a 100 ng/ml, que han ingresado en un hospital de segundo nivel durante los años 2012 y 2013. Se registraron variables demográficas (edad y sexo), analíticas (creatinina, aclaramiento creatinina, niveles de calcio, PTH, LDH GOT, GGT, GPT), también se recogió, la fecha de ingreso, motivo de ingreso e indicación del tratamiento con vitamina D.

Resultados: Se han detectado un total de 5 pacientes con niveles tóxicos de vitamina D (> 100 ng/ml) que han requerido hospitalización durante el periodo de estudio. La edad media fue de 85,8 años y el 60% (n = 3) eran hombres. Los valores medios de vitamina D hallados fueron de 293,5 ng/ml. En 3 de los 5 pacientes el motivo de ingreso hospitalario fue la hipercalcemia asociada a la intoxicación por vitamina D. En 4 de los 5 pacientes esta intoxicación fue de causa iatrogénica, y estaba relacionada con una prescripción de medicamentos con dosis de choque de vitamina D como tratamiento habitual y crónico del paciente. De los cuatro pacientes con intoxicación de causa iatrogénica, tres de ellos presentaron un hipoparatirodismo secundario. En todos los pacientes que presentaron valores de vitamina D tóxicos previamente tenían el diagnóstico de insuficiencia renal crónica.
Conclusiones: Los casos de intoxicación por vitamina D asociados a un mal uso en la administración y/o prescripción de preparados con altas dosis de vitamina D hace necesario recomendar precaución a los profesionales sanitarios cuando prescriban este medicamento, especialmente en ancianos y en pacientes con insuficiencia renal. También es necesario informar adecuadamente de la importancia de seguir la posología indicada. En determinados grupos de pacientes puede ser más seguro la prescripción de preparados de vitamina D asociados a calcio en lugar de altas dosis de vitamina D en dosis de choque. Sería necesaria una muestra más grande para atribuir alguna relación entre la insuficiencia renal y la intoxicación por vitamina D.

PC-113. SUPERVIVENCIA A LOS 10 AÑOS DE UNA COHORTE DE ANCIANOS SIN DISCAPACIDAD

T. Méndez Siliuto[1], A. Arnau Bartés[2], M. Serrarols Soldevila[3], A. Bartés Tubau[3] y J. Espaulella Panicot[4]
[1]Hospital de la Santa Creu. Vic. [2]Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Fundació Privada. Manresa. [3]EAP Vic Sud. Vic. [4]Hospital Santa Creu. Consorci Hospitalari de Vic.

Objetivos: Estimar la supervivencia a 10 años e identificar los factores de riesgo de mortalidad a largo plazo en personas mayores sin dependencia previa grave y describir el estado funcional.
Métodos: Estudio de cohortes prospectivo (n = 315) de una muestra de ancianos de 75 o más años sin dependencia grave (Índice de Barthel ≤ 20) con seguimiento a los 10 años de una evaluación geriátrica basal. Se evaluó el estado funcional de las extremidades inferiores (EEII) mediante el test de ejecución de Guralnik, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) con el Índice de Lawton (IL) y las ABVD con el Índice de Barthel (IB). Se empleó el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y el test del log-rank para identificar las variables asociadas a la mortalidad.
Resultados: La edad media fue de 81,9 años (DE 4,7) y el 60,6% eran hombres. De las 315 personas, 209 (66,3%) murieron durante el seguimiento. La probabilidad de estar vivo a los 5 y 10 años fue del 0,68% (IC95%: 0,62-0,73) y del 0,33 (IC95%: 0,27-0,38) respectivamente. La supervivencia a 10 años de los sujetos con un IB ≥ 90 fue de 0,37 frente a de los sujetos con un IB < 90 que fue del 0,07 (p < 0,001). La supervivencia de las personas con un IL = 5 fue de 0,46 respecto a las que tenían un IL < 5 que fue del 0,17 (p < 0,001). La supervivencia de las personas con una puntuación ≥ 7 en el test de Guralnik fue de 0,37 respecto a las que obtuvieron una puntuación < 7 que fue del 0,23 (p < 0,001). El sexo masculino, la edad, el recibir ayuda domiciliaria, la polifarmacia, la sospecha de deterioro cognitivo, la agudeza visual y la agudeza auditiva también se asociaron a una peor supervivencia. El IB actual del 51% de los supervivientes a los 10 años fue de 80,3 (DE 25,5).
Conclusiones: Se constata que la supervivencia a los 10 años para una cohorte de ancianos sin discapacidad es del 33%. La funcionalidad medida con diferentes instrumentos está asociada a la supervivencia. Se confirma le heterogeneidad de la población anciana.

PC-114. PERFIL GENERAL DE LAS DEMENCIAS EN NUESTRA UNIDAD GERIÁTRICA DE PROGRAMA DE ATENCIÓN A DOMICILIO EQUIPO DE SOPORTE (PADES)

N. Albiol Tomàs, E. Martínez Almazán, J. Miralles Subirats, M. Gas Mola y R. Padilla Clemente
Complex Assistencial de la Santa Creu. Tortosa.

Introducción: Las demencias con síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) son el principal motivo de consulta a nuestro servicio de PADES, siendo nuestra misión su valoración y tratamiento en domicilio.
Objetivos: Descripción del perfil general de las demencias valoradas en nuestra Unidad de PADES.
Métodos: Estudio transversal. Se incluyen todos los pacientes con demencia valorados en PADES de nuestro Servicio de Geriatría entre febrero de 2013 y febrero de 2014. Se recogen datos de edad, situación funcional al ingreso (índice de Barthel-IB-), comorbilidad (índice de Charlson abreviado-IC-), presencia de SPCD y mortalidad de los pacientes en seguimiento. Se clasifican los pacientes con demencia en tres grupos: demencia no estudiada (DNE), demencia estudiada con tratamiento específico (DECTE) y demencia estudiada sin tratamiento específico (DESTE). En cada grupo se especifica el tipo de demencia según su perfil clínico (Alzheimer, vascular...) y el estadio mediante la escala GDS (Geriatric Dementia Scale). Para el análisis estadístico se utilizó el test chi-cuadrado y el análisis de la varianza. SPSS 17.0.1.
Resultados: n = 244. Edad media 83,74 ± 6,812. 64,75% mujeres. IB medio 29,30 ± 27,44. IC medio de 2,01 ± 1,11. Principales comorbilidades: Enfermedad vascular cerebral (25%), DM-2 (25%) y cardiopatía isquémica (23%). El 73,8% de pacientes presentaban SPCD (afectivos 29,9%, psicóticos 43,3%, conductuales 51,6%). Grupo DNE: n = 82, IB medio 34,28 ± 29,77, IC medio de 2,17 ± 1,24, GDS medio 6,14, perfil clínico más frecuente: 50% tipo Alzheimer (DTA), 36,58% mixta (DMx). Exitus 17. Grupo DECTE: n = 84, IB medio 28,98 ± 25,80, IC medio 1,81 ± 0,99, GDS medio 6,42. Perfil clínico más frecuente: 40,47% DTA, 19,04% DV y 16,6% DMx. Exitus 10. Grupo DESTE: n = 78, IB 23,77 ± 25,56, IC medio 2,06 ± 1,06, GDS medio 6,55. Perfil clínico más frecuente: 78,20% DTA y 11,53% DMx. Exitus 14. No hubo diferencias estadísticamente significativas en comorbilidad, situación funcional, mortalidad ni el la presencia de SPCD entre los tres grupos.
Conclusiones: Estamos delante de una población con moderada comorbilidad, dependencia funcional importante, elevada prevalencia de SPCD y con demencia avanzada siendo la DTA la más prevalente.

PC-115. PERFIL DE LAS DEMENCIAS NO ESTUDIADAS DE NUESTRA UNIDAD GERIÁTRICA DE PROGRAMA DE ATENCIÓN A DOMICILIO EQUIPO DE SOPORTE (PADES) E INTERVENCIONES REALIZADAS SOBRE ESTAS

R. Padilla Clemente[1], N. Albiol Tomàs[2], M. Gas Mola[2], E. Martínez Almazán[2] y J. Miralles Subirats[2]
[1]Complex Asistencial de la Santa Creu. Tortosa. [2]Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Introducción: El perfil del paciente derivado a PADES suele ser aquel con importante dependencia funcional y con demencia, frecuentemente no estudiada. A pesar de esto, en ocasiones presentan buena situación funcional por lo que se plantea el estudio de la demencia.
Métodos: Estudio transversal. Se incluyen todos los pacientes con demencias no estudiadas (DNE) valoradas en PADES de nuestro Servicio de Geriatría entre febrero de 2013 y febrero de 2014.Se recogen datos de edad, situación funcional al ingreso (índice de Barthel-IB-), comorbilidad (índice de Charlson abreviado-IC-), perfil clínico de demencia (degenerativa, mixta...) y su estadio mediante la escala GDS-FAST (Geriatric Dementia Scale–Functional Assessment Staging).

Se registraron las intervenciones sobre el grupo de DNE: derivación para estudio versus no estudio. En este último grupo se especifica el motivo de no estudio. Para el análisis estadístico se utilizó el test chi-cuadrado y el test de la varianza. SPSS 17.0.1.
Resultados: De 244 demencias valoradas 82 fueron DNE (33,60%) con edad media 86,82 ± 6,19, IB medio 34,28 ± 29,77, IC medio 2,17 ± 1,24 y principales comorbilidades: enfermedad cerebrovascular 28% y cardiopatía isquémica 28%. Perfil clínico más frecuente: 50% demencia tipo Alzheimer y 36,58% perfil mixto. GDS medio 6,14. De las 82 DNE, 21 pacientes fueron derivados para estudio (17 consulta externa Geriatría, 3 Hospital de Día y 1 Neurología): IB medio 74,52 ± 14,65 y el 76,19% de estos pacientes estaban en GDS- FAST de 5, 6A y 6B. De las 82 DNE, 61 pacientes no se planteó estudio: IB medio 20,89, el 88,71% de estos pacientes estaban en GDS-FAST entre 6D y 7F y los principales motivos de no estudio: enfermedad evolucionada (47,54%) y dificultad para realización del estudio por situación funcional no debida a la demencia (45,90%). Resulta significativa la diferencia entre IB de los pacientes derivados para estudio versus los no derivados ($p < 0,001$).
Conclusiones: Existe un grupo importante de pacientes con DNE. De este grupo hay una cohorte con mejor situación funcional y cognitiva que se derivan para estudio y otra con mayor dependencia funcional, que coincide con peor situación cognitiva, y en la que no se planteó el estudio de demencia.

PC-116. ALADDIN (AAL-20008-1-061). PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA PACIENTES CON DEMENCIA EN EL DOMICILIO. PAPEL DEL CUIDADOR

I. Fort Almiñana, M.J. Ciudad Mas, J.R. Llopart López, M. Oliveras Botey e I. Sáez Aguayo
Badalona Serveis Assistencials. Badalona.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar el papel del cuidador en el proyecto europeo ALADDIN, creado para dar soporte en domicilio al paciente anciano con demencia y a su cuidador y basado en la utilización de una plataforma tecnológica específica que incluía un software y dispositivos médicos que permitían la monitorización del paciente en domicilio
Métodos: La prueba piloto española se realizó en Badalona, duró 6 meses. Se instaló la plataforma en el domicilio de 10 pacientes con demencia, que se controlaban en la Unidad de demencias. Los criterios de inclusión para los pacientes fueron: tener demencia, MMSE> 9 I. Barthel > 35 y tener cuidador. El único criterio de inclusión para el cuidador fue que este fuera capaz de utilizar la plataforma. Todos los cuidadores realizaron las mismas entrevistas, igual entrenamiento, igual criterio para planificación de tareas e igual número de visitas al domicilio. Todos se consideraron aptos para la prueba por parte del equipo investigador. La colaboración de los cuidadores se analizó teniendo en cuenta el grado de participación y cumplimiento de las tareas y la opinión del equipo investigador.
Resultados: Pacientes: Nº 10, media edad 84,9 años, media años escolaridad 3,4, media MMSE 20,2, media Barthel 83,5, 60% E. Alzheimer, 30% D. vascular y 10% D. mixta. Ningún paciente tenía experiencia previa en el uso de ordenadores. Cuidadores: 60% hijas, 50% no trabajaba, edad media 57,2 años, media escolaridad 10,6 años. Media Zarit 33. 90% de cuidadores tenían experiencia en el uso de ordenadores. El cumplimiento global de tareas asignadas fue 39,5% (0-79,50%). Según la opinión del equipo investigador 2 cuidadores no colaboraron, 3 cuidadores solo lo hicieron los primeros meses y el resto colaboraron hasta el final. Al analizar los resultados, solo se pudo asociar la colaboración del cuidador al hecho de que este fuera hija y no trabajara.
Conclusiones: Exceso de tareas asignadas. El ser hija y no trabajar se asoció a mejor colaboración. Insuficiente porcentaje de cuidadores colaboradores. Es necesario seleccionar adecuadamente a los cuidadores para detectar precozmente problemas de colaboración.

PC-117. CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE POST-AGUDOS DEL PARC SALUT MAR

C. Udina Argilaga[1], E. Casanovas Atienza[1], M. Galindo Barrué[2], J.M. Muniesa Portolés[2], O. Vázquez Ibar[1] y M.D. Sánchez Rodríguez[1]
[1]Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital de l'Esperança. Barcelona.

Objetivos: La Unidad de Post-Agudos es un nivel asistencial de sociosanitario para ancianos procedentes de unidades de agudos hospitalarias. El objetivo del ingreso es rehabilitador; presentan proceso diagnóstico completado, precisan finalización de tratamiento médico y/o curas de Enfermería, con previsible reinserción comunitaria tras estancia en torno a dos semanas. Por el tipo de organización, proceden del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación o bien de otros servicios (previa valoración por equipo multidisciplinar). El objetivo del trabajo es analizar si ambas procedencias cumplen los estándares de calidad propuestos por Pla Salut 2011-2015 y bibliografía.
Métodos: Descriptivo prospectivo de cohorte de 128 ingresados [Abril-Diciembre 2013]. Comparación de resultados en ambos grupos ("Rehabilitación" versus "Otras procedencias") respecto estándares de Media Estancia [estancia < 35 días, mejoría de la capacidad funcional (Ganancia: > 20 adecuada, > 35 excelente; Eficiencia: actividad moderada > 0,5, intensa > 1; Heinemann corregido: > 35% adecuado, > 50% excelente), retorno domiciliario > 70%, institucionalización < 20%, mortalidad < 5%] y Post-Agudos (procedencia hospitalaria 100%, estancia < 14 días, altas domiciliarias 70-80%, destino: urgencias < 10%, sociosanitario < = 10%, mortalidad < 10%).
Resultados: El grupo "Rehabilitación" cumplía estándares de Media Estancia [estancia 14,2 ± 4,6 días; Ganancia 27,2 ± 12,7; Eficiencia 2 ± 1; Heinemann corregido 74,6%; destino (domicilio 91,4%; residencia 0%; urgencias 2,8%; mortalidad 0%] y Post-Agudos [estancia 14,2 ± 4,6 días; procedencia hospitalaria 100%; destino (domicilio 91,4%; urgencias 1,4%; sociosanitario 5,7%; mortalidad 0%)]. El grupo "Otras procedencias", superaba estándares de Media Estancia [estancia 15,2 ± 5,6 días; Ganancia 32,4 ± 14,8; Eficiencia 2,3 ± 1,5; Heinemann corregido 73,3%; destino (residencia 8,6%; urgencias 10,3%; mortalidad 1,7%) y Post-Agudos [procedencia agudos 100, destino (urgencias 5,5%; mortalidad 0,8%)] con estancia prolongada (15,2 ± 5,6 días), pero sin lograr retorno domiciliario (62,1%) propuesto, pues precisaban más derivaciones a sociosanitario (11%).
Conclusiones: Existen dos grupos de pacientes en Post-Agudos; ambos se benefician del tratamiento integral. El total cumplimiento de los estándares de calidad por el grupo procedente de Rehabilitación evidencia una adecuada selección de pacientes. En el grupo de otras procedencias, lograr una mejoría en el porcentaje de retorno a domicilio y la estancia media es uno de nuestros retos.

PC-118. DOS PERFILES DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE POST-AGUDOS DEL PARC SALUT MAR

C. Udina Argilaga, R. Ruiz Chacón, E. Casanovas Atienza, J. Leal Preciado, O. Vázquez Ibar y M.D. Sánchez Rodríguez
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Post-Agudos es un nivel asistencial sociosanitario con objetivo principalmente rehabilitador. Los pacientes presentan el proceso diagnóstico completado, precisan finalización de tratamiento médico y/o curas Enfermería, con reinserción comunitaria tras estancia prevista de dos semanas. Ingresan procedentes del Servicio de Rehabilitación, tras reunión semanal con geriatra responsable de Post-Agudos; los procedentes de otros servicios, tras valoración mediante interconsulta por equipo interdisciplinar. El objetivo del trabajo es describir características de ambos grupos de pacientes según procedencia.
Métodos: Descriptivo de las características demográficas de cohorte de ingresados (N = 128) en Post-Agudos [abril-diciembre 2013] según procedencia ("Rehabilitación versus "Otras Procedencias"). Valo-

rados: edad, sexo, Lawton, Barthel (previo, ingreso, alta), comorbilidad (Charlson); Mini-Mental de Folstein abreviado (MMSE); destino (domicilio, Convalecencia, Larga Estancia, institucionalización, traslado, exitus).
Resultados: Los procedentes de Rehabilitación tenían 72,6 ± 10 años (74,3% mujeres). Correcta situación funcional [Lawton 6,36 ± 2,2; Barthel (previo 94,7 ± 9,1, ingreso 56,6 ± 16,4, alta 82,4 ± 16,2)] y cognitiva (MMSE 19,4 ± 2,3), con comorbilidad leve-moderada (Charlson 1,5 ± 1,7). Al alta, 91,4% retornaron a domicilio, se realizaron 8,5% traslados urgentes, 0% institucionalización y 0% exitus. Los de otros servicios, tenían 84 ± 7,1 años (63,8% mujeres). Situación funcional [Lawton 2,83 ± 2,9; Barthel (previo 73,36 ± 24,1, ingreso 28,9 ± 19,6, alta 55,68 ± 28,8)] y cognitiva (MMSE 13,4 ± 5,8) limitada, con elevada comorbilidad (Charlson 3,7 ± 1,9). Retorno domiciliario 62,1%, 15,5% Convalecencia, 1,7% Larga Estancia, 10,3% traslados urgentes, 7,6% institucionalización y 1,7% fallecieron.
Conclusiones: Los pacientes procedentes de Rehabilitación eran más jóvenes, con menor deterioro cognitivo y comorbilidad, menos dependientes para actividades básicas e instrumentales de vida diaria previamente, al ingreso y al alta. Las características de los pacientes con "Otras Procedencias" implicaban mayor dificultad para retorno a domicilio con mayor tasa de traslados y exitus.

PC-119. PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPIADA Y *OFF-LABEL* EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

A. Montero Leno[1], B. Pascual Arce[1], M. Blanca Tamayo[1], G. Porta[2] y A. Sicras Maynar[1]
[1]Hospital Municipal de Badalona. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. [2]Centro Sociosanitario El Carme. Badalona Serveis Assistencials. Badalona.

Objetivos: Los tratamientos con psicofármacos solos o en combinación en pacientes frágiles son frecuentes en los centros sociosanitarios, pese al peligro que representan de aparición de reacciones adversas. Nuestro estudio evalúa la prevalencia de la prescripción de psicofármacos seleccionados en 2012 y 2014, su utilización fuera de ficha técnica (off-label) y su prescripción potencialmente inadecuada según criterios Start-Stopp.
Métodos: Se realizan 2 cortes, uno en 2012 y otro en 2014 registrando la prescripción de antipsicóticos, benzodiacepinas y similares, además de antidepresivos sedantes (trazodona y mirtazapina), de todos los residentes del centro. Se recoge la información demográfica y clínica de los aplicativos de historia clínica y prescripción electrónica: edad, sexo, unidad clínica, indicación del tratamiento, psicofármaco y dosis. Se comparan las diferencias de prescripción en los dos cortes mediante un análisis estadístico multivariante ANOVA y chicuadrado.
Resultados: 217 pacientes (62% mujeres) tienen prescripción de al menos uno de los fármacos estudiados (74,6% del total de los pacientes ingresados; 80,1% en 2012 y 70,3% en 2014); La edad media es de 78 ± 12 años y mediana de 81 ± 6 años (min. 32, máx. 100). Se observan ligeras diferencias entre ambos cortes, con una tendencia a la disminución de la prescripción de psicofármacos, especialmente trazodona (17,3% vs 8,8%). Las prescripciones potencialmente inadecuadas más prevalentes son: las asociaciones de benzodiazepinas (10,1%, de los pacientes, el 82,0% medicación habitual en domicilio), principalmente en la unidad de curas paliativas (21,2% vs 6,7% en el resto), la utilización a largo plazo de neurolépticos sedantes y benzodiazepinas (72,3%), y la prescripción off-label de quetiapina (18,5%) como hipnótico o ansiolítico en pacientes sin patología psicótica asociada y trazodona (6,0%) como hipnótico. En el 84,6% de los pacientes no aparece la indicación del fármaco en la historia clínica.
Conclusiones: La comparativa de los dos cortes muestra una disminución de la prescripción de psicofármacos sin significación estadística. Elevado uso a largo plazo de hipnóticos/ansiolíticos en esta población, tanto institucionalizada como en el domicilio y asociaciones de benzodiazepinas especialmente en cuidados paliativos. Utilización de quetiapina y trazodona sin indicación aprobada en ficha técnica.

PC-120. SOPORTE GERIÁTRICO A UN SERVICIO HOSPITALARIO DE CIRUGÍA GENERAL

C. Vázquez Roa, F. Alzaga Fernández, I. Crespo Núñez, J.A. Martos Gutiérrez y R. Cristófol Allué
Hospital de Mataró.

Objetivos: Mostrar los resultados de la intervención de la UFISS-geriatría en un servicio de cirugía. Tratamiento de complicaciones de los pacientes frágiles, ingresados en el servicio de cirugía. Coordinar el recurso al alta hospitalaria.
Métodos: Hemos realizado un análisis descriptivo de los pacientes atendidos por la UFISS-geriatría (interviene a demanda del personal médico o enfermería) en el servicio de cirugía durante el año 2013. Atención centrada en pacientes ancianos (edad > 80 a.), que presenten durante el ingreso: complicaciones clínicas, delirium, o deterioro funcional. Se realiza una revisión de la historia clínica y exploraciones complementarias realizadas, valoración geriátrica integral con identificación de los problemas y de síndromes geriátricos, exploración física, ajuste del tratamiento y valoración de la necesidad de traslado a convalecencia, unidad de larga estancia, unidad geriátrica de agudos o derivación al hospital de día-geriatría para su seguimiento evolutivo.
Resultados: Número de pacientes: 81 (43 hombres-38 mujeres). Edad media: 84 a. Mayoritariamente proceden de domicilio (86.4%). Diagnósticos principales de ingreso: neoplasia, oclusión intestinal, colecistitis, abscesos, perforación. Barthel previo al ingreso: > 60: 61 pacientes (24 con Barthel 100), < 40: 15 pacientes (7 con Barthel < 20). Charlson superior a 3: 73%. Estado nutricional: proteínas totales: < 6: 50 pacientes. Albúmina < 3: 34 pacientes. En 51 pacientes (63%) no se realizó valoración por parte de nutricionista. Motivo de consulta: sd. confusional (20), insuficiencia respiratoria (14), insuficiencia cardiaca (9), insuficiencia renal (9), Situación paliativa (4). Tipo de intervención: manejo clínico y valoración de recurso al alta: 55; valoración de recurso al alta: 26. Destino al alta: convalecencia 44, larga estancia 1, domicilio 14, Residencia 5, exitus 10, Hospital de día-geriatría 5, Unidad geriátrica de agudos 2.
Conclusiones: La participación de la UFISS-geriatría en los pacientes ingresados en el servicio de cirugía ha mejorado la atención, colaborando en solucionar las complicaciones detectadas. El personal de cirugía valora de forma muy positiva nuestra participación, implicando un aumento progresivo de la demanda de interconsultas. Debemos aumentar las interconsultas a la nutricionista. Deberíamos poder valorar a todos los pacientes considerados frágiles, para detectar precozmente síndromes geriátricos, disminuir complicaciones/mortalidad y mejorar su recuperación funcional.

PC-121. VALORES DE SODIO AL INGRESO EN UNA UGA. ASOCIACIÓN CON ESTANCIA Y MORTALIDAD

C.P. Saavedra García, V.M. Reyes Reyes, A. Socorro García, B. Perdomo Ramírez, J. Gómez Pavón, P. López Pardo y J.J. Baztán Cortés
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar los valores de sodio al ingreso en una Unidad Geriátrica de Agudos UGA) y determinar su asociación con la estancia hospitalaria y la mortalidad.
Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes que ingresaron en durante 2009. Se categorizó a los pacientes en tres grupos según los

valores de sodio al ingreso (hiponatremia Na < 135, normonatremia Na 135-145, hipernatremia (Na> 145). Se analizaron variables al ingreso sociodemográficas (edad, sexo, convivencia), clínicas (I. Comorbilidad de Charlson) analíticas (albúmina, creatinina), funcionales (I. Barthel previo y perdida funcional al ingreso) y mentales (Escala Mental de Cruz Roja previo). Como variable resultado se analizaron la estancia hospitalaria y la mortalidad durante el ingreso y a los 3 meses del alta, según registro en el Índice Nacional de Defunciones del Ministerio de Sanidad.
Resultados: Se estudiaron 1274 pacientes, con una edad media de 86,6 años (DE: ± 6,7), 65,7% mujeres. Presentaban hiponatrenia el 19,9% e hipernatremia el 7,2%. No hubo diferencias en la edad ni el sexo entre los grupos. Los pacientes con hipernatremia tenían peor situación funcional y cognitiva al ingreso, mayor pérdida funcional, peor situación nutricional. Los pacientes con hiponatremia tenían mayor comorbilidad y peor función renal al ingreso. Los pacientes con hipernatremia fallecieron más durante el ingreso (Na> 145: 20,7%, Na 135-145: 8,3%, Na < 135: 10,7%) y a los tres meses (Na> 145: 38% Na 135-145:26,4%, Na < 135:27,7%). La estancia fue mayor en el grupo de hipernatremia (12,1 frente a 9,7 y 9,6 días en normonatremia e hiponatremia respectivamente). En el análisis multivariante la hipernatremia al ingreso se asoció con mortalidad a los tres meses (HR: 1,74, IC95% 1,22-2,49), perdiendo la significación cuando fue analizado por edad, sexo, situación funcional y mental, comorbilidad y parámetros nutricionales (HR: 1,19; IC95% 0,74-1,94). Los pacientes con hipernatremia presentaron mayor riesgo de prolongar su estancia hospitalaria en el análisis de regresión lineal (coeficiente beta: = 0,10, p = 0,002). No hubo diferencias significativas respecto a la estancia y la mortalidad en pacientes con hiponatremia.
Conclusiones: La hipernatremia al ingreso no es factor de riesgo independiente de mortalidad a los tres meses, pero aumenta la estancia hospitalaria de forma significativa en nuestra cohorte.

PC-122. REVERSIBILIDAD DE LA DISFAGIA DETECTADA DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO

S. Casas Rodríguez, V. Cabrejo, N. García, R. Manresa, C. Sabbagh, M. Fernández y M.D.M. Lluch Taragona
Consorci Sanitari Integral. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Objetivos: El diagnóstico de disfagia orofaríngea (DOF) en población geriátrica se establece, en muchas ocasiones, durante el ingreso por una patología aguda. El deterioro funcional que produce la propia enfermedad aguda puede favorecer la aparición de DOF. EL objetivo es comprobar si la DOF detectada en un paciente durante un ingreso es reversible al restablecerse completamente del deterioro provocado por la enfermedad aguda.
Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, de pacientes ≥ 75 años ingresados por infección respiratoria. El diagnóstico de DOF se estableció mediante el test MECV-V (método exploración clínica volumen–viscosidad) realizado durante el ingreso. La DOF se revaloró tras el alta hospitalaria.
Resultados: Se incluyeron 128 pacientes de los que 116 (90,6%) presentaba DOF, 37,6% alteraciones de la seguridad, 8,9% de la eficacia y 53,5% de ambas. El 34,2% toleraban textura pudding, 45,6% textura néctar y 20,2% toleraba líquidos; el 34,5% presentaba DOF a volúmenes bajos, 44,2% a volúmenes medios y 21,2% a volúmenes altos. De los 39 pacientes con DOF revalorados tras el alta, 29 (74,3%) mejoraron el resultado del test MECV-V: 11 (28,2%) revirtieron el resultado del test MECV-V y 18 (46,1%) mejoraron el grado de DOF, tolerando texturas más líquidas o volúmenes mayores.
Conclusiones: Sería conveniente repetir el test MECV-V en los pacientes ancianos que ingresan por infección respiratoria y se diagnostican de DOF, ante la posibilidad de que sea reversible.

PC-123. CARACTERÍSTICAS DE LOS NONAGENARIOS SUPERVIVIENTES TRAS 4 AÑOS DEL INGRESO HOSPITALARIO

M. de la Puente Martín, A. Socorro García, P. López Pardo, M. Vásquez, B. Perdomo Ramírez, J.J. Baztán Cortés e I. Ruipérez Cantera
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Describir las características diferenciales de los nonagenarios que sobreviven cuatro años después del ingreso hospitalario en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
Métodos: Estudio longitudinal de todos los pacientes ingresados por primera vez en el 2009 en la UGA del Hospital de la Cruz Roja de Madrid. Se estudiaron variables sociodemográficas (edad, sexo, convivencia), clínicas (Comorbilidad según Í. Charlson y parámetros analíticos al ingreso), situación funcional previa, al ingreso y al alta (CRF e Í. Barthel modificado), situación mental previa (CRM). Se estudió la mortalidad de los pacientes a los cuatro años, registrada en el Índice Nacional de Defunciones a fecha 1 de diciembre de 2013. De manera añadida se contactó telefónicamente con los pacientes supervivientes para conocer su situación funcional, mental y social. Se realizaron tablas de supervivencia de Kaplan-Meier por estratos de edad y se compararon características basales al ingreso y alta hospitalaria de los fallecidos y supervivientes en el seguimiento (t de Student para variables cuantitativas y χ^2 para comparación de variables categóricas).
Resultados: Ingresaron 1.151 pacientes, 370 de 90 y más años (32,1%). Durante el ingreso fallecieron 13,5% con una mediana de supervivencia posterior al alta de 392 días (rango intercuartílico 289-496). Al final del seguimiento vivían 41 pacientes (11,1%). La edad media de los supervivientes fue de 98,4 años, 85,4% eran mujeres, el 61% continuaban viviendo en su domicilio, 55% se movilizaba solo o con ayuda de una persona, el 52% no presentaba deterioro cognitivo y el 55% no había reingresado. Los supervivientes, al ingreso hospitalario presentaban mejor situación funcional, mental y nutricional, menor comorbilidad y menor pérdida funcional.
Conclusiones: Los pacientes nonagenarios que sobreviven más de cuatro años a un ingreso hospitalario presentan mejor situación clínica, funcional, mental y nutricional al ingreso, que aquellos que fallecen, y más de la mitad de estos pacientes mantienen una aceptable situación funcional y mental.

PC-124. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO Y AL AÑO DEL ALTA HOSPITALARIA EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

B. Perdomo Ramírez, P. López Pardo, F. Álvarez de Abajo, C.P. Saavedra García, J. Gómez Pavón, A. Socorro García y J.J. Baztán Cortés
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Analizar los principales diagnósticos de los pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y determinar la mortalidad al alta, a los 3 meses y al año del alta.
Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes que ingresaron en la UGA del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid durante 2009. El diagnóstico de ingreso se agrupó por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Se analizaron variables al ingreso sociodemográficas (edad, sexo, convivencia), clínicas (I. Comorbilidad de Charlson) analíticas (albúmina, cretatinina), funcionales (Í. Barthel-IB previo y al ingreso) y mentales (Escala Mental de Cruz Roja-CRM previo). Como variable resultado se analizó la mortalidad durante el ingreso y a los 3 meses y al año del alta, según registro en el Índice Nacional de Defunciones del Ministerio de Sanidad. El estudio fue aprobado por el CEIC del HULP.

Resultados: Se estudiaron 1.151 pacientes, con una edad media de 86,6 años (DE: ± 6,7), 66% mujeres. Los principales diagnósticos al ingreso fueron insuficiencia cardiaca (GRDs 87, 127, 544) 21,5%; neumonía (GRD 89, 90, 541) 16,6%; infección urinaria (GRD 320, 321, 569) 10,2%; ictus (GRD 14-17, 533) 9,8%; infección respiratoria (GRD 79, 540) 6% y BNCO (GRD 79, 88, 96-102, 540, 588) 5,7%. Los pacientes que ingresaban por Neumonía, Infección respiratoria e Infección urinaria, tenían una peor situación funcional y mental previa, peor estado nutricional al ingreso y procedían con más frecuencia de residencia. El 10% de los pacientes fallecieron al ingreso, el 25,5% a los 3 meses y el 42,2% al año. Los GRD con mayor mortalidad fueron la infección respiratoria (27,5%, 52,2% y 71% al alta, 3 meses y año) y neumonía (12,6, 31,4 y 48,7% respectivamente). Tras ajustar por edad, sexo, situación funcional y mental previa, comorbilidad, albúmina y pérdida funcional al ingreso en el Análisis de Regresión de Cox, este mayor riesgo de mortalidad se mantenía a los 3 meses para la infección respiratoria (HR = 2,00; IC95% = 1,07-3,74), pero no para la neumonía (HR = 1,45; IC95% = 0,92-2,27).
Conclusiones: En la muestra analizada el ingreso por infección respiratoria es el que presenta un mayor riesgo de muerte intrahospitalaria y a los tres meses independientemente de otros factores de riesgo asociados.

PC-125. EFICACIA FUNCIONAL DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN ANCIANOS FRÁGILES

F.J. Tarazona Santabalbina[1], P. Pérez Ros[2], M.C. Gómez Cabrera[3], A. Martínez Vila[2], M.C. Oltra Sanchis[2], I. Tormos Miñana[2] y A. Martínez Subirats[2]
[1]Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. [2]Universidad Católica de Valéncia San Vicente Mártir. Valencia. [3]Universitat de València.

Introducción: La incidencia de la fragilidad se incrementa con la edad, el diagnóstico precoz puede favorecer su reversibilidad.
Objetivos: Conocer la eficacia de un programa de intervención comunitaria en ancianos frágiles.
Métodos: Estudio de intervención, quasi experimental, de ámbito comunitario y con seguimiento de 6 meses. Criterios de inclusión: sujetos dad > 69 años, diagnóstico de fragilidad según criterios de Fried, y expectativa de vida> 6 meses. Se reclutaron 100 sujetos entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2013. El grupo intervención realizó actividad física diaria 5 veces/semana: 80% del tiempo actividad aeróbica de intensidad progresiva 3 sesiones/ semana y 2 sesiones/semana actividad anaeróbica. 20% del tiempo restante se dedicó a ejercicios propioceptivos y de control postural. El grupo control acudió a los seguimientos establecidos sin realizar ninguna intervención adicional.
Resultados: La edad media del grupo intervención fue de 79,3 (DE 3,7) años versus (vs) 80,1 (DE 3,6) del grupo control, p = 0,289. 27 (59%) participantes fueron mujeres en el grupo intervención vs 21 (52%) en el grupo control, p = 0,664. Al inicio del estudio el grupo intervención, respecto al control, presentó una puntuación en la escala de Barthel de 90,4 (DE 21,6) vs 90,6 (DE 22,3) puntos, p = 0,946; una puntuación en la escala de Lawton de 5,2 (DE 1,1) vs 5,1 (DE 1,9) puntos, p = 0,510; una media de principios activos prescritos de 6,5 (DE 3,5) vs 5,9 (DE 3,3), p = 0,731; una media de caídas en los últimos 12 meses de 0,6 (DE 1,2) vs 0,5 (DE 1,2), p = 0,619; una puntuación en el Physical performance test de 19,3 (DE 5,3) vs 18,8 (DE 6,1), p = 0,687; y una media de síndromes geriátricos de 3,2 (DE 1,4) vs 3,3 (DE 1,5), p = 0,804. Al inicio, el resultado en el test de la marcha de 6 minutos es, en el grupo intervención, de 227,1 (DE 55,9) vs 296,1 (DE 66,9) metros en el grupo control, p < 0,001. Tras 2 meses, el grupo intervención incrementa en 30,1 (DE 61,2) metros vs -13,5 (DE 56,2) en el grupo control, p = 0,002.
Conclusiones: Un programa de intervención física integrada puede mejorar los parámetros funcionales en ancianos frágiles.

PC-126. GDR 845. DIARREA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON ESE DIAGNÓSTICO?

M. García-Salmones, C. García-Salguero, B. Saavedra-Cervera, T.I. Wu Lai, P. Merino y P. Alonso-Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con diagnóstico de diarrea por *Clostridium difficile* (GDR 8.45) al alta hospitalaria.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos) de los altas hospitalarias con GRD 8,45 durante 2013 en un hospital de tercer nivel en Madrid.
Resultados: De las 33.317 altas hospitalaria encontramos 143 diagnósticos. De estos, sólo en 105 el diagnóstico estaba confirmado microbiológicamente, en el resto (26,6%) el estudio había sido negativo o no se había realizado. La edad media fue 76,7 años, el 64% fueron mujeres, con estancia de 25 días, índice de Charlson medio de 3. Más de un 70% tomaban más de 5 fármacos tanto al ingreso, como al alta. Un 13% fallecieron en dicho ingreso. La mayoría procedían de servicios médicos (89,7%), siendo medicina interna (41%) y geriatría (25%) los más habituales. La causa de ingreso más frecuente fue la infecciosa (57%), siendo las infecciones respiratorias y urinarias las más comunes. El Índice de Barthel medio (en los pacientes de geriatría) fue de 59 puntos. En cuanto a los antibióticos asociados, un 8,5% de los casos no tenían descrito ningún tratamiento antibiótico previo, mientras que en el 50% se habían administrado 2 o más ciclos antibióticos antes, más frecuentemente betalactámicos (51,4%), seguidos de carbapenemes (42,4%) y quinolonas (24,7%). En cuanto al tratamiento, el 91,5% fueron tratados con metronidazol, 5,7% con vancomicina y un 2,8% no recibió nada. De los 17 pacientes (13,2%) que precisaron un nuevo ciclo, el 53% lo hizo con vancomicina, el 29% con metronidazol y el resto (15%) con fidaxomicina.
Conclusiones: El *Clostridium difficile* es una complicación poco frecuente en el medio hospitalario, que en un porcentaje elevado de los casos no se documenta microbiológicamente. Se presenta fundamentalmente en mayores de 75 años, ingresados en servicios médicos, por causa infecciosa, con polifarmacia y una estancia media elevada. Fallecen un 13% de los casos. En el 50% de los pacientes han seguido al menos dos ciclos antibióticos, si bien en un 8,5% no se documenta ninguno. El tratamiento más frecuente fue metronidazol en el primer episodio y vancomicina en el segundo.

PC-127. DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA SOCIOSANITARIA

J. Ventura Junyent, E. da Costa, R. Miralles y O. Vázquez
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Aplicar los criterios STOPP/START en una Unidad de Larga Estancia de Geriatría (ULE) y relacionar la existencia de prescripción inadecuada con las características clínicas de los pacientes.
Métodos: Se revisó la prescripción farmacológica de un total de 29 pacientes ingresados en la ULE, aplicando los criterios STOPP/START en su versión adaptada al español (Delgado Silveira et al. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:273-9), valorando de forma individualizada cada prescripción, realizando cambios en el tratamiento, según la recomendación STOPP/START y según criterio clínico acorde con las características del paciente. Asimismo se registró: edad, sexo, diagnóstico principal que motivó el ingreso, capacidad funcional (Barthel), función cognitiva (MMSE-30, asumiendo una puntuación de 0 en aquellos pacientes en que no era posible la realización del test), la comorbilidad (índices de Charlson y PROFUND), el índice de masa corporal (IMC), el estado nutricional (albúmina en suero).
Resultados: De los 29 pacientes, 17 (58,6%) presentaron algún criterio STOPP y 11 (37,9%) presentaron algún criterio START. En cuanto a grupos de prescripción, los grupos STOPP más frecuentes fueron: sistema nervioso central [13 pacientes (44,8%)], sistema cardiovascular

[4 (13,8%)] y duplicación de medicamentos [3 (10,3%)]; los grupos START más frecuentes fueron: sistema endocrino [9 pacientes (31,0%)], sistema cardiovascular [4 (13,8%)] y sistema respiratorio [2 (6,9%)]. Los pacientes que cumplían algún criterio STOPP presentaban una puntuación media del MMSE de 12,2 ± 11,6 siendo en los restantes de 3,9 ± 9,2 ($p < 0,05$). No se halló relación significativa con el resto de variables estudiadas. Los pacientes que cumplían algún criterio START presentaban una cifra de albúmina media de 3,34 ± 0,33 mientras que en el resto de pacientes era de 3,68 ± 0,25 ($p < 0,01$). La gran mayoría de pacientes neurológicos [17 (73,9%)] no cumplía ningún criterio START ($p < 0,05$).
Conclusiones: 1. La presencia de criterios STOPP se relaciona con un menor deterioro cognitivo. 2. La presencia de criterios START se relaciona con la presencia de desnutrición y una mayor comorbilidad. 3. Los pacientes con diagnóstico principal neurológico son los que presentan un menor número de criterios START. El pequeño tamaño muestral limita la posibilidad de obtener relaciones significativas.

PC-128. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE RESIDENCIAS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

A. Aguilera Zubizarreta[1], G.A. Sgaramella[2], A. Villaverde Llana[3], L. Velasco Arjona[4], P. Sanroma Mendizábal[1], E. Pariente Rodrigo[2] y L.A. García Secadas[5]
[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [2]Centro de Salud José Barros. Carmargo. [3]Residencia La Gloria. Liencres. [4]Hospital Comarcal Sierrallana. Torrelavega. [5]Centro de Salud Nansa. Puentenansa.

Introducción: Se realizaron una serie de entrevistas desde HAD en las residencias su área de cobertura para intentar mejorar la atención en dichos centros.
Objetivos: Analizar los resultados de la intervención para ver si fue eficaz y las características de los pacientes.
Métodos: Se analizaron los datos de los pacientes ingresados durante el año siguiente y las historias clínicas de los pacientes ingresados durante los últimos 6 meses.
Resultados: El número de pacientes aumentó de 133 (9,26%) en 2012 a 181 (11,65%) en 2013 ($p < 0,05$). También el número de pacientes que ingresaban desde Atención Primaria sin pasar por UCIAS (33,8% a 40,33%), disminuyó la estancia media de 13 días a 12. En cuanto a las características de los últimos seis meses, ingresaron 103, con una edad media de 84,7 años, 60% mujeres, el 89,5% ingreso para tratamiento antibiótico endovenoso, el Charlson ajustado por la edad fue de 7,5, eran HTA 64,8%,DM 34,3%, Dlp 21%, habían tenido un ACVA 31,4%, cardiopatía 31,4%, patología respiratoria; 22,9%, osteoarticular 32,4%. Tomaban una media de 7,42 fármacos, de los cuales 2 eran psicofármacos, 0,3 laxantes, 1 antiácido, 1,6 fármacos por paciente no se encontraban justificados en la historia clínica. Los parámetros nutricionales eran normales, el filtrado glomerular estaba disminuido (49 ml/min). Según la historia médica un 9,5% habían presentado delirium durante el ingreso, un 19% trastornos del ánimo, 3,8% estreñimiento, en cuanto al grado de dependencia no se recogía, tenían deprivación sensorial un 7,6%, inmovilidad 18,1% e incontinencia un 16,2%, estos últimos aumentaban su frecuencia en la de enfermería (29,5%, 28% y 59% respectivamente).
Conclusiones: La intervención fue eficaz porque aumento el número de ingresos y el porcentaje de pacientes que no tuvieron que pasar por urgencias. Los pacientes tenían una alta comorbilidad, mayor que la población general y polifarmacia que no se vio modificada durante el ingreso. Sin embargo en cuanto a los síndromes geriátricos la prevalencia era menor que en la población general y discrepaba entre la historia médica y la de enfermería lo que hace pensar que eran infradiagnosticados, probablemente porque no se llevaba a cabo una valoración geriátrica de manera rutinaria.

PC-129. DIARREA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES?

T.I. Wu Lai, B. Saavedra Cervera, C. García Salguero, M. García Salmones, P. Merino y P. Alonso Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con diarrea por *Clostridium difficile* durante la hospitalización.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diarrea por *Clostridium difficile* durante 2013 en un hospital madrileño de tercer nivel.
Resultados: De 33.317 altas hospitalaria encontramos 204 muestras positivas para *Clostridium difficile*. Sin embargo, sólo 105 (51,5%) incluyeron este diagnóstico en su informe de alta. La edad media fue 74,6 años, el 61% mujeres, estancia de 28,5 días, índice de Charlson 3,18, siendo la insuficiencia cardiaca la patología más frecuentemente asociada (35,8%). Más del 70% tomaban más de 5 fármacos al ingreso y/o al alta. La mayoría procedían de servicios médicos (84,8%), siendo medicina interna (37,7%) el más frecuente. Las infecciones fueron la causa de ingreso más frecuente (48%), siendo la urinaria la más común (43,1%). El Índice de Barthel medio (en los pacientes de geriatría) fue de 72,93 puntos. Un 7,4% de los casos no habían seguido ningún tratamiento antibiótico previo, mientras que en el 62,6% se habían administrado 2 o más ciclos antibióticos, más frecuentemente betalactámicos (56,3%), carbapenemes (44,1%) y quinolonas (29,3%). El 80,6% fueron tratados con metronidazol, 3,1% con vancomicina, un paciente recibió fidaxomicina (0,5) y un 14,7% no recibió nada. De los 21 pacientes (10,3%) que precisaron un nuevo ciclo, el 47,6% lo hizo con vancomicina, 38% con metronidazol y uno (4,8%) con fidaxomicina. Un 17,2% (35 pacientes) fallecieron en dicho ingreso, presentando estos mayor edad (p 0,10), estancia (p 0,005), comorbilidad (p 0,003), número de ciclos antibióticos (p 0,09) y fueron tratados menos frecuentemente (p 0,025).
Conclusiones: El *Clostridium difficile* es una complicación poco frecuente en el medio hospitalario, que en un 48,5% no se refleja en el informe de alta. Aparece fundamentalmente en mayores de 70 años, ingresados en servicios médicos, por infecciones, con polifarmacia y una estancia media elevada. El tratamiento más frecuente fue metronidazol en el primer episodio y vancomicina en el segundo. Fallecen un 17%, que son los más ancianos, con mayor comorbilidad y menos frecuentemente tratados. Más del 60% han seguido al menos dos ciclos antibióticos, aunque en un 7,4% no se documenta ninguno.

PC-130. *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. ¿ESTÁN TODOS LOS QUE SON?

T.I. Wu Lai, B. Saavedra Cervera, C. García Salguero, M. García Salmones, P. Merino y P. Alonso-Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Comparar las características de los pacientes con diagnóstico microbiológico de *Clostridium difficile* durante la hospitalización según se haya incluido o no diagnóstico de diarrea por *Clostridium difficile* (GDR 8,45) en su informe de alta.
Métodos: Estudio retrospectivo de datos administrativos y características clínicas de pacientes hospitalizados durante 2013 en un hospital madrileño de tercer nivel con diagnóstico microbiológico positivo de *Clostridium difficile*.
Resultados: De 33.317 altas hospitalaria encontramos 204 muestras positivas para *Clostridium difficile*. De estos sólo 105 (51,5%, IC95% 44,4-58,5) incluyeron este diagnóstico (GDR 8,45) en su informe de alta. Los pacientes en los que se incluyó este diagnóstico al alta fueron más mayores (mediana 82 frente a 76 años, p 0,023) y con un índice de Barthel (recogido en los pacientes de geriatría) menor (mediana 57,5 frente a 100, p 0,017), sin diferencias significativas en sexo (55,6% mujeres en el grupo sin diagnóstico al alta, frente a 66,7%, p 0,103). Sin embargo, estos pacientes habían seguido menos frecuentemente más de dos ciclos antibióticos (p 0,025). No hubo dife-

rencias en cuanto al tipo de antibióticos utilizados. Al analizar estos datos por servicios, se objetivó que la distribución era diferente (p < 0,001), no habiendo incluido el diagnóstico al alta en hasta un 40% de los casos en todos los servicios analizados (medicina interna, urgencias, oncología, otros servicios médicos, cirugía general y otros servicios quirúrgicos) excepto en el caso de geriatría (16,13% de los casos). No hubo diferencias en cuanto a la causa de ingreso, la mortalidad, la estancia media, ni la comorbilidad (índice de Charlson).
Conclusiones: Se es poco exhaustivo a la hora de codificar el diagnóstico de diarrea por *Clostridium difficile* al alta hospitalaria. No se incluye en el 48,5% de los casos. El servicio de Geriatría, es el que más frecuentemente codifica de forma adecuada el GDR 8,45. Este diagnóstico es más habitual en pacientes más mayores y con mayor deterioro funcional, si bien habían seguido menos frecuentemente más de un ciclo antibiótico previo. No se objetivaron diferencias en relación a la comorbilidad, mortalidad o estancia media en ese grupo.

PC-131. FRACTURA DE CADERA. ¿PODEMOS PERMITIRNOS RETRASAR LA CIRUGÍA?

P. Alonso-Fernández, M. García-Salmones, P. Cabezas, E. Romero Pisonero, M. Chung y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Analizar si el retraso quirúrgico de la fractura de cadera produce un incremento de la estancia en traumatología superior al esperado y si existe algún grupo de pacientes que sea especialmente sensible al mismo.
Métodos: Estudio analítico prospectivo en pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera de origen osteoporótico durante 2,5 años en un hospital madrileño de tercer nivel.
Resultados: Durante el periodo analizado ingresaron 756 fracturas de cadera. Un 78,2% fueron mujeres. La edad media fue de 84,2 años. La estancia media prequirúrgica fue de 3,47 días y la estancia total en traumatología de 13,2 días. Al analizar la relación entre la estancia prequirúrgica y la estancia total en traumatología se objetivó que esta relación no sólo es positiva (R^2 29,4), sino que la constante de la ecuación es superior a uno (1,33), lo que se traduce en que por cada día que se retrasa la cirugía se produce un incremento extra en la estancia global de un 33%. Al analizar si este incremento superior al esperado se producía en ambos sexos, observamos que sólo se mantenía en el grupo de las mujeres, en el que la constante aumentaba a 1,44 (R^2 28,6). Para analizar si la edad tenía alguna influencia dividimos la muestra en tres grupos (< 81 años, 81-90 y > 90 años), observando que sólo en los dos grupos más jóvenes se mantenía el incremento por encima de lo esperado (constante de 1,49 en el grupo más joven y de 1,27 en el grupo intermedio). Dados los hallazgos se analizó si era posible, con estas variables, describir algún grupo en el que el retraso quirúrgico provocase resultados especialmente negativos. Este análisis reveló que es en los grupos de mujeres de hasta 80 años (constante 1,74) y de entre 81 y 90 años (constante 1,40) donde la estancia prequirúrgica afecta más negativamente a la estancia global.
Conclusiones: El incremento en el retraso quirúrgico provoca incrementos en la estancia global por encima del propio retraso quirúrgico. Este incremento se observa de forma marcada en el grupo de mujeres menores de 90 años.

PC-132. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR

A. Llopis Calvo, F.M. Sancho Camarena, L. Sandoval Osterdal, J.A. Martos Gutiérrez y R. Cristófol Allué
Hospital de Mataró.

Objetivos: Analizar la prevalencia de déficit de vitamina D en los pacientes ancianos que ingresan por fractura de fémur, y si existen diferencias entre los que proceden de Residencia o de domicilio.
Métodos: Pacientes ≥ 75 años que ingresan por fractura de fémur en el Hospital de Mataró durante el año 2013. Se analizan datos demográficos, edad y sexo, procedencia, destino al alta, niveles de calcio, albúmina, vitamina D (25-OH Vit D) y tratamiento previo y al alta. Se consideran valores óptimos > 30 ng/dl, insuficiencia 20-29 ng/dl, deficiencia 10-20 ng/ml y deficiencia grave < 10 ng/dl.
Resultados: Se analizaron 108 pacientes > 75 años que ingresaron de forma consecutiva por fractura de fémur en el Hospital de Mataró en el año 2013. 19 (18%) hombres, 89 (82%) mujeres. Edad media: 87.7 años. En 13 pacientes no había determinación de Vit D, con lo que se analizaron 95p. Pacientes procedentes de Residencia: 37 (38.9%)
Conclusiones: 1. El déficit de vitamina D es muy prevalente en los pacientes que ingresan por fractura de fémur, en nuestra muestra afecta al 91.6% en los pacientes ancianos ingresados por fractura de fémur. 2. Según la procedencia, en nuestra población, y a diferencia de lo esperado, la prevalencia es superior en los que vienen de domicilio 96% respecto a 89% de los que proceden de Residencias. 3. Más de la mitad de los pacientes presentan déficit grave (< 10 ng/dl). 4. En estos pacientes es importante determinar los niveles de Vit D para adecuar el tratamiento y normalizar los niveles de vitamina D, con el objetivo de disminuir el riesgo de caídas y fracturas, en una población de muy alto riesgo.

PC-133. PELOIDES NATURALES ANTIOXIDANTES: EFICACES BARREDORES DE RADICALES LIBRES

A. García Matas[1], A. Hernández Torres[1], J.C. Baquero Úbeda[1], P. Tejero García[1], M.D.C. García Matas[2] y F. Modrego Aznar[1]
[1]Fundación BÍLBILIS. Madrid-Calatayud. Zaragoza. [2]Fundación BIÍLBILIS. Madrid-Alcalá de Henares-Calatayud. Zaragoza.

Introducción: Un peloide es un sistema heterogéneo formado por una fase sólida (orgánica/inorgánica) y otra líquida (solución de solutos orgánicos/inorgánicos cuyo disolvente es el agua), utilizados terapéuticamente en forma de emplastos o baños. Hay varios tipos de peloide (fangos, limos, turbas, etc.), según su composición y textura, que variarán sus propiedades físicas y terapéuticas. Los fangos elaborados con aguas sulfuradas de reconocida capacidad antioxidante, por la eficaz presencia de sulfuro de hidrógeno, son los que han demostrado tener mayor capacidad terapéutica. Tanto el proceso de fabricación, envasado como conservación, son críticos a la hora de potenciar dichas propiedades, siendo necesarias estas fases para mejorar sus propiedades físicas y químicas.
Objetivos: Elaborar un producto terapéutico de alta capacidad antioxidante que pueda ser aplicado en la Clínica/Centro Geriátrico/Domicilio y que, gracias al innovador procedimiento empleado de fabricación sin conservantes y acondicionado, mantenga todas sus propiedades terapéuticas durante un período máximo de 18 meses.

Tabla. PC-132

Niveles de 25-OH VIT D	Total	Domicilio	Residencia
Total	95	58 (61,1%)	37 (38,9%)
Deficiencia grave < 10	53 (55%)	33 (57%)	20 (54%)
Deficiencia (10-20 ng/dl)	22 (23%)	14 (24%)	8 (21%)
Insuficiencia (20-30 ng/dl)	12 (12,6%)	7 (12%)	5 (13,5%)
Valores óptimos (> 30 ng/dl)	8 (8,42%)	4 (7%)	4 (10,8%)

Métodos: La selección de componentes del peloide así como porcentajes de mezcla, dependen del uso específico de aplicación y de una intensa labor de investigación previa, gran parte de ella innovadora y desarrollada en la Patente existente. Se describe el procedimiento completo de elaboración y diferentes etapas de selección de componentes, mezclado, amasado, acondicionado, control microbiológico, control de calidad, tiempo de maceración.
Resultados: Se han obtenido diferentes tipos de peloides según su composición y volúmenes de mezcla para aplicarse en procesos reumatológicos (artrosis, artritis, fibromialgias, etc.), dermatológicos (psoriasis, eczemas...) vasculares (IVC), cosméticos (anticelulíticos, acné...) en diferentes formatos y presentaciones. Se describe su aplicación por vía tópica con técnica específica para cada patología.
Conclusiones: Un peloide y un barro se diferencian en sus fases de composición y los procesos de elaboración y conservación, obteniendo un producto apto para diferentes tratamientos, siendo el control de sus componentes esencial en perderse o no todas sus propiedades. Los peloides naturales antioxidantes elaborados con aguas sulfuradas, ricas en sulfuro de hidrógeno, han demostrado ser los más efectivos en el proceso barredor de radicales libres y desaparición del dolor y procesos inflamatorios. Producto terapéutico esencial para retrasar el proceso fisiológico del envejecimiento.

PC-134. HACIA UN ENVEJECIMIENTO CON CALIDAD DE VIDA: APORTACIÓN DE LA GESTORA DE CASOS

E.M. Burgos Fuentes, G. Figa Quesada, G. Capdevila Fogues, N. Lladró Navarro, L. Fumado Rubio y M.C. Bayo Pérez
Institut Català de la Salut. Barcelona.

Introducción: En los últimos años estamos asistiendo a un aumento de la esperanza de vida de nuestros pacientes, que no siempre va acompañado de una calidad de vida aceptable, sino todo lo contrario hay un incremento de la complejidad de estos pacientes. Uno de los criterios de derivación a la enfermera Gestora de Casos (GC) según la evidencia científica, es la población mayor de 75 años junto pluripatología con el consabido aumento de dependencia funcional e instrumental. En muchos casos a este perfil de pacientes se une el vivir solo y ausencia de un cuidador principal.
Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes incluidos en Gestión de Casos mayores de 75 años. Identificar cuántos de estos pacientes se encuentran etiquetados en grupos de complejidad: paciente crónico complejo (PCC) o enfermo con una atención a la complejidad avanzada (MACA). Conocer la evolución de la percepción de calidad de vida de estos pacientes después de la intervención de la GC.
Métodos: Descriptivo de pacientes mayores de 75 años incluidos en GC enero 2013/enero 2014.
Resultados: Edad media: 81 años. Euroquol en rango de 50-60 con cambios positivos tras la intervención. El 78,5% de los pacientes están etiquetados como PCC, mientras que el 21,41% de pacientes son MACA.
Conclusiones: La población atendida por las gestoras de casos se encuentra en un rango de edad superior a 75 años, tal como señala la evidencia científica. La media de edad se encuentra sobre los 81 años con escasa diferencia entre hombres y mujeres. Las enfermedades más prevalentes son las neoplasias, seguidas de la insuficiencia cardiaca y EPOC. Un porcentaje muy elevado de estos pacientes viven solos o tienen un cuidador con capacidad limitada de soporte. En cuanto a la percepción de calidad de vida, ésta aumenta con la intervención de la gestora de casos (a describir como una intervención más intensa en el tiempo con soporte al cuidador si lo hay, conciliación de la medicación y coordinación con otros niveles asistenciales). Los pacientes lo perciben como una mejora de su situación.

PC-135. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA SEGÚN CRITERIOS STOPP/START EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA

E. Barranco Rubia[1], I. Fort Almiñana[2], M.C. Espinosa Val[3], E. Martínez Almazán[4], I. Bueno Martín[4] y F. Formiga Pérez[5]
[1]Fundació Hospital Asil de Granollers. [2]CSS El Carme. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. [3]Hospital Sant Jaume. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. [4]Hospital de la Santa Creu. Tortosa. [5]Hospital Unversitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: El paciente anciano con demencia es especialmente vulnerable a la prescripción potencialmente inadecuada (PPI) presentando prevalencia superiores a la población general.
Objetivos: Conocer la prevalencia de PPI en una muestra de pacientes con demencia utilizando criterios STOPP/START y analizar factores clínicos relacionados.
Métodos: Estudio observacional transversal multicéntrico realizado por el Grupo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriatría y Gerontología en dispositivos de Evaluación Geriátrica Ambulatoria. Se incluyen pacientes remitidos para valoración cognitiva y diagnóstico final de demencia. Se registran variables sociodemográficas, diagnóstico etiológico (criterios DSMIV, NINCDS-ADRA, NINCDS-AIREN), situación funcional (I de Barthel y Lawton) y cognitiva (MMSE), estadio (CDR), valoración conductual (NPIQ), comorbilidad (Í. de Charlson), caídas, ingresos hospitalarios y fármacos prescritos. Se utilizaron los criterios STOPP-START para detección de PPI. Se realizó un análisis descriptivo de variables numéricas (media y DE) y porcentajes para variables categóricas. Comparación de variables mediante χ^2 o t de Student y análisis multivariante por regresión logística.
Resultados: N total 142. Edad media 83,91 (DE 4,74) años. 74,8% mujeres. Un 45,1% con demencia Alzheimer, la mayoría en situación leve (54,9%). La comorbilidad (Í. de Charlson) fue 1,15 (DE 1,33). Un 70,6% tenían HTA. 89,5% tenían trastornos conductuales siendo apatía (56,6%) el más frecuente. La prevalencia total de PPI fue del 69,6% (52,1% según STOPP y 40,8% según START). Fármacos implicados según STOPP: benzodiacepinas vida larga > un mes (12%), IBP > 8 semanas (9'9%) y benzodiacepinas con caídas (14%). Según START: antiagregantes en arterioesclerosis (8,5%), antidepresivos (10,6%) y antiagregantes en diabetes (10,6%). El análisis univariante no mostró relación significativa entre PPI y edad, género, diagnóstico, estadio, situación funcional y cognitiva ni comorbilidad. Hubo asociación con polifarmacia ($p > 0,000$; $t = -4,72$; $gl = 132$) y número de caídas ($p < 0,004$; $t = -2,95$; $gl = 132$). El análisis multivariante mostró relación con polifarmacia ($p < 0,000$) y trastornos conductuales ($p = 0,035$).
Conclusiones: La prevalencia de la PPI en el paciente con demencia es superior a la descrita en el paciente geriátrico en general, apoyando la hipótesis de la vulnerabilidad del paciente demente. Los fármacos más implicados corresponden al SNC, los asociados con caídas y cardiovascular, siendo polifarmacia y trastornos de conducta los factores relacionados.

PC-136. CORRELACIÓN ENTRE SOBREPESO, OBESIDAD Y SITUACIÓN FUNCIONAL EN PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS

N. Stasi, C. Gálvez Barrón y A. Rodríguez Molinero
Consorci Sanitari del Garraf. Vilanova i La Geltrú.

Objetivos: Evaluar la correlación entre sobrepeso, obesidad y situación funcional en participantes mayores de 80 años.
Métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra probabilística de población no institucionalizada con edad de 80 o más años de España, reclutada a través de un muestreo probabilístico y polietápico, estratificado en función del sexo, tamaño de hábitat y zona geográfica. Se realizó una entrevista basal en el domicilio de los participantes y luego un seguimiento telefónico a los 12m. Índice de masa

corporal (IMC): el peso y talla se recogieron en la valoración basal. Situación funcional: se utilizó la escala de Katz como herramienta de medición de la capacidad funcional. La escala fue aplicada en la valoración basal y a los 12m del seguimiento. Se evaluaron 6 ítems puntuándose cada uno como 0 (independiente) o 1 (dependiente). Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para valorar la probable correlación del IMC con las variables de interés: Katz en la valoración basal, Katz a los 12m y variación del Katz a los 12m. El estudio fue aprobado por el comité de ética de referencia del Centro organizador del estudio.
Resultados: Se recolectaron 373 participantes (edad media 84,24 años, 62,7% sexo femenino) mayores de 80 años con IMC ≥ 25 kg/m^2. En la muestra total se obtuvo correlación negativa (a mayor IMC mayor dependencia funcional) entre el IMC y la situación funcional a los 12m. Asimismo, se obtuvo una correlación también negativa con el grado de pérdida de funcional (variación del Katz a los 12m). En el análisis por sexo se obtuvo una correlación negativa entre el IMC y la situación funcional basal y a los 12m, en el subgrupo de mujeres de 80-85a.
Conclusiones: En este análisis preliminar se observa una correlación negativa entre la obesidad y la situación funcional basal y a los 12 meses que parece estar restringida al subgrupo de mujeres de entre 80 y 85 años.

PC-137. DESCRIPCIÓN DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE POST-AGUDOS

E. Casanovas Atienza, R. Ruiz Chacón, E. Miralles Serra, A. Rodríguez Marcos, M. Riera Cañadell y M.D. Sánchez Rodríguez
Parc de Salut Mar. Centro Fòrum. Barcelona.

Introducción: La Unidad de Post-Agudos es un nivel asistencial de sociosanitario para realizar rehabilitación geriátrica, control médico y/o curas de Enfermería, en plazo temporal limitado (aproximadamente dos semanas). Los pacientes presentan comorbilidad, diagnósticos de Enfermería y síndromes geriátricos. Al ingreso, el equipo realiza valoración geriátrica integral para planificar intervención interdisciplinar precoz (estimulación por equipo Enfermería/sala de Fisioterapia), detección y registro de modificaciones del estado de salud. Realizada coordinación con Atención Primaria (Programa Prealta) para facilitar reincorporación comunitaria del anciano.
Objetivos: Describir los resultados asistenciales de la valoración geriátrica al ingreso en Post-Agudos.
Métodos: Descriptivo prospectivo cohorte de 128 pacientes sucesivos de Post-Agudos [abril-diciembre'13]. Valorados demografía (edad, sexo), situación funcional [(Lawton, Barthel (previao, ingreso)], cognitiva [Mini-Mental Folstein abreviado (MMSE)] y sociofamiliar (Gijón). Presencia de síndromes geriátricos [polifarmacia (previa, alta), disfagia, demencia, confusional, lesiones cutáneas (heridas quirúrgicas, vasculares y úlceras por presión), nutrición (grados de American Institute of Nutrition: I: riesgo; II: riesgo y disminución de la ingesta; III: alteraciones bioquímicas; IV: consecuencias clínicas)] y comorbilidad (Charlson). Registrada estimulación física programada (equipo de Enfermería/Fisioterapia) y Prealtas realizadas.
Resultados: Valorados 128 pacientes [77,8 ± 10,4 años; 89 (69,5%) mujeres]. Respecto situación previa (Lawton 4,8 ± 3,1; Barthel 85 ± 20,5), proceso agudo motivaba deterioro funcional (Barthel ingreso 44 ± 22,6); que requería actuación interdisciplinar (Enfermería planta 100%, Fisioterapia sala 99%). Presentaban MMSE 16,7 ± 5,2, moderada comorbilidad (Charlson 2,5 ± 2,1) y riesgo de institucionalización (Gijón 8,1 ± 2,2), disfagia 44 (34,4%) y síndromes geriátricos [polifarmacia (número fármacos previos 7,9 ± 4,4, alta 9,8 ± 3,1), demencia 32 (25%), confusional 47 (36,7%)]. También lesiones cutáneas [úlceras I: 16 (12,5%), II: 6 (4,7%), III: 6 (4,7%), heridas quirúrgicas simples 51 (39,8%), complejas 6 (4,7%)] y desnutrición [I: 9 (7%), II: 9 (7%), III: 85 (66,4%), IV: 25 (19,5%)]. Prealtas a Primaria 106 (81,8%).
Conclusiones: Son pacientes de edad avanzada, moderada comorbilidad y dependencia leve previa que, al ingreso, presentan importante deterioro de la capacidad funcional y cognitiva. Son frecuentes los síndromes geriátricos, especialmente la desnutrición; precisan curas e intervención de Enfermería. Se realiza coordinación con Primaria mediante Prealta en > 80% de casos.

PC-138. APLICACIÓN DE TRES DIFERENTES PUNTOS DE CORTE PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA FUERZA DE PRENSIÓN MANUAL EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. ESTUDIO DE SU ASOCIACIÓN CON LAS PRINCIPALES VARIABLES BASALES Y EVOLUTIVAS EN LA FASE AGUDA

A. Pardo Gómez[1], J.I. González Montalvo[1], R. Queipo[2], D. Ariza[1], T. Alarcón[1], R. Hoyos[1] e I. Martín Maestre[1]
[1]Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: Conocer cuál de los puntos de corte de medición de la fuerza de prensión manual (FPM) recomendados en la literatura es más útil para el manejo de pacientes con fractura de cadera (FC).
Métodos: Se compararon los puntos de corte (PC) de FPM recomendados en el Consenso de la EWGSOP (PC de Laurentani et al y de Fried et al) y los basados en terciles (Savino et al) en una muestra consecutiva de 296 pacientes con FC. La FPM se midió con un dinamómetro hidráulico Jamar (Sammons Preston. Bolingbrook, Il, USA) en las primeras 72 horas del ingreso.
Resultados: Se obtuvo la FPM en 257 (86%) pacientes. La edad media fue 85,9 (± 6,7) años y el 80,4% fueron mujeres. Procedían de residencia el 23%. Fueron clasificados como pacientes con baja FPM el 90%, el 88% y el 32% según los PC de Laurentani, Fried y Savino, respectivamente. Respecto al estado basal, el tener baja FPM mediante cualquiera de los tres criterios se asoció a mayor edad, más frecuencia y mayor grado de incapacidad y mayor deterioro cognitivo previo y al ingreso (todas con $p < 0,05$). Los PC de Laurentani y de Savino se asociaron con proceder de una residencia y el PC de Fried se asoció con mayor riesgo quirúrgico ($p < 0,01$). Durante el ingreso, los PC de Laurentani y Fried se asociaron con hipoalbuminemia ($p < 0,05$). Los PC de Fried y de Savino se asociaron con una peor capacidad de deambulación al alta ($p < 0,01$) y el PC de Laurentani presentó una tendencia en el mismo sentido ($p = 0,05$). El PC de Savino se asoció con una mayor probabilidad de alta a domicilio y a unidad de recuperación funcional ($p < 0,01$).
Conclusiones: La fuerza de prensión manual, medida mediante los diferentes puntos de corte es un factor que discrimina bien diferentes situaciones en pacientes geriátricos con FC. Los PC de Laurentani y de Fried clasifican a un mayor número de pacientes como débiles, sin embargo el PC de Savino, basado en terciles, es capaz de predecir mejor la ubicación al alta.

PC-139. INFLUENCIA DEL RIESGO DE SARCOPENIA EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN FASE AGUDA

A. Pardo Gómez[1], J.I. González Montalvo[1], A. Otero[2], R. Hoyos[1], T. Alarcón[1], D. Ariza[1] y R. Velasco[1]
[1]Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: Conocer la utilidad pronóstica de identificar el riesgo de sarcopenia en los pacientes con fractura de cadera (FC), y su asociación con las principales variables durante su evolución intrahospitalaria y al alta.
Métodos: Se incluyeron 273 pacientes ingresados de forma consecutiva en una Unidad de Ortogeriatría. Se recogieron las características demográficas y funcionales así como sus valores analíticos, las estancias prequirúrgicas y postquirúrgicas; la mortalidad intrahospitala-

ria; el nivel de dolor, antes y después de la intervención quirúrgica y al alta, la capacidad de deambulación previa y al alta, medida con la escala FAC, y el destino al alta. Se consideraron pacientes en riesgo de sarcopenia los que presentaron un Índice de Masa Muscular inferior a la media de la población joven menos 1 DS (cohorte de Masanés, 2012) y además un nivel bajo de fuerza de prensión manual (Laurentani, 2003).
Resultados: La edad media de los pacientes fue 86,3 (± 5,6) años, el 82% fueron mujeres y el 23% procedían de residencias. Cumplieron criterios de Riesgo de Sarcopenia 61 (22,34%) pacientes. Esta condición no se asoció con factores demográficos ni con la ubicación previa, el estado funcional y cognitivo, ni el IMC al ingreso. No se encontraron tampoco asociaciones con el valor de las proteínas totales, albúmina, hemoglobina, vitamina D, ferritina y proteína C Reactiva entre los pacientes con riesgo de sarcopenia y los no sarcopénicos. No hubo diferencias en la percepción del dolor en ninguno de los momentos evaluados. Tampoco la capacidad de deambular al alta, la estancia prequirúrgica, posquirúrgica y total, ni la mortalidad, ni la ubicación al alta fueron diferentes entre los pacientes en riesgo de sarcopenia.
Conclusiones: Nuestros datos muestran ausencia de utilidad en identificar a los pacientes con FC en riesgo de sarcopenia dada su falta de asociación con los factores más importantes en la evolución de estos pacientes durante la fase aguda. Desconocemos si el riesgo de sarcopenia no influye en esta evolución o si su efecto fue minimizado por el protocolo de tratamiento al que fueron sometidos todos los pacientes, que incluye suplementación nutricional, vitamina D y ejercicios físicos desde el ingreso.

PC-140. RESULTADOS EN LAS ESCALAS SOCIALES Y COGNITIVOS INICIALES DE PACIENTES FRÁGILES QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN FRAGILIDAD

F.J. Tarazona Santabalbina[1], C. Borrás Estevan[2], A. López Aracil[2], C. Cuquerella Piera[2], J. Sabater Ramírez[2] y J. Pires Piedad[2]
[1]Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. [2]Universidad Católica de Valéncia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La incidencia de la fragilidad se incrementa con la edad. La fragilidad se relaciona con el estado cognitivo y la situación social de las personas mayores.
Objetivos: Conocer la situación cognitiva y social de en ancianos frágiles participantes en un programa de intervención comunitario.
Métodos: Estudio quasi experimental con un grupo intervención, localizado en la población de Sollana, y un grupo control, localizado en la población de Carcaixent, y con seguimiento de 6 meses. Criterios de inclusión: sujetos de edad > 69 años con diagnóstico de fragilidad según criterios de Fried y expectativa de vida superior a 6 meses. Se reclutaron 100 sujetos, 50 por grupo, entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2013. El grupo intervención realizó una hora de actividad física aeróbica, anaeróbica y propioceptiva supervisada de lunes a viernes. La edad media del grupo intervención fue de 79,3 (DE 3,7) años versus (vs) 80,1 (DE 3,6) años del grupo control, p = 0,289. 27 (59%) participantes fueron mujeres en el grupo intervención vs 21 (52%) en el grupo control, p = 0,664. Se midió la comorbilidad previa mediante el índice de Charlson, con una puntuación media de 1,8 (DE 1,5) vs 2,3 (DE 2,3), p = 0,189 en los grupos intervención y control respectivamente. Al inicio del estudio 6 (12,2%) sujetos en el grupo intervención y 4 (8,9%) en el control presentaron una puntuación media en el MMSE inferior a 24 puntos, p = 0,426; 12 (24,5%) y 10 (20%) presentaban una puntuación en la escala de depresión geriátrica de Yesavage compatible con depresión, p = 0,495; una puntuación media en el Duke Social Support Index de 49,1 (DE 6,8) vs 47,9 (DE 8,6), p = 0,469; una puntuación media en el Edmonton Frailty Scale de 7,7 (DE 4,1) vs 7,4 (DE 3,7), p = 0,677 y una puntuación media en la Crichton Geriatric Behavioural Rating Scale de 4,7 (DE 1,8) vs 5,1 (DE 1,7), p = 0,221.
Conclusiones: Un porcentaje considerable de ancianos frágiles que viven en la comunidad presentan depresión y alteración cognitiva.

PC-141. VALOR DE LA HEMOGLOBINA AL INGRESO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN SEIS HOSPITALES DE ESPAÑA

P. Condorhuaman Alvarado[1], R. Menéndez Colino[1], J. Díez Sebastián[1], C. Dorado[1], E. Paredes[2], A.I. Ferrero Martínez[2] y C. Rodríguez Pascual[2]
[1]Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Hospital do Meixoeiro. Vigo.

Objetivos: Analizar la relación entre valores de hemoglobina y mortalidad en pacientes ingresados con insuficiencia cardiaca (IC) tras un año de seguimiento.
Métodos: *HF-Geriatrics* es un ensayo multicéntrico aleatorizado en pacientes de edad muy avanzada con IC e importante comorbilidad ingresados en una unidad geriátrica de agudos en seis hospitales españoles. Se realizó el seguimiento durante 12 meses. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), datos de laboratorio, escalas de valoración funcional, de valoración cognitiva, comorbilidad y tratamiento. Analizamos la mortalidad al año de seguimiento.
Resultados: Incluimos 652 pacientes. Tras un año de seguimiento 161 (24,6%) murieron y 25 (3,8%) no finalizaron el estudio. Los pacientes que fallecieron tenían valores menores de hemoglobina al ingreso (11,783 ± 2,0729 vs 12,224 ± 1,9871, p < 0,05). En comparación con los que sobrevivieron, eran mayores (87,26 ± 5,234 vs 85,21 ± 5,011, p < 0,001), más dependientes en actividades básicas (índice de Katz (3,13 ± 1,924 vs 2,36 ± 1,517, p < 0,001) e instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton 2,47 ± 2,335 vs 3,53 ± 2,374, p < 0,001); tenían mayor comorbilidad (índice de Charlson 7,99 ± 2,033 vs 7,29 ± 1,976, p < 0,05), mayores niveles de NT-proBNP al ingreso (11.333 ± 10.851 vs 6.492,93 ± 8.154,59, p < 0,001) y al alta (6.489,14 ± 7.001,38 vs 3.686,85 ± 5.034,94, p < 0,05). En el análisis de regresión de Cox, la hemoglobina al ingreso (OR 0,914, IC 0,845-0,988, p < 0,05), la edad (OR 1,056, IC 1,021-1,091, p < 0,05), índice de Charlson (OR 1,090, IC 1,000-1,188, p < 0,05), tratamiento con Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) (OR 0,385, IC 0,228-0,649, p < 0,001), Antagonistas de receptores de angiotensina (ARA II) (OR 0,225, IC 0,110-0,460, p < 0,001), betabloqueantes (OR 0,397, IC 0,228-0,692, p = 0,001) y el índice de Lawton (OR 0,872, IC 0,809-0,939, p < 0,001) se asociaron con mortalidad.
Conclusiones: Valores menores de hemoglobina al ingreso son predictores de mayor mortalidad al año en pacientes ingresados con insuficiencia cardiaca en una unidad geriátrica de agudos. Otros factores independientes relacionados a mortalidad son la peor situación funcional, mayor edad y comorbilidad. El tratamiento con IECA, ARA II y beta bloqueantes son factores protectores de mortalidad tras ingreso por insuficiencia cardiaca.

PC-142. ¿REALIZAN FISIOTERAPIA LOS PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS?

I. Pineda Pérez[1], E. Hernández Leal[1], M.A. Márquez Lorente[2], O. Sabartes Fortuny[2], M.I. Martínez Fernández[1] y M. Pi-Figueras Valls[1]
[1]Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital de l'Esperança. Barcelona.

Objetivos: Describir los pacientes valorados por un equipo interdisciplinar de Geriatría y que realizan fisioterapia en el hospital.
Métodos: Se analizaron prospectivamente los pacientes que realizaban fisioterapia en el momento de la valoración por la unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria (UFIS) en el Hospital del Mar, durante los meses de diciembre 2013, enero y febrero 2014. Se anali-

zaron las variables siguientes: edad, sexo, la situación funcional mediante el índice de Barthel previo (BP) e índice de Lawton (IL), el estado cognitivo mediante el test de Pfeiffer, el servicio de procedencia de la demanda, la intervención por parte del equipo de fisioterapia del hospital y el destino al alta.
Resultados: Se analizaron un total de 210 pacientes, 53,8% mujeres y 44,3% hombres, con una edad media de 78,43 años ± 11,3. Tenían un BP 79,17 ± 23,6, IL 3,62 ± 2,9. Presentaban demencia previa un 31,6%. Los servicios consultores predominantes fueron Medicina Interna (18,1%), Neurología (16%), Neumología (11%), Cirugía general (9,1%), Traumatología (7,1%), Urgencias (7,1%), Cardiología (7,1%), Digestivo (6,2%), Cirugía Vascular (4,3%), Neurocirugía (2,1%), otros servicios (8,2%). De los pacientes valorados por la UFIS el 70,5% se encontraban realizando fisioterapia en el hospital. No existió relación significativa entre la fisioterapia y situación funcional previa evaluada mediante BP ($p < 0,30$) ni IL ($p < 0,38$). No se observó una relación estadísticamente significativa entre la presencia de demencia previa y la realización de fisioterapia ($p < 0,44$). El destino al alta de los pacientes fue: 53,8% Centro sociosanitario (CSS), 29,5% domicilio, 7,5% exitus, 6,5% post-agudos, 2,5% residencia, 4% otros destinos.
Conclusiones: 1. La mayoría de los pacientes valorados por la UFIS realizaban fisioterapia hospitalaria. 2. Más de la mitad de los pacientes valorados fue dado de alta a un CSS.

PC-143. RUTA ASISTENCIAL EN LA CRONICIDAD: PRIMERA EXPERIENCIA

G. Figa Quesada[1], E. Burgos Fuentes[2], N. Lladró Navarro[1], A.C. Ots Ruíz[1], M.F. Patittucci[1], O. Román García[1] y J. Altirriba Vives[1]
[1]CAP Manso. Barcelona. [2]CAP Consell de Cent. Barcelona.

Objetivos: Siguiendo el Programa de atención y prevención a la cronicidad (PPAC), se ha implantado una nueva ruta para garantizar un seguimiento proactivo del paciente crónico complejo (PCC) que incluya fines de semana y festivos desde la Atención Primaria. Nuestro objetivo es evaluar la resolución de los casos durante el primer trimestre de implantación del circuito. El equipo de AP o Gestora de casos identifica a un PCC en fase inestable o riesgo de desestabilización y prevé que será necesario un seguimiento durante el fin de semana o festivo. Directamente programa una visita en el Centro de Atención Primaria (CUAP) para seguimiento. Si se resuelve el problema de salud, el paciente permanece en su domicilio y la Gestora de casos continúa con su seguimiento. Si ingresa en el hospital, al alta la Gestora hará el seguimiento con una visita precoz domiciliaria para valoración integral, conciliación de medicación y vigilancia.
Métodos: De los pacientes programados se ha analizado la patología causante de la visita, el Grupo de Riesgo Clínico (CRG) al que pertenecen, el tipo de visita recibido y el resultado de ésta.
Resultados: Período de estudio: 01/12/13 al 01/03/14. Media de edad de los pacientes: 83,5 años. Clasificación CRG: 6 y 7. Motivo de seguimiento: IC con NHYA III y IV: 63,3%. EPOC con escala de la disnea BMRC 4: 27,2%. Otros: 9%. Tipo de visita: resolución telefónica 72%, resolución presencial: 27,2%, traslados a hospital: 0, traslados a hospital en los 15 días siguientes: 1
Conclusiones: Actualmente los pacientes con enfermedades crónicas causan el 60% de los ingresos hospitalarios. La OMS calcula que en el 2030 se doblará la incidencia de las enfermedades crónicas en mayores de 65 años. Todo ello ha llevado a la creación de un nuevo enfoque desde las necesidades de estos PCC en situación de riesgo o fragilidad. Se persigue una doble finalidad: prevenir ingresos contribuyendo a la sostenibilidad y la eficiencia del sistema de salud adaptando los recursos disponibles y garantizar una respuesta adecuada que mejore la calidad de vida de la población más vulnerable.

PC-144. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS POR ENFERMEDAD AGUDA

A. González Sanz, O. Saavedra Obermann, C. Guirola García-Prendes, L. Pellitero Blanco, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: 1) Conocer la prevalencia de DM en pacientes hospitalizados por enfermedad aguda. 2) Analizar la tasa de incidencia de DM no diagnosticada. 3) Estudiar la prescripción farmacológica para DM previa al ingreso y al alta.
Métodos: Estudio transversal descriptivo sobre pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría durante los 40 primeros días de 2014. Variables: sociodemográficas (edad, sexo y domicilio), clínicas (número de diagnósticos, diagnóstico de DM y glucemia basal), funcionales (Barthel), cognitivas (Pfeiffer) y terapéuticas (número de fármacos, antidiabéticos orales, tipo de dieta, e insulina prescritos al ingreso).
Resultados: 340 pacientes fueron incluidos (edad media 87,5 ± 10,27 años, 56,2% mujeres, Charlson 7,20 ± 1,95, Barthel 64,93 ± 35,37, Pfeiffer 0,41 ± 1,41, número medio de diagnósticos 6,94 ± 3,48 y de fármacos 7,4 ± 3,31, estancia media 8,71 ± 4,40 días); 11,8% de los pacientes vivían solos, 64,7% acompañados y 20,9% institucionalizados. En el momento del ingreso el 32,7% presentaba DM; de los no diabéticos un 17,1% presentó glucemia basal > 125 mg/dl durante la hospitalización. En el momento del ingreso, el 26,36% de los pacientes seguía tratamiento solo con dieta antidiabética, 38,18% con antidiabéticos orales, el 26,36% con insulina y el 9,09% tenían tratamiento combinado con antidiabéticos orales e insulina. Al alta, el 13,25% seguía tratamiento solo con dieta, el 39,76% con ADOs, el 34,94% solo con insulina y el 12,05% con insulina y ADOs.
Conclusiones: La prevalencia de DM en nuestra población de estudio es de 1 de cada 3 sujetos. Se ha detectado una incidencia de DM durante el ingreso del 17,1%. En el momento del ingreso 3/4 partes de los pacientes siguen tratamiento farmacológico mientras que un 25% está a tratamiento solo con dieta. Se objetiva un incremento de pauta de insulina tras la hospitalización por enfermedad aguda.

PC-145. AISLAMIENTO EN PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA

M. Pi-Figueras Valls[1], M. Arellano Pérez[2], E. Hernández Leal[1], I. Pineda Pérez[1], M.I. Martínez Fernández[1] y A. Aguilera Zubizarreta[3]
[1]Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital de l'Esperança. Barcelona. [3]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Analizar la prevalencia de pacientes aislados valorados por una unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria (UFIS) en el Hospital del Mar.
Métodos: Análisis prospectivo de los pacientes evaluados por la UFIS en el Hospital del Mar en las unidades de hospitalización, durante los meses de diciembre 2013, enero y febrero 2014. Se analizaron las variables siguientes: edad; sexo; valoración funcional mediante el índice de Barthel previo (BP) e índice de Lawton; la situación cognitiva medida con el test de Pfeiffer, el servicio de hospitalización, presencia de aislamiento y germen aislado.
Resultados: Se analizaron un total de 210 pacientes, 53,8% mujeres y 44,3% hombres, con una edad media 78,43 años ± 11,3. Tenían un BP 79,17 ± 23,6, IL 3,62 ± 2,9. Presentaban demencia previa un 31%. Los servicios consultores predominantes fueron: Medicina Interna (18,1%), Neurología (16%), Neumología (11%), Cirugía general (9,1%), Traumatología (7,1%), Urgencias (7,1%), Cardiología (7,1%), Digestivo (6,2%), Cirugía Vascular (4,3%), Neurocirugía (2,1%), otros servicios (8,2%). El 12,9% de los pacientes valorados estaban en situación de aislamiento. Los gérmenes aislados fueron: enterobacter (0,5%), Klebsiella pneumoniae (1,9%), Stafilococo aureus meticlin resistente (MARSA) (5,7%), Pseudomona aeruginosa multirresistente (3,3%) y

sospecha de tuberculosis (1%). No hubo relación estadísticamente significativa entre los pacientes en aislamiento y su situación funcional previa evaluada mediante BP ($p < 0,45$) o IL ($p < 0,24$). No presentó relación estadísticamente significativa el aislamiento y la presencia de SCA.
Conclusiones: La prevalencia de los pacientes valorados por la UFIS con aislamiento fue baja. La pseudomonas aeruginosa y el MARSA fueron los gérmenes más prevalentes.

PC-146. PRESENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA

M. Pi-Figueras Valls[1], M. Arellano Pérez[2], I. Pineda Pérez[1], E. Hernández Leal[1], M.I. Martínez Fernández[1] y A. Calle Egusquiza[3]
[1]Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital de l'Esperança. Barcelona. [3]Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona.

Objetivos: Objetivar la prevalencia de delirium (SCA) en el anciano hospitalizado valorado por una unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria (UFIS) en el Hospital del Mar.
Métodos: Análisis prospectivo de los pacientes con SCA valorados por la UFIS en el Hospital del Mar en las unidades de hospitalización, durante los meses de diciembre 2013, enero y febrero 2014. Se recogieron las variables siguientes: edat; sexo; valoración funcional mediante el índice de Barthel previo (BP) e índice de Lawton (IL); la situación cognitiva medida con el test de Pfeiffer, el servicio de hospitalización, presencia de aislamiento del paciente y el destino al alta. Los factores predisponentes y precipitantes analizados fueron: edad, demencia, deterioro funcional, inmovilidad.
Resultados: Se analizaron un total de 210 pacientes, 53,8% mujeres y 44,3% hombres, con una edad media 78,43 años ± 11,3. Tenían un BP 79,17 ± 23,6, IL 3,62 ± 2,9. Presentaban demencia previa un 31,6%. Los servicios consultores predominantes fueron Medicina Interna (18,1%), Neurología (16%), Neumología (11%), Cirugía general (9,1%), Traumatología (7,1%), Urgencias (7,1%), Cardiología (7,1%), Digestivo (6,2%), Cirugía Vascular (4,3%), Neurocirugía (2,1%), otros servicios (8,2%). Presentaron SCA 29,5% de los pacientes evaluados con el CAM. No existieron relaciones estadísticamente significativas entre el BP o la demencia previa, y la presencia de SCA ($p < 0,5$) y ($p < 0,261$), pero si con IL ($p < 0,009$). El destino al alta de los pacientes fue: 53,8% Centro sociosanitario (CSS), 29,5% domicilio, 7,5% exitus; 6,5% post-agudos, residencia 2,5%, 4% otros destinos.
Conclusiones: 1. Uno de cada tres pacientes presentó delirium. 2. La dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria predispone de forma significativa al delirium.

PC-147. CREACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL ESPECÍFICA PARA EL ABORDAJE Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UFACC)

M. Liras García, J. Pons Porta, M. Torres Rusiñol, N. Tuset Mateu y J. Monedero Boado
SAP Delta. L'Hospitalet.

Objetivos: El aumento de la esperanza de vida conlleva un envejecimiento progresivo de la población, lo que también determina el incremento de paciente con pluripatología. Este escenario exige reorientar el modelo asistencial, abordando de manera integral la cronicidad, promoviendo la atención compartida y cooperativa desde lo sanitario y lo social. El 80% del gasto sanitario está generado por 4 patologías crónicas. Esta iniciativa desarrolla un modelo que garantiza la continuidad asistencial de estos pacientes y una actuación proactiva ante descompensaciones. Objetivos específicos: mejorar la asistencia garantizando la atención en el recurso más adecuado. Garantizar una continuidad asistencial mediante la coordinación y gestión del caso. Realizar un seguimiento proactivo.
Métodos: Se creó una Unidad funcional con un responsable y formada por 14 Gestores de Casos, un equipo PADES (Atención Paliativa Domiciliaria), trabajadores sociales de AP, un Equipo SEVIAC (Atención Continuada 7 días × 24 horas) y en un enfoque transversal con todos los servicios hospitalarios implicados (hospital de día, hospital a domicilio) y Centros sociosanitarios. Incluye también la creación de un Banco de Ayudas Técnicas. Se establecieron protocolos de colaboración con los dispositivos de primaria y hospitalarios. Los pacientes se identifican y son evaluados por la Gestora de Casos y la T. social. En función de la situación clínica activamos el dispositivo adecuado. El paciente en programa de Gestión de casos o PADES dispone de un teléfono de contacto de atención 24h, 365 días al año que garantiza respuesta inmediata y presencial si se requiere.
Conclusiones: El continuum asistencial y la atención integral centrada en el paciente conllevan una atención de más calidad y una optimización de los recursos.

PC-148. ADECUACIÓN DE LA INDICACIÓN DEL IMPLANTE VALVULAR TRANSCATÉTER EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

M. Clerencia Sierra[1], A. Marcén Miravete[1], M.C. Ferrer Gracia[1], J.A. Diarte de Miguel[1], E. Rubio Aranda[2] e I. Calvo Cebollero[1]
[1]Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [2]Universidad de Zaragoza.

Objetivos: La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más frecuente en ancianos. El reemplazo valvular aórtico quirúrgico es el tratamiento de elección. El 33% de los pacientes > 75 años no llega a operarse por riesgo quirúrgico elevado. El implante valvular transcatéter (TAVI) ofrece un alternativa terapéutica con alivio sintomático y aumento de supervivencia. Es necesaria una valoración multidisciplinar para valorar la adecuada indicación. Geriatría realiza una valoración geriátrica integral (VGI) prediciendo fragilidad y probabilidad de mortalidad a corto y largo plazo. Los objetivos de este estudio son comprobar la adecuada selección de pacientes para TAVI y conocer la la evolución post-procedimiento clínica-ecocardiográfica y de calidad de vida.
Métodos: Estudio prospectivo de pacientes tratados mediante TAVI en Aragón (abril/12-enero/14). Analizamos variables de la valoración multidisciplinar preprocedimiento, periprocedimiento, al mes y a los 6 meses postTAVI.
Resultados: Tras la TAVI se indicó TAVI en 78% de los pacientes con estenosis aórtica y riesgo quirúrgico elevado. Se trató a 21 pacientes. La mediana de edad fue de 83 años, 12 mujeres. Alta prevalencia de FRCV (HTA 85%, dislipemia 60%, DM 30%). Síntoma más frecuente disnea (CF III-IV 70%). El 21,7% eran independientes para ABVD, 56,5% riesgo de malnutrición, 45,5% pluripatológicos, 56,5% comorbilidad baja y 45,5% polimedicados. Fragilidad leve 100%, probabilidad teórica baja de mortalidad a corto plazo (6 meses) 74%, y probabilidad teórica moderada de mortalidad a largo plazo (1 año) 61%. Los implantes fueron vía transfemoral y con anestesia general. La complicación más frecuente ha sido la necesidad de marcapasos (37%). La supervivencia al mes y a los 6 meses es de 95%. En los seguimientos se detecta mejoría de disnea (CF I 75%), independencia para ABVD 83% a los 6 meses y 100% al año. El gradiente tranprotésico máximo se mantiene estable con una media de 11 mmHg y la FEVI normal en 100%. La evolución en la puntuación del KCCQ (calidad de vida) es significativa ($p < 0,001$) entre el preprocedimeitno y al mes, manteniéndose posteriormente estable.
Conclusiones: El tratamiento con TAVI en ancianos con EA sintomática tras VGI es una opción segura, consigue mejoría clínico-ecográfica y de calidad de vida.

PC-149. ADECUACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN RESIDENTES POLIMEDICADOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Clerencia Sierra[1], I. Villar Fernández[1], P. Casajús Lagranja[1], J. Pérez Nogueras[2] y R. Abad Sanzatornil[1]
[1]Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [2]Centro Sociosanitario Elías Martínez. Zaragoza.

Objetivos: Establecer un programa de revisión farmacoterapéutica en residentes de un Centro Sociosanitario (CS) con elevada polifarmacia.
Métodos: El CS con intervención tiene 190 plazas y una alta tasa de polimedicados (30%de residentes> 10 fármacos, 50% entre 6 y 10 fármacos). Establecimos reuniones semanales entre la geriatra de área y las farmacéuticas responsables de la dispensación de medicamentos. Seleccionamos los residentes más susceptibles de intervención por su polifarmacia o por prescripciones inadecuadas en ancianos (criterios Beers y STOPP-START). Posteriormente la geriatra valoró al paciente y modificó su tratamiento consensuando los cambios realizados con el médico del CS. Variables analizadas: sexo, edad, polifarmacia pre-intervención y postintervención, nº y tipo de propuestas de adecuación farmacológica, problemas relacionados con los medicamentos (PRM), grupos farmacoterapéuticos afectados, aceptación de las propuestas y repercusión económica.
Resultados: Se analizaron 37 pacientes (11 hombres, 26 mujeres), con edad media de 83 años (rango 65-93), que consumían un total de 500 fármacos. Media de fármacos/paciente preintervención: 13,51 (rango 8-20) y postintervención: 11,24 (rango 6-17). Se propusieron 130 modificaciones de tratamiento (89 suspender medicamento, 16 cambiarlo, 16 modificar dosis y 9 iniciar medicamento). Los Grupos Farmacoterapéuticos implicados fueron: 51 sistema nervioso, 24 aparato digestivo, 15 sangre y óranos hematopoyéticos, 11 aparato cardiovascular, 12 sistema musculoesquelético, 7 aparato respiratorio, 5 terapia genitourinaria y 5 otros. Se detectaron 130 PRM: 28 (21,5%): dosis, pauta o duración inadecuada, 24 (18,5%) problema de salud insuficientemente tratado, 14 (10,8%) duplicidad, 10 (7,7%) probabilidad de efectos adversos, 7 (5,4%) otros problemas de salud que afectan al tratamiento y 47 (36,15%) otros. Dentro de estos últimos: 25 (53,19%) medicamentos no indicados, 16 (34,04%) medicamentos de baja utilidad terapéutica y 6 (12,76%) cambios de forma terapéutica. La mayoría de propuestas fueron aceptadas (94,6%), y el ahorro generado estimado para un año de tratamiento, es de 11.285 euros (10.248 euros al SNS y 1037 euros a los pacientes).
Conclusiones: La intervención multidisciplinar farmacéuticas-geriatra disminuye la polifarmacia, mejora la adecuación del tratamiento de los pacientes crónicos, generando un ahorro económico tanto para el sistema como para el propio paciente.

PC-150. GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS ATENDIDAS POR EQUIPOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (EAR) EN LA CIUDAD DE BARCELONA

M. Marín Hernández, E. Alcaraz Bellver, M. Gómez Torres, A. Masip Forns, I. Mundet Riera y N. Soler Casaponsa
Mutuam. Barcelona.

Introducción: La situación de últimos días conlleva una gestión clínica compleja caracterizada por la aparición de múltiples síntomas, complejos cambiantes, generadores de impacto y de alta demanda de atención sanitaria. El objetivo terapéutico debe adaptarse a estos continuos cambios, pasando de un tratamiento con finalidades curativas a ofrecer un tratamiento sintomático. En nuestra experiencia como equipo de soporte específico en la atención a pacientes geriátricos institucionalizados, detectamos una amplia variabilidad en el manejo de estos síntomas y en ocasiones incluso falta de consenso entre los equipos sanitarios de las residencias geriátricas y los propios EARs.
Objetivos: Elaborar una guía de actuación que nos permita mejorar la atención y el cuidado del paciente en SUD. Analizar las dificultades de su manejo por parte del personal de enfermería y auxiliares y consensuar la actuación entre EARs y profesionales de las residencias, priorizando el control sintomático, evitando traslados hospitalarios innecesarios.
Métodos: Se diseñó una encuesta para DUEs y auxiliares de Enfermería de 23 residencias atendidas por dos EARs que recoge el nivel de formación en Cuidados Paliativos y cuáles son las dificultades principales que deben abordar durante este proceso asistencial. De un total de 40 DUEs, el 35% posee formación específica: 10% acreditada. De 342 auxiliares de enfermería, el 14% tienen algún tipo de formación al respecto y el 3,8% formación acreditada. En las residencias, el 31,5% afirma tener dificultades en el control de síntomas; el 31,5% sitúa sus dificultades en la atención a las familias, un 21% lo refiere en la administración de fármacos y el 13% ninguna dificultad.
Conclusiones: Ante esta situación descrita, creemos necesario elaborar una guía que unifique criterios y actuaciones para conseguir mejorar la atención en esta etapa. Realizar un programa de formación específico en curas paliativas para el personal sanitario de las residencias geriátricas de la ciudad de Barcelona.

PC-151. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN CENTROS RESIDENCIALES GERIÁTRICOS

I. Mundet Riera[1], A. Masip Forns[1], E. Alcaraz Bellver[2], N. Soler Casaponsa[1], M. Gómez Torres[1] y M. Marín Hernández[1]
[1]EAR Mutuam. Barcelona. [2]Mutuam. Barcelona.

Introducción: En nuestra práctica diaria atendemos a pacientes geriátricos institucionalizados en residencias que presentan una elevada comorbilidad y fragilidad. La disfagia es un síntoma acompañante de diferentes síndromes geriátricos. Provoca un aumento de la fragilidad del paciente además de ser causa de numerosas complicaciones cómo infecciones respiratorias de repetición, insuficiencia respiratoria, deterioro del estado nutricional e inmunitario y comporta un elevado riesgo de defunción por complicaciones secundarias.
Objetivos: Elaborar una guía de actuación para los profesionales de residencias geriátricas, que permita un mejor manejo de la disfagia, tanto en la detección cómo en la práctica diaria, mejorando la calidad de vida del paciente y nuestra praxis.
Métodos: Según bibliografía consultada, en pacientes institucionalizados se estima una prevalencia de alrededor de un 40% de casos de disfagia. En una población estudiada de 2.218 pacientes, institucionalizados en 45 residencias de BCN, encontramos un 12% de casos diagnosticados. Por este motivo, hemos creado un equipo de trabajo formado por 6 enfermeros, con el objetivo de cuantificar la prevalencia de la disfagia, diagnosticar nuevos casos que hubieran pasado desapercibidos y recopilar información sobre los cuidados y atención a los pacientes con disfagia prestado por las residencias geriátricas, así como detectar las necesidades de formación al respecto de los profesionales sanitarios para confeccionar una guía de actuación lo más útil y adaptada posible a las necesidades reales de los mismos.
Resultados: Creemos necesario dentro de nuestro rol de soporte a las residencias la creación de una guía de detección precoz y manejo de la disfagia, así como formación dirigida al personal asistencial para minimizar las complicaciones que se pueden derivar de ella.
Conclusiones: Tras la exposición anterior, llegamos a la conclusión de que es necesario elaborar una guía para el manejo y detección de la disfagia para el personal sanitario de las residencias geriátricas de Barcelona, así cómo formación específica, para asegurar una buena atención sanitaria. En una segunda fase, sería conveniente realizar estudios para valorar la repercusión de la divulgación de la guía en la incidencia de episodios de procesos respiratorios.

PC-152. AFECTACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN UNA RESIDENCIA PSICOGERIÁTRICA DEL IMAS

P. Soler Gómez[1], M.D. Zaragoza Osete[1], J.M. Luján Ortega[1], B. de Maya Sánchez[2], M.J. Fernández García[3] e I. Nicolás Carrillo[4]
[1]Residencia Psicogeriátrica Virgen del Valle. El Palmar. [2]Residencia de Salud Mental Luis Valenciano. El Palmar. [3]Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. [4]Capio Hospital de Molina. Molina de Segura.

Introducción: Decidimos este estudio por sospecha de fragilidad en nuestros residentes. Fragilidad; la prevalencia de este síndrome aumenta exponencialmente con el envejecimiento, desde un 3,2% a los 65 años a un 16,3% en los mayores de 80 años y a un 23,1% a los 90 años, Existiendo fragilidad si cumple tres o más criterios, prefrágil si cumple uno o dos y no frágil si no cumple ninguno. 1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 Kg durante un año. 2. Autoinforme de agotamiento. 3. Disminución de la fuerza muscular. 4. Actividad física reducida, y 5. Velocidad lenta para la marcha. 6. Debilidad.
Objetivos: Detectar número de ancianos frágiles y la puesta en marcha de soluciones para la mejora del estado general.
Métodos: Tras una revisión bibliográfica exhaustiva, con una muestra de 30 pacientes mayores de 85 años aplicando las escalas: Evaluación cognitiva (MMSE), Yesavage, Pfeiffer, Índice Barthel, y Mini Nutritional Assessment (MNA) en una única entrevista, para identificar el nivel de fragilidad, tras el análisis de dichas escalas:
Resultados: Todos los pacientes presentan como mínimo 3 síntomas de fragilidad, siendo los más destacados: Actividad física reducida y velocidad lenta de la marcha. Nuestros ancianos presentan una buena alimentación, ya que no existen pérdidas de peso importantes durante el año último y a la utilización de suplementos nutricionales y uso de espesantes en disfagias.
Conclusiones: Necesitamos mejoras en rehabilitación física, insuficiente por la crisis. Sin fisioterapia durante unos meses. Sería deseable: sesiones diarias de fisioterapia (ejercicios aeróbicos) con programas de ejercicios de resistencia para mantener fuerza muscular y disminuir sarcopenia. Como soporte social, intervención positiva en estado de ánimo (interesándonos por sus preocupaciones), tratamiento precoz de deterioro cognitivo y del dolor. Prevención y promoción de la salud, incluyendo abandono tabáquico, problema acentuado debido a sus problemas psiquiátricos y control de iatrogenia por polifarmacia.

PC-153. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES CON CAÍDAS DE REPETICIÓN EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

M. Mendieta Corral, I. Llarena Pereira, M.J. Pérez de Eulate Aguirre, J. Pavón Moreno, S.M. Valencia Bustamante y R. García Quintero
Igurco Bilbozar. Bilbao.

Introducción: Estudio retrospectivo de las características funcionales y neuropsicológicas de residentes que han sufrido 4 o más caídas durante el año 2013.
Objetivos: Relacionar el síndrome de inestabilidad y caídas con el nivel de dependencia, deterioro cognitivo y trastornos de conducta.
Métodos: Se analiza una muestra de 109 residentes, de los cuales 12 de ellos presentan 4 o más caídas en un año. Las variables recogidas son: edad, sexo, estado neuropsicológico y funcional en residentes con síndrome geriátrico de inestabilidad y caídas. Para el estudio utilizamos escalas de valoración geriátrica: Barthel modificado, Dowton, FAC, Tinetti, MMSE, FAST y NPI.
Resultados: Durante el año 2013, 12 residentes sufrieron 4 o más caídas; lo que supone un 11% del total de residentes. El 83,4% de los residentes eran mujeres y el 16,6% hombres. La edad media de la muestra era de 88,25 años siendo la edad media de la residencia 86,35 años. El 100% de la muestra estaba diagnosticado de demencia en estadio grave (FAST 6, MMSE 8) y asociaba trastornos de conducta graves (NPI 38). El Barthel modificado medio de la muestra era de 40 puntos (dependencia grave). El 100% de la muestra presentaban un elevado riesgo de caídas (Dowton 5, Tinetti 12) y mantenían capacidad de deambulación (FAC 2).
Conclusiones: 1. El nivel de dependencia y el estado funcional condicionan un aumento en el número de caídas. 2. Los residentes que sufrieron 4 o más caídas tenían deterioro cognitivo grave con diagnóstico de demencia. 3. En la muestra analizada objetivamos que los residentes con elevado riesgo de caídas presentaban importantes trastornos disruptivos.

PC-154. DETECCIÓN DE PROFILAXIS INADECUADA CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) EN EL PACIENTE ANCIANO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

F.J. Afonso Argilés[1], G. Ramírez Rodríguez[2], M.T. Trullols Cardona[1], M.E. Riu Ventosa[1] y G. Porta Rius[1]
[1]Centro Sociosanitario El Carme. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Introducción: Los IBP son uno de los grupos de fármacos más recetados y con mayores niveles de facturación en el SNS. Su uso crónico se ha relacionado con aumento del riesgo de sufrir neumonías adquiridas en la comunidad, fractura de cadera, diarreas por *Clostridium difficile* y déficit de vitamina B_{12} en ancianos frágiles. Dentro de las indicaciones de uso aprobadas en ficha técnica está el tratamiento profiláctico de la úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna o erosiones gastroduodenales inducidas por AINEs en pacientes de riesgo (ancianos o con antecedentes de erosiones gastroduodenales) que requieran tratamiento continuado con AINE.
Objetivos: Evaluar el uso no aprobado en ficha técnica de IBP en profilaxis en mayores de 65 años.
Métodos: Estudio observacional descriptivo en ancianos ingresados en las unidades de convalecencia, larga estancia, subagudos y cuidados paliativos del centro con una estancia mínima de 15 días en el centro en el momento del estudio. Variables recogidas: edad, sexo, motivo de ingreso, uso de IBP con/sin AINES, ACO, corticoides y HBPM, con o sin antecedente de ulcera gastroduodenal en el último año. Paquete estadístico: SPSS19.
Resultados: Se incluyeron 145 pacientes. Edad: 79,2 ± 10,5; Sexo: mujeres: 105 (72,4%); motivo de ingreso: cardiológico: 9 (6,2%), fractura de cadera: 25 (17,2%), ictus: 18 (12,4%), infección: 21 (14,5%), neoplasia: 11 (7,6%), otras: 57 (39,3%); Uso de IBP sin ulcera: Total: 89 (61,3%) pacientes. Sin uso AINEs (AAS/otros AINEs) 38 (26,2%) (IBP + ACO: 7 (18,4%), IBP + corticoides: 5 (13,1%), IBP + HBPM: 16 (42,1%), IBP + clopidogrel: 3 (7,8%), IBP sin ninguno de los anteriores: 7 (18,4%); con AINES: 51 (35,2%) (AAS: 42 (29%), otros AINES: 9 (6,2%)).
Conclusiones: Un 61% de pacientes ingresados tomaban de manera profiláctica IBP. Su uso estaba justificado según ficha técnica solo en un 35,2% de los pacientes (prescripción crónica de AINEs). Se ha detectado un uso de IBP profiláctico no claramente justificado en un 26,2% de los pacientes.

PC-155. USO DE TROMBOPROFILAXIS CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM) EN ANCIANOS INGRESADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA AGUDA O POSQUIRÚRGICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

G. Ramírez Rodríguez[1], F.J. Afonso Argilés[2], M.T. Trullols Cardona[2], G. Porta Rius[2], M.A. Escuer Serra[2] y M.E. Riu Ventosa[2]
[1]Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid. [2]Centro Sociosanitario El Carme. Badalona Serveis Assistencials. Badalona.

Objetivos: Evaluamos el uso de tromboprofilaxis con heparina en mayores de 65 años ingresados por una patología médica aguda/subaguda o postquirúrgica en un centro sociosanitario.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en ancianos ingresados en las unidades de Convalecencia, U.L.E., Subagudos y Cuidados Paliativos de nuestro centro con una estancia mínima de 15 días en el momento del estudio. Variables recogidas: edad, sexo, motivo de ingreso, indicación y duración de tromboprofilaxis con heparina según patología médica aguda/subaguda o postquirúrgica bajo las recomendaciones de la *Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2012*). Se tuvieron en cuenta los criterios de alto riesgo de sufrir enfermedad tromboembólica venosa (Padua Prediction Score > 4 puntos) y la inmovilización > 35 días. Paquete estadístico: SPSS19.
Resultados: n: 145 pacientes. Edad: 79,2 ± 10,5; Sexo: 105 mujeres (72,4%); Motivo de ingreso: Patología médica 118 (81,3%) (cardiológica 9 (6,2%), ictus 18 (12,4%), infecciosa 21(14,5), neoplásica 11 (9,3%), otras causas 57 (39,3%); Postquirúrgica: fractura ortopédica 25 (18,6%). Pacientes sin heparina 82 (56,5%): 25 (30,4%) con indicación (6 (24%) neoplásicos), 43 (52,4%) sin indicación, 14 (17%) tomaban ACO. Pacientes con heparina 63 (43,4%): 31 (49,2%) sin indicación, 32 (50,7%) con indicación. De los pacientes sin indicación, 8 (25,8%) recibieron tromboprofilaxis entre 35-60 días, 11 (35,4%) entre 61-90 días y 12 (38,7%) > 90 días. Uso no justificado de HBPM en patología médica en 24 pacientes (77,4%), quirúrgica 7 pacientes (22,5%).
Conclusiones: Según las recomendaciones de la Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians, hemos detectado que de los pacientes que no reciben tromboprofilaxis (56,5%), un 69,4% no tenían indicación, mientras que en un 30,4% deberían haberla recibido. Del total de pacientes que reciben tromboprofilaxis, en un 49,2% no estaba recomendada su prescripción. De ellos, en el 38,7% se administró durante > 90 días. El uso no recomendado de tromboprofilaxis ha sido más frecuente (77,4%) en pacientes con patología médica.

PC-156. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN UNA POBLACIÓN FRÁGIL (1.014 FRACTURAS DE CADERA) II: PSICOTROPOS

B. González Glaría e I. Iráizoz Apezteguía
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Descripción y análisis de la utilización de fármacos psicótropos en una población frágil.
Métodos: Se recogen datos de todos los pacientes de la unidad de ortogeriatría ingresados a lo largo de 5 años (marzo 2008-febrero 2013) en el servicio de traumatología del Hospital de Navarra con diagnóstico de fractura de cadera. Demográficos; estancia y tiempo para cirugía; lugar de procedencia y ubicación al alta; tipo de fractura y cirugía; antecedentes personales; síndromes geriátricos; funcionales (Lawton; Barthel; Holden); complicaciones periquirúrgicas. Fármacos psicotropos al ingreso. Se realiza descripción y análisis Chi cuadrado de la relación de fármacos psicotropos con demás datos.
Resultados: n: 1.014; edad 85,9 años; mujer 77,4%. Duración ingreso: 10 días, espera quirúrgica: 3 días. Tipo de fractura: subcapital/transcervical: 37,8; basicervical/troncánteres: 60,1. Cirugía: osteosíntesis: 51,2; prótesis: 36,6. Antecedentes: HTA 61,8; dislipemia: 25,4; DM: 22,4; FA: 19,4; IC: 12,5; CPHTA: 6,5; CP isquémica: 10,3; CP valvular: 7,5; EPOC: 8,5; I renal: 16,7; enf. Cerebrovascular (cevasc): 17,6; artrosis: 25,7; osteoporosis: 32,6. Síndromes geriátricos: demencia: 38,1; alt. conductual: 19,2; alt. sueño: 44,2; s. ansiosodepresivo: 35,5; estreñimiento: 22,6; pérdida peso: 18,7; disfagia: 11,6; dolor: 11,1; caídas: 29,3; déf. visual: 10,3L; déf. auditivo: 16. Funcional: Lawton: 2,34; Barthel 69,34. Complic. preqx: 47,2: estreñimiento: 7,9; cardiovascular (cv): 9,5; metabólico: 7,5; infección: 9,6; trasfusión: 14,8; confusional: 20,3. Complic. postqx: 83,9: estreñimiento: 26,5; cv: 20,7; metabólico: 15,2; infección: 18,7; trasfusión: 50,7; confusional 29,3. S. social: solos 13,9, residencia 26,9. Ubicación alta: unidad rehabilitación 41,9; domicilio 25; residencia 24,4; exitus 6,4. Fármacos: Psicotropo: 71,8. Acción sedante nocturna: 59, 1; neuroléptico: 13,5; BZD: 41,7; antidepresivo: 38,5; otro hipnótico: 8,1; anticolinesterásico/memantina: 10,2; antiparkinsonianos: 5,7; antiepilépticos: 8. Tras aplicar Chi cuadrado destacan las siguientes significaciones (p < 0,05): Antipsicóticos: Antipk/antiepilépticos < 85 años. Mujer salvo antipk. Insuficiencia renal, osteoporosis, demencia/alt. conductual/alt. sueño/s.ansioso-depresivo, pérdida de peso, disfagia, dolor, caídas, def. auditivo, Barthel < 75-50-20, Holden 0-2; confusional, de residencia, alta a residencia. Comorbilidades: BZD/antidepresivos: dislipemia. Sedante nocturno/ neuroléptico/BZD/antidepresivo: artrosis. Sedante nocturno/antidepresivo: dolor. Anticolinest/memant (-) pat. cv. No asociación demencia/alt conductual- BZD. Antidepresivo: caídas. Exitus: neuroléptico.
Conclusiones: 1. Los psicótropos es el grupo farmacológico más utilizado, más en mujeres. 2. Su uso se asocia con demencia/alteración conductual/sueño, trastorno ansioso depresivo y otros síndromes geriátricos indicadores de fragilidad: pérdida de peso- disfagia, dolor, caídas (antidepresivos) y discapacidad funcional. 3. En cuanto a comorbilidad los anticolinesterásicos se asocian menos con patología cardiovascular y la artrosis se asocia con mayor uso de psicótropos nocturnos, neurolépticos, BZD y antidepresivos. 4. Los que utilizaban algún tipo de psicótropo presentaron mayor clínica confusional durante el ingreso. 5. Son personas que provienen y vuelven a residencia. 6. Se encontró asociación entre el uso de neurolépticos previo al ingreso con exitus durante el ingreso.

PC-157. UNIDADES DE NEURORRECUPERACIÓN. APOSTANDO POR MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO DEPENDIENTE

M.D.P. Rodríguez Sanjuán[1] y J. Sanguino Caso[2]
[1]*Fundación Instituto San José. Madrid.* [2]*DGGC. Madrid.*

Objetivos: 1. Analizar el perfil de pacientes ingresados en una Unidad de Neurorecuperación hospitalaria mediante su comorbilidad, valoración geriátrica integral y destino al alta. 2. Demostrar la contribución de su paso por la unidad en su estabilidad clínica y mejora funcional.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con Ingreso y Alta en la unidad, desde junio 2013 a febrero 2014. Fuente.: Protocolo específico basado en la historia clínica. Análisis estadístico: Programa informático S.P.S.S.
Resultados: Analizamos 60 pacientes: 31 hombres (51,7%) y 29 mujeres (48,3%). Edad media global 75; mediana 78; moda 80. La comorbilidad previa al evento neurológico por paciente fue: Al menos un FRCV 95%; patología musculoesquelética 63,3%; enfermedad cardíaca 53,4%; enfermedad cerebrovascular 46,7%; EPOC 30%; tumores malignos 28,3%; deterioro cognitivo 18,3%; insuficiencia renal crónica 15%; miscelánea 40%. El diagnóstico al ingreso: ACVA 70%, síndrome de inmovilidad 16,7%, otros 13.3%. Los síndromes geriátricos detectados al ingreso: polifarmacia 93,3%; riesgo de caídas 91,7%; i. urinaria 80%; psicofármacos 80%; i. fecal 66,7%; déficit visual 61,7%; dolor 53,3%; insomnio 51,7%; depresión 48,3%; ansiedad 43,3%; desnutrición 35%; estreñimiento 30%; delirium 18,3%; UPP 8,3%. Presentaban importante problemática social 10%. El grado de dependencia basal: severos (I.B. ≤ 40) 3,3%; Moderados (I.B. 41-60) 8,3%; Leves (I.B. 61-85) 18,3%; Independientes (I.B. ≥ 90) 70%. Destaca como valor inferior de I.B. “30” en 1,7% y superior “100” en 56,7%. Dependencia-Ingreso: Severos 80%; Moderados 11,7%; Leves 8,3%; Independientes 0%; I.B. inferior “0” 20% y superior “80” 1,7%. Dependencia-Alta (completaron proceso 88,3%): Severos 26,24%; Moderados 26,24%; Leves 11.3%; Independientes 35,8%. I.B. inferior “5” en 1,9% y superior “100” en 15%. Al alta regresaron al domicilio 63,3%, precisando institucionalización 25%. No completaron rehabilitación: Reingreso en Agudos 10% y Exitus 1,7%. El tiempo medio de ingreso fue 2 meses y 10 días.
Conclusiones: Presentamos un perfil de paciente con comorbilidad previa moderada pero autónomo, sin problemas funcionales, cogni-

tivos ni sociales relevantes. El evento neurológico conlleva incremento de pluripatología y dependencia. Tras el proceso de rehabilitación un alto porcentaje regresa a domicilio, aunque precisará apoyo formal o informal. Todos se beneficiaron de su paso por la unidad, mejorando sus condiciones de dependencia para ellos y sus familias.

PC-158. ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 2 AÑOS DE LAS CAÍDAS Y FRACTURAS EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

M.M. Román García, M.C. de la Fuente Carrera, A. Madruga Flores, J. Fernández Avilés, M.L. Pinilla Crespo y M.I. Mateos Cruz
Residencia Geryvida. Cáceres.

Introducción: Las caídas en residencias de mayores son problemas frecuentes cuya magnitud se desconoce con precisión. Las fracturas (Fx) son consecuencias temibles, especialmente la fractura de cadera (FF); siendo la limitación de movilidad la estrategia más común y difundida para intentar evitarlas, sin atender a consecuencias. Nuestro centro mantiene filosofía de "no restricción" de la movilidad. Objetivos: Realizar seguimiento de toda caída acontecida en dos años consecutivos y analizar consecuencias (fracturas). Detectar personas y grupos de riesgo. Aplicar estrategias de intervención multidimensionales, multidisciplinares e interdisciplinares.
Métodos: Se registró toda caída ocurridas en periodo citado, circunstancias, consecuencias y factores implicados; realizando intervenciones multifactoriales y multidimensionales, sesiones de formación y nombrando responsable fisioterapeuta para seguimiento. Se analizaron y compararon los resultados, utilizando cuestionario y registro de caídas propios; organizando los datos en tablas de frecuencia para posterior tratamiento estadístico, en curso.
Resultados: En 2012 registramos 232 caídas con 75 residentes; 2.9 caídas por residente y año (290%); 12 fracturas relacionadas con caídas: 1 Fx F posiblemente patológica, 1 fx huesos propios nariz, 4 Fx pelvis y 4 de cadera, 2 de Colles y 1 metacarpofalangica. En 2013 se registraron 288 caídas con 165 residentes; 1.6 caídas por residente y año (169%); se produjeron 8 fracturas relacionadas con caídas: 1 Fx F posiblemente patológica, 3 fx cadera, 3 fx humero, 1 fx codo, 1 Fx radio.
Conclusiones: Las caídas en Residencias son muy frecuentes y las fracturas pocas: 4,3-5% (2012), 2,4-3,4 (2013). Hubo significativo aumento de residentes y disminución llamativa de caídas y fracturas. La incidencia de fracturas patológicas fue la misma en esta muestra, no siendo achacable a caída. Las fracturas de localización típica osteoporótica disminuyen: (10 en 2012 y 7 en 213); siendo la fractura de cadera la más grave y la que menos disminuye. La realización de sesiones multidisciplinares, intervención multifactorial y formación específica sobre las caídas en nuestro medio asistencial y la implicación del fisioterapeuta en el seguimiento y análisis ha sido de gran utilidad, así como la intervención de enfermería y Terapia Ocupacional. Se identifican grupos y personas de riesgo (caedores).

PC-159. CAUSAS FUNDAMENTALES DE MORTALIDAD EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

M.M. Román García, M.L. Pinilla Crespo, N. Fernández Fernández, F. Santano Arias, M. Alcalá Cerrillo y R.M. Rodríguez Maestre
Residencia Geryvida. Cáceres.

Introducción: La muerte en residencias de mayores ocurre por causas no siempre bien identificadas. Pocos estudios las analizan. Los ancianos ingresados presentan patologías múltiples frecuentemente desconocidas al ingreso; el cual se produce con frecuencia en situación inestable y con deterioro mental acompañante, que dificulta diagnósticos. Ante fallecimiento es preciso determinar causa fundamental, no siendo fácil. Los nuevos certificados de defunción de la OMC pudieran facilitar este análisis y la definen como causa única desencadenante de todo el proceso.
Objetivos: Registrar, todo fallecimiento y analizar causas fundamentales. Generar líneas de investigación y crear bases de datos para observar evolución y conclusiones útiles para difusión y práctica asistencial.
Métodos: Registramos todo fallecimiento acontecido durante los tres primeros años en una Residencia de Mayores privada concertada, utilizando certificados de defunción, Hª Clínica del residente e información familiar. Analizamos causas fundamentales y los datos se organizaron en tablas de frecuencia para el análisis de variables.
Resultados: Hubo 93 fallecimientos (25%) 35 varones y 58 mujeres; de 86 años media. 31 en Hospital y 61 en Residencia. Causas fundamentales detectadas: 15 Infección Respiratoria complicada/neumonía, 12 Neoplasias conocida, estadio avanzado, 10 muerte súbita sin empeoramiento previo constatado en residentes con patología grave conocida, 7 declive multi-orgánico (MO) en contexto demencia avanzada, 6 declive MO con empeoramiento gradual sin demencia, 5 demencia avanzada con Fx cadera reciente, 5 insuficiencia cardiaca, 4 cardiopatías isquémica aguda, 4 obstrucción intestinal, 3 ictus terminal, 3 fallo MO por I renal severa, 3 ACVA reciente, 3 sepsis urológica, 3 muerte súbita posible TEP, 1 neoplasia oculta, 1 Fa rápida tras ictus reciente, 1 broncoaspiración, 1 muerte súbita por IR terminal, 1 TCE, 1 sepsis orofaríngea, 1 sepsis por gangrena, 1 sd. neuroléptico maligno, 1 compresión medular osteoporótica, 1 muerte súbita sin patología conocida.
Conclusiones: En esta muestra la mortalidad fue del 25%. Las causas más frecuentes: infección respiratoria/neumonía, seguida de neoplasia conocida avanzada y muerte súbita sin empeoramiento previo. Los más mayores fallecieron por declive MO sin demencia y los más jóvenes por obstrucción intestinal. La demencia avanzada debe considerarse entre las causas fundamentales más frecuentes en residencias.

PC-160. LA DISFUNCIÓN COGNITIVA POSTOPERATORIA EN EL DESARROLLO DE LA DEMENCIA: VALORACIÓN DE UNA POBLACIÓN MAYOR DE 55 AÑOS

J.R. Martínez Calvo[1], F. Pardo Sobrino[1], H. Sánchez González[1], M.F. Sarille[1], M.L. Suárez Rey[2] y G. Santamarina[2]
[1]Hospital Lucus Augusti. Lugo. [2]Universidad de Santiago.

Objetivos: Establecer una relación entre la disfunción cognitiva postoperatoria en pacientes mayores de 55 años sometidos a una intervención quirúrgica bajo anestesia general
Métodos: Aplicación de un protocolo basado en la valoración geriátrica integral y pruebas de valoración cognitiva como el Mini Mental Test, el Test del Reloj y la escala de depresión geriátrica.
Resultados: A nivel cognitivo se observa una diferencia significativa en los resultados del Mini Mental Test en aquellos pacientes mayores de 55 años intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general.
Conclusiones: La disfunción cognitiva postoperatoria, cuyas causas definitivas no han sido claramente identificadas, es frecuente en pacientes de edad avanzada después de una cirugía. Es un tema que cada vez suscita más interés en el área de Anestesiología y Geriatría, lo que se traduce en aumento del número de publicaciones a nivel nacional e internacional.

PC-161. ESTANCIA MEDIA Y FUNCIONALIDAD FINAL DEL ANCIANO AFECTO DE UNA FRACTURA INESTABLE POR FRAGILIDAD QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE UN CENTRO DE MEDIA ESTADA CON OBJETIVO REHABILITADOR

J.M. Cancio Trujillo, S. Santaeugenia González, M. Sánchez Cabrera, N. Gómez Gómez y J.L. Rodríguez García
Centre Sociosanitari El Carme. Badalona.

Objetivos: Ante una fractura por fragilidad osteoporótica del paciente geriátrico es conocida en la bibliografía, la importancia del inicio

precoz del proceso rehabilitador tras la cirugía. En ciertas fracturas dada su conminución, el proceso quirúrgico no es capaz de estabilizar el foco de fractura. Y requieren de un periodo no protocolizado de descarga absoluta, que alarga su estancia en nuestra unidad. Una vez consolidado dicho foco de fractura podrán inciar la reeducación de la marcha con una carga progresiva. Dichas fracturas suponen una amplia estancia media, siendo sus necesidades del proceso de rehabilitación activa un corto período de la totalidad del proceso.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo a lo largo del año 2013, de la totalidad de fracturas por fragilidad inestables ingresadas (n: 30), en cuyo informe de alta indica su descarga absoluta de la extremidad afecta. Procedentes de los hospitales de agudos de nuestra región sanitaria con objetivo rehabilitador.
Resultados: Nuestra población corresponde a un 83,3% de mujeres en relación a los hombres, con una edad media de 77,9 años. La estancia media es de 121,4 días, de los cuales 79,7 días están en descarga absoluta, y los 31 días restantes realizan de forma progresiva un programa de reeducación de la marcha. Dichas fracturas corresponden en un 33,3% a extracapsulares de cadera, 23,3% de las de ramas ilio o isquiopubianas, periprotésicas de cadera (16,7%) y periprotésicas de rodilla 6,7%. Índice de Barthel previo del 88,27, y al alta 70,37, con una ganancia funcional de 39,3 puntos. Alta a domicilio en el 86,7%. Tipo de marcha al alta con una escala de Holden de 3,8, la previa era de 4,77. Destacan 7,57 síndromes geriátricos, con un 43,3% de complicaciones médicas a lo largo del ingreso. Existe correlación estadísticamente significativa entre los días de descarga y los de ingreso final.
Conclusiones: Estas fracturas, suponen unas estancia medias perlongadas en nuestro servicio dadas las necesidades actuales de recursos sanitarios..Las ganancias funcionales de 39,3 puntos de la totalidad del proceso rehabilitador y autonomía de la marcha, justifican dicho procedimiento. Aunque debería abogarse por centros residenciales puente hasta que se pueda intensificar el proceso rehabilitador.

PC-162. LA HOSPITALIZACIÓN DE LA FRACTURA DE FÉMUR EN CATALUÑA

I. Bullich Marín, P. Sánchez Ferrín, M.J. Pueyo Sánchez, M. Larrosa Padró, X. Surís Armangué y C. Ferrando Belart
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Objetivos: Describir la utilización de recursos de hospitalización de agudos y sociosanitaria por personas con fractura de fémur en Cataluña en el 2011 y determinar las principales características clínico-asistenciales.
Métodos: Análisis descriptivo de las variables clínico-asistenciales de los registros de actividad hospitalario y sociosanitario (CMBD-HA y CMBD-SS) de las altas con diagnóstico principal de fractura de cuello de fémur (CIM-9: 820) financiadas públicamente por el CatSalut.
Resultados: El 2011 se atendieron en los hospitales de financiación pública 8.052 fracturas de fémur (8.280 en total). Edad media: 82,83 años; Mujeres: 73,9%. Estancia media: 11,4 días; Fractura subcapital: 45,0%; Artroplastia: 33,5% (en fracturas subcapitales: 72,7%); Mortalidad: 5,1%; Soporte Unidad Funcional Geriatría (UFISS): 35,9%; Alta a centro sociosanitario: 34,7%; Comorbilidad (Charlson abreviado): Sin: 84,1%; Baja: 10,2%; Alta: 5,7%. UFISS: 2.896 episodios; Edad media: 83,97 años; Mujeres: 74%; Estancia media: 10,8 días; Comorbilidad: 57,9% 4 o más diagnósticos; Mortalidad: 3,4%; Alta a domicilio: 40,3%; Alta a centro sociosanitario: 47,2%. Convalecencia: 2.554 episodios; Edad media: 83,93%; Mujeres: 74,6%; Estancia media: 47,79 días; Comorbilidad: 57% 4 o más diagnósticos; Categoría RUG Rehabilitación: 83,2%; Mortalidad: 2,5%; Alta a domicilio: 80,9%; Alta a centro sociosanitario: 10%; Deterioro cognitivo ingreso: 41,9% (media CPS: 1,26); Media AVD ingreso: 11,83; Media AVD alta: 9,30; Porcentaje mejora funcional: 17,46% ($p < 0,01$). Larga estancia: 402 episodios; Edad media: 84,13%; Mujeres: 72,4%; Estancia media: 165,05 días; Comorbilidad: 75,3% 4 o más diagnósticos; Categoría RUG Rehabilitación: 59,7%; Mortalidad: 17,9%; Alta domicilio: 53,7%; Alta centro sociosanitario: 7,0%; Deterioro cognitivo ingreso: 50,7% (media CPS: 1,94); Media AVD ingreso: 11,55; Media AVD alta: 12,49; Porcentaje mejora funcional: 5,5% (inferior si deterioro cognitivo $p < 0,01$).
Conclusiones: La fractura de fémur es un problema que afecta mayoritariamente a mujeres mayores de 75, siendo la fractura pertrocantérea la más frecuente. Más de un tercio de requieren atención sociosanitaria. El estado cognitivo condiciona negativamente la recuperación funcional. El destino a la comunidad se relaciona con la mejora funcional. Del 77,4% de las altas a la comunidad, el 63,6% se dan en el hospital y del 6,6% de las defunciones, el 75% se produce durante el ingreso en el hospital.

PC-163. HIPODERMOCLISIS, ALTERNATIVA EN LA REHIDRATACIÓN: EN BUSCA DE LA IDONEIDAD

B.J. Tineo Rojas, O. Duems Noriega, F. Riba Porquet, M.G. Pezo Morales y S. Ariño Blasco
Fundació Hospital Asil de Granollers.

Introducción: La deshidratación representa una frecuente complicación en ancianos. La vía subcutánea (SC) se ha mostrado como una alternativa a la rehidratación endovenosa (EV) con potenciales ventajas en población anciana, sin embargo; poco se conoce de su aplicación en ambiente hospitalario y del perfil del paciente que mayor beneficio obtendría de su utilización.
Objetivos: Describir el empleo de la hidratación SC en pacientes ancianos hospitalizados en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) con intolerancia oral e identificar el perfil de pacientes que menos beneficio obtendrían del tratamiento subcutáneo.
Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes ingresados en una UGA con deshidratación leve-moderada que recibieron hidratación SC debido a intolerancia oral y presencia de fragilidad capilar con accesos venosos dificultosos.
Resultados: 135 pacientes recibieron tratamiento hidratador SC (edad media 87,1 ± 6,0 años, 67% mujeres), Barthel medio 41,1 ± 33,1, demencia evolucionada en el 51%. La cantidad media de líquido infundida al día fue de 1.100 ± 290 cc, durante 4,7 ± 2,9 días. La solución fisiológica al 0,9% fue la más frecuentemente utilizada (40,4%), seguida de solución glucosada al 5% y de solución glucosalina (30,9 y 28,7% respectivamente). La razón que motiva el retiro de la hidratación SC fue la mejoría clínica y la tolerancia oral en el 87% de los casos, siendo en el resto el empeoramiento clínico lo que motivó cambio de vía a EV o la priorización de medidas de confort. Se objetivaron 9,3% de casos con leves efectos secundarios locales (edema y eritema) y un 5,7% de arrancamientos de catéteres, con una media de catéteres empleados de 1,6 ± 1,0 por paciente. Se relacionó la presencia de efectos secundarios (edema local) y empeoramiento clínico en los pacientes que presentaban albumina sérica baja (< 3,0 mg/dL) con significancia estadística ($p < 0,02$).
Conclusiones: Creemos necesario identificar aquellos pacientes que tienen más riesgo de presentar efectos secundarios con el empleo de la vía SC y que obtendrán menos beneficios de su empleo, con el objetivo de delimitar el perfil de pacientes a quienes ofrecer esta alternativa. En nuestro estudio la única variable asociada a una peor evolución fue la albúmina sérica baja.

PC-164. PERFIL CLÍNICO DE LOS CENTENARIOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

M. Javier González, L. Silveira Guijarro, M. López Tatis, M. Hidalgo Gamarra y J.A. Serra Rexach
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La presencia de centenarios es cada vez más frecuente en el entorno hospitalario pero pocos estudios describen sus características clínicas, funcionales y la evolución hospitalaria.

Objetivos: Describir las características clínicas y funcionales de los centenarios hospitalizados en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) y su evolución clínica.
Métodos: estudio de una cohorte retrospectiva con datos de todos los pacientes de más de 100 años ingresados en el Servicio de Geriatría en la Unidad de Agudos de un Hospital terciario de Madrid desde enero 2007 hasta diciembre 2012. Se revisaron los registros de cada paciente, obteniéndose variables demográficas, clínicas (diagnósticos médicos previos y del ingreso) y datos funcionales.
Resultados: Hubo 83 centenarios ingresados en la UGA: edad media de 101,7 ± 1,63 años (100-107), mujeres el 73,3%, estancia media de 7,0 ± 6,23 días. Un 70,9% vivían en domicilio y el 19,8% estaban institucionalizados. De las altas el 96,7% regresó a su domicilio previo. Se objetivó un aumento progresivo en el número de ingresos del 19,3% más en el último año respecto al primero. Utilizando el Charlson independiente de la edad como índice de comorbilidad, resultó un índice medio de 2,42 ± 1,71, presentando 36,1% ligera comorbilidad (Charlson 0-1), 50,1% moderada (Charlson 2-4) y 13,3% grave (Charlson ≥ 5). Se utilizó el índice de Katz para definir la capacidad funcional: 10,5% tenían incapacidad leve (Katz A-B), 10,5% incapacidad moderada (Katz C-D) y 79% discapacidad grave (Katz E-G). Un 62,8% tenían diagnóstico de demencia. El diagnóstico más frecuente fue infección respiratoria (38,6%), seguido de enfermedades cardiovasculares (25,3%), siendo la más frecuente entre estas la insuficiencia cardiaca. El cuadro confusional agudo se presentó en el 24,1%. La mortalidad hospitalaria alcanzó un 26,5%, disminuyendo significativamente desde 2007 (50%) hasta el 2012 (13,6%). Los valores de albúmina y de proteína C reactiva y la dependencia total en ABVD se relacionaron en nuestra muestra con una mayor mortalidad hospitalaria de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$).
Conclusiones: En nuestra muestra, la hospitalización de ancianos centenarios aumenta progresivamente. A pesar de tratarse de un grupo con importante complejidad clínica (comorbilidad, dependencia, deterioro cognitivo) existía escaso grado de institucionalización previo y al alta.

PC-165. PACIENTES GERIÁTRICOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y UTILIDAD DEL EMPLEO DE ESCALAS PRONÓSTICAS

P. Mantilla Vargas, O. Duems Noriega, F. Riba Porquet y S. Ariño Blasco
Hospital de Granollers.

Objetivos: Describir la evolución clínica de pacientes geriátricos ingresados y tratados por síndrome coronario agudo (SCA) durante el ingreso y a 3 meses del alta hospitalaria. Identificar la utilidad de escalas pronósticas en este grupo poblacional.
Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de SCA ingresados en el Servicio de Geriatría de Agudos del HGG durante el periodo junio 2012-julio 2013. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, cognitivas, de terapéutica así como mortalidad durante el ingreso y tras 3 meses del alta hospitalaria.
Resultados: Se incluyeron 86 pacientes, la mayoría mujeres (70.4%), con edad media de 88,9 ± 6,1 años, con dependencia leve–moderada (Barthel medio de 70 ± 27). El 26.5% tenían demencia y el 14.7% estaban institucionalizados. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular y más del 60% tenían cardiopatía Isquémica previa. El SCA-SEST fue el síndrome coronario más frecuente (74%), siendo la forma de presentación predominante la atípica (56%). A su ingreso nuestros pacientes presentaban un riesgo elevado cardiovascular según la escala de GRACE con un índice medio de 197,3 ± 28,0 y un alto riesgo de sangrado según CRUSADE en el 64,7%. Sólo el 11.8% de los pacientes fueron sometidos a tratamiento revascularizante, objetivándose una baja proporción de complicaciones sangrantes durante el ingreso (9%). Durante la hospitalización fallecieron 11,6% de los pacientes y 20,6% a los tres meses tras el alta. El GRACE medio de los pacientes que fallecieron durante el ingreso fue significativamente mayor (217,5 ± 31,9) frente a los que fueron dados de alta (188,5 ± 21,1 $p = 0,001$), diferencia que no fue objetivada a los tres meses tras alta (191,1 ± 21,0 vs 178,4 ± 15,1 $p = 0,01$).
Conclusiones: La toma de decisiones en el entorno geriátrico se debe fundamentar además del empleo de escalas pronósticas en la consideración de condiciones pre-existentes, del estado funcional/cognitivo previo así como de la opinión de paciente/familiares. En nuestra población, según GRACE todos los pacientes deberían haber recibido tratamiento revascularizante, resultado distante a la realidad, cuestionando su utilidad en la toma de decisiones del paciente geriátrico. Sin embargo; puede ser una herramienta útil para identificar pacientes con alto riesgo de evolución tórpida a corto-mediano plazo.

PC-166. IMPACTO DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL SOBRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

G. Guzmán Gutiérrez, J. Gutiérrez Rodríguez, B. García García, P. Jeria Madrid, C. Guirola García-Prendes, O. Saavedra Oberman y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar si existe relación entre el número de días ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) con la situación nutricional de los pacientes.
Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico longitudinal incluyendo pacientes ingresados en la UGA del 15-02-2013 al 26-03-2013. Para el análisis de las variables de población, clínicas, funcionales, cognitivas y nutricionales, previo consentimiento informado, se revisó la historia clínica del paciente. Además se tomaron medidas antropométricas del paciente y se aplicaron instrumentos de medida: Mini Nutritional Assessment (MNA), Índice de Barthel (IB), Mini Nutritional Assessment Exam (MMSE).
Resultados: Mediante pruebas estadísticas se analizaron los datos de 90 pacientes con una estancia media de 8,9 ± 3,5 días, edad media de 86,1 ± 5,9 años, con 62,2% mujeres y 74,4% procedentes de domicilio. Ingresaron mayoritariamente por infección respiratoria (43,3%), Insuficiencia cardiaca o ICC (25,6%), e infección del tracto urinario (13,3%) con un IB al mes previo de 57 ± 36, al ingreso de 45 ± 35, y una media en el MMSE de 17 ± 11. IMC 27,16 ± 5,9, peso 67,9 ± 15kg, talla 158.24 ± 8,1cm, circunferencia abdominal 101 ± 14,15. La media en el MNA fue de 19,59 ± 5,1 (malnutrición 24,4%, en riesgo 50%, sin malnutrición 25,6%). Mediante regresión lineal simple se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el MNA total y la estancia media ($R = 0,22$; $R^2 = 0,05$; $B = -0,15$; $p = 0,035$; IC = -0,29 a -0,01). Se observó mediante un análisis de la varianza la relación entre cada subgrupo del MNA y la estancia media (malnutrición 10,45 ± 5,1, vs riesgo 8,53 ± 2,7, vs sin malnutrición 8,3 ± 2,1; $p = 0,06$). Se observó una diferencia significativa en la estancia media entre los pacientes malnutridos y el resto (10,45 ± 5,1 vs 8,46 ± 2,5; $p = 0,018$).
Conclusiones: Para nuestra población de estudio se encontró que a mayor puntuación en el MNA y a mejor situación nutricional, los pacientes presentaban menor estancia hospitalaria.

PC-167. RELACIÓN ENTRE NUTRICIÓN, DEPENDENCIA Y CONVIVENCIA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS (UGA)

R. Alberich Vendrell, M.E. Avilés Cobo, A. Goudinoff García, P. Castro Milán, C. Bello Santamaría y M.C. Mansilla Romero
Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Introducción: El perfil de pacientes que ingresa en la UGA se caracteriza por la presencia de síndromes geriátricos. La desnutrición es uno de los de mayor prevalencia.

Objetivos: Conocer el estado nutricional del paciente. Valorar si existe relación entre la desnutrición, el nivel de dependencia y la convivencia.
Métodos: Muestra de 60 pacientes (30 hombres y 30 mujeres) que ingresan en UGA, entre diciembre 2013 y febrero 2014.sin deterioro cognitivo severo y sin nutrición enteral. Variables: edad, nivel dependencia (Í. Barthel; 0-20 dependencia total, 21-40 dependencia grave, 41-60 dependencia moderada, 61-99 dependencia leve, 100 autónomo): grado de desnutrición según el nivel de albúmina en sangre (no desnutrido > 3.5; leve, 3/3.5; moderado 2.5/3; grave, < 2.5); situación socio familiar (vivir solo, vivir con cuidador de edad similar, vivir con cuidador más joven, vivir institucionalizado); estancia media.
Resultados: Media de edad: 86,88 años. Media Í. Barthel; 19,9/100: 39 dependencia total, 8 severa, 6 moderada, 5 leve y 2 independiente. Media valor albúmina: 3,1;- Viven solos; 7 (11,65%): 2 No desnutridos, 1 desnutrición leve, 3 desnutrición moderada y 1 desnutrición grave. Con cuidador de edad similar; 14 (23,35%): 3 no desnutridos, 6 leves, 4 moderada y 1 grave. Con cuidador joven; 23 (38,35%): 5 no desnutridos, 8 leves, 8 moderada y 2 graves. Institucionalizados; 16 (26,65%): 6 no desnutridos, 2 leves, 6 moderada y 2 grave. Dependencia total; 39 (65%): 9 no desnutridos, 11 desnutrición leve, 16 desnutrición moderada y 3 desnutrición grave. Dependencia severa; 8 (13,33%): 1 leves, 4 moderado y 3 grave. Dependencia moderada; 6 (10%): 2 no desnutridos, 3 leves y 1 moderada. Dependencia leve; 5 (8,33%); 3 no desnutridos y 2 leves. Independiente; 2 (3,33%); 2 no desnutridos. La estancia media es de 13.8 días.
Conclusiones: 1. Pacientes de edad media muy elevada y con dependencia severa. 2. Un número importante de pacientes con dependencia total y severa presentan desnutrición. 3. Más de la mitad de los pacientes institucionalizados están desnutridos. 4. Más de las tres cuartas partes de los pacientes que conviven con cuidador de edad similar, están desnutridos.

PC-168. VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD Y ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

O. Saavedra Obermann, A. González Sanz, L. Pellitero Blanco,
C. Guirola García-Prendes, J. Gutiérrez Rodríguez
y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: 1) Conocer la mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 75 años, ingresados por enfermedad aguda. 2) Estudiar la estancia media hospitalaria. 3) Analizar las variables clínicas, funcionales y mentales que podrían asociarse con mortalidad y estancia media.
Métodos: Estudio transversal descriptivo sobre pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría durante los 40 primeros días de 2014. Variables: sociodemográficas (edad, sexo y domicilio), clínicas (número de diagnósticos e índice de Charlson), funcionales (Barthel), cognitivas (Pfeiffer) y terapéuticas (número de fármacos).
Resultados: 340 pacientes fueron incluidos (edad media 87,5 ± 10,27 años, 56,2% mujeres, Charlson 7,20 ± 1,95, Barthel 64,93 ± 35,37, Pfeiffer 0,41 ± 1,41, número medio de diagnósticos 6,94 ± 3,48 y de fármacos 7,4 ± 3,31); 11,8% de los pacientes vivían solos, 64,7% acompañados y 20,9% institucionalizados. Se detectó una mortalidad intrahospitalaria del 10% y una estancia media de 8,71 ± 4,40 días. Se encontró asociación estadística entre mortalidad e Índice de Barthel (37,66 ± 34,87 en pacientes fallecidos vs 67,94 ± 34,17 en pacientes vivos; p < 0,001). No se encontró significación estadística con otras variables como edad (88,93 ± 5,10 vs 86,23 ± 10,67), número de fármacos (7,91 ± 3,09 vs 7,34 ± 3,33), número de diagnósticos (7,56 ± 4,16 vs 6,88 ± 3,4), índice de Pfeiffer (0,5 ± 1,36 vs 0,4 ± 1,41) e índice de Charlson (7,68 ± 2,15 vs 7,13 ± 1,92). Respecto a la estancia media, no se encontró asociación con ninguna de las variables estudiadas, edad (R = 0,02; p> 0.05), número de fármacos (R = 0,10; p> 0,05), número de diagnósticos (R = 0,09; p> 0.05), índice de Barthel (R = 0.056; p> 0.05), índice de Pfeiffer (R = 0,014; p> 0,05) e índice de Charlson (R = 0,07; p> 0,05). También se detectó asociación entre mortalidad y estancia media (5,94 ± 4,37 días para los fallecidos vs 9,03 ± 4,31 para los vivos; p < 0,001).
Conclusiones: Para nuestra población de estudio, existe asociación entre mortalidad e índice de Barthel, de forma que los pacientes con más dependencia funcional, presentan más mortalidad intrahospitalaria. Asimismo, se detecta cierta asociación entre mortalidad hospitalaria y estancia media.

PC-169. SÍNDROME DE TEMOR A CAERSE EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE CAÍDAS

E. López Jiménez, M. Esbrí Victor, M. Martínez Reig,
G. Juncos Martínez, P.T. Pena Labour, I.G. Torres Torres
y P. Abizanda Soler
Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

Objetivos: Analizar los parámetros de posturografía y marcha de pacientes atendidos en una Unidad de Caídas de Geriatría.
Métodos: Análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersion de las variables de posturografía (Test Modificado de organización sensorial (mCTSIB) con cuatro componentes: Firme con ojos abiertos (Firm OA) y con ojos cerrados (Firm OC), Test de Romberg con goma espuma con ojos abiertos (FOAM-OA) y con ojos cerrados (FOAM-OC) y estudio de Límites de Estabilidad: resultado de los endpoint (EPE) y los Maximums Excursions (MXE) limits hacia delante, atrás, derecha e izquierda y resultado global), marcha (a partir de GAIT-RITE) y valoración geriátrica de los primeros 22 pacientes atendidos en la unidad de caídas siguiendo protocolo de la guía clínica de AGS/BGS.
Resultados: 86,4% mujeres, edad media 80,95 años, Barthel 88,18, Lawton 4,55, FAC 4,64, MMSE 20,67, Yesavage 6,67, MNA-SF 12,43, Escala Gijón 4,36, Charlson 1,55, STAC presentaban un 90,9%, frágiles 72,7%, prefrágiles 13,6% y robustos 13,6%, FES-I (Falls Efficacy Scale-International) 33,55. Posturógrafo: Modificado CTSIB: Firme-OA 0,514, Firme-OC 0,641, FOAM-OA 2,529, FOAM-OC 5,04, global 2,14. Límites de estabilidad: Delante. EPE/MXE: 21,32/30,20%, Atrás. EPE/MXE: 30,26/40,90%, Drcha. EPE/MXE: 38,81/49,42%, Izq. EPE/MXE: 44,11/56,94%, global EPE/MXE: 32,61/44,83%. GaitRite: Velocidad de Marcha: 60,72 cm/sg, Longitud de Paso Derecho/Izquierdo: 40,86 cm/38,63 cm, Amplitud Paso Derecho/Izquierdo: 14,11/14,06 cm, Doble Apoyo Derecho/Izquierdo: 39,13/39,18%. Tras la evaluación se determinó que el grado del riesgo de caídas era un 77,3% alto frente al 22% moderado, y según FRAX el riesgo de fractura es alto 68,2%, moderado 22,7% y bajo 9,1%. La media de factores más relacionados con el riesgo de caídas es de 4,73.
Conclusiones: Nuestros pacientes a pesar de tener un alto riesgo de caídas presentan una aceptable situación funcional, la mayoría presentan miedo a caer, y son frágiles, con alteración importante en los límites de estabilidad y en general, encontramos una baja velocidad de la marcha y aumento de la amplitud del paso.

PC-170. INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA TRAS INTERVENCIÓN POR FRACTURA DE CADERA EN UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA

A. Merino Taboada, Y. Constante Pérez, C. Bibián Getino
y P. Mesa Lampré
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Conocer la prevalencia y los factores asociados a las infecciones de herida quirúrgica tras intervención de fractura de cadera.
Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo realizado entre enero de 2009 y diciembre de 2013 en pacientes ingresados en la Unidad de Ortogeriatría. Se analizan variables sociodemográficas, situación funcional (índice de Barthel), comorbilidad (Índice de Charlson), tipo de

fractura e intervención realizada, complicaciones, gérmenes más frecuentes y tratamiento antibiótico utilizado. Programa estadístico SPSS.
Resultados: Total de pacientes 651. Presentaron infección 28 (4,3%), Superficial 75% y profunda 25%. Edad media 87,68 años (p 0,046), demencia 39,3% (p 0,002). Deambulación previa sin ayudas o con bastón 60,7% (p 0,036), Tipo de fractura: subcapital 9 (32,1), pertrocantérea 11 (39,3%), subtrocantérea 4 (14,3%) (p 0,038), resto persubtrocantéreas; Presentaron seroma 57,1% (p 0,000). Necesitaron transfusión el 75% (p 0,004). Estancia media en traumatología 8,4 días (p 0,027), en ortogeriatría 14,6 días (p 0,023) y en convalecencia aquellos que lo necesitaron 25,33 días (p 0,000). Puntuación media en índice de Barthel al alta 32,92 (p 0,05); exitus hospitalario 18% (p 0,017), mortalidad al año 28,6% (p 0,036). No se han encontrado diferencias en sexo, situación funcional, comorbilidad, demora quirúrgica ni técnica quirúrgica. Germen más frecuente Estafilococo en sus diferentes variedades (3 meticilín resistentes). Antibiótico más utilizado: amoxicilina clavulánico.
Conclusiones: En nuestra muestra, la presencia de infección de herida quirúrgica ha prolongado la estancia hospitalaria y ha aumentado la mortalidad tanto intrahospitalaria como al año. Merecen especial consideración aquellos pacientes con peor capacidad funcional previa (necesidad de andador o movilidad todavía más disminuida), con demencia y aquellos transfundidos.

PC-171. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA SOBRE LA FRACTURA DE CADERA: 4 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

G. Megías Baeza, B. Alvira Rasal, E. García Gómez, M. Herrera Abian y F. Soria Perdomo
Hospital Infanta Elena. Valdemoro.

Objetivos: Manejo multidisciplinar del mayor con fractura de cadera llevado a cabo por la unidad de Ortogeriatría. Intervención precoz, con disminución de las complicaciones perioperatorias, estancia media y mortalidad. Individualizar y optimizar el tratamiento para la osteoporosis, así como la valoración nutricional.
Métodos: Valoración integral de todos los paciente con fractura de cadera que han ingresado en los últimos 4 años en el servicio de COT, coincidiendo con la puesta en marcha de la unidad de Ortogeriatría. Analizamos el tipo de fractura así como su manejo quirúrgico y perioperatorio. También se valora el tratamiento para la osteoporosis, individualizado según las características del paciente, y el uso de suplementos nutricionales.
Resultados: Se han valorado un total de 450 pacientes con fractura de cadera y edad media de 82 años. El 83% son mujeres. Presentan un índice de Charlson de 2,25. El 67% tienen un estado nutricional alterado. El 63% de las fracturas son pertrocantéreas siendo éstas más frecuentes en las mujeres. Sólo 5 pacientes fueron manejados de manera conservadora. La mortalidad hospitalaria es del 4% con una estancia media de 5,01 días. El 52% presentaron alguna complicación, siendo la más frecuente el síndrome confusional agudo. El 62% de pacientes recibieron tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D, y el 59% con fármacos antirresortivos siendo los más frecuentes los bifosfonatos. Al 86% se les pautó suplementación nutricional.
Conclusiones: Dada la elevada prevalencia de la fractura de la cadera en el anciano y su impacto a nivel sociosanitario, es importante el manejo multidisciplinar de estos pacientes a través de diferentes modelos asistenciales. En nuestro caso mediante la Unidad de Ortogeriatría, que permite una atención integral y la cooperación entre diferentes especialidades. De esta manera es posible disminuir tanto la mortalidad intrahospitalaria como las complicaciones asociadas y la estancia media. Además, es importante desarrollar una estrategia para intentar la recuperación funcional de estos pacientes que comienza con una correcta intervención nutricional, así como hacer hincapié en la importancia de la prevención secundaria estableciendo un tratamiento individualizado para la osteoporosis.

PC-172. ÍNDICES DE COMORBILIDAD, PREDICCIÓN DE MORTALIDAD PRECOZ Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Y. Constante Pérez, C. Cánovas Parejas y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Analizar la prevalencia de utilización de recursos sanitarios antes y después del ingreso en Geriatría y su relación con la mortalidad. Conocer la utilidad de dos Índices de comorbilidad en la predicción de mortalidad precoz.
Métodos: Estudio descriptivo en pacientes ingresados desde enero a abril de 2013. Se analiza atención en consulta de especialidades, urgencias u hospitalización, 3 meses pre-ingreso y 3 meses post-alta. Se registra comorbilidad, nivel cognitivo, funcional y mortalidad hospitalaria y 3 meses post-alta. Índices Charlson y Profund. Historia electrónica. SPSS.
Resultados: 290 pacientes, 60% mujeres. Edad media 85,76 años (30% mayores de 90 años). Vivían en domicilio: 66,7%. 45% dependencia severa (I. Barthel < 20). Estancia media 12 días. Ingreso por patología infecciosa 48,6% (neumonía 28,2%). Comorbilidad: Demencia 39%, ictus 17%, insuficiencia cardiaca 37%, respiratoria 32%, anemia 40%, insuficiencia renal 20,1%, diabetes 21,5%, deshidratación 6,9%, desnutrición 20%, disfagia 20,5%, úlceras por presión 9,7%. El 21,6% (63) tuvo algún ingreso 3 meses antes (18 en Geriatría), el 16,3% acudió a urgencias y el 20,6% a consultas de especialidades. El 20,4% (51) tuvo algún ingreso 3 meses post-alta (26 en Geriatría), el 16,3% acudió a urgencias y el 20,6% a consultas de especialidades. Í. Charlson medio: 2,73. Í. Profund medio: 9, entre 0-2:7, 6%, 3-6:26, 9%, 7-10:19,3%, > 11 (riesgo de mortalidad alto): 45,7%. Mortalidad: 41 fallecen en ingreso (14,2%): dependencia severa, ictus con disfagia, desnutrición, deshidratación, y mueren por neumonía e insuficiencia respiratoria (p < 0,05). 10 fallecen 3m post-alta (7 en 1er mes). Los pacientes fallecidos en el hospital o 3 m post-alta no utilizan más recursos que los no fallecidos. A mayor puntuación del Profund mayor mortalidad intrahospitalaria > 11 (< 0,05). Sin relación mortalidad con puntuación en Charlson.
Conclusiones: El perfil del paciente fallecido en el hospital es un anciano gran dependiente con patología neurológica, disfagia, desnutrición, deshidratación y riesgo de procesos infecciosos intercurrentes. La elevada comorbilidad confiere una alta utilización de recursos sanitarios pero no es más prevalente en aquellos que fallecen. El deterioro funcional según el I. de Barthel y la puntuación del I. Profund podrían ser utilizados como predictores de mortalidad precoz intrahospitalaria.

PC-173. ¿PUEDE INFLUIR LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO PADES FRÁGIL (PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA-EQUIPO SOPORTE) EN LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS Y EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y/O AVANZADOS CON ICC, EPOC Y FIBROSIS PULMONAR?

N. Cañameras Viñas, J. Aroca Martínez, A. Doz Modrego, R.M. García Domínguez y C. Nogueras Rimblas
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Aunque parezca que no es lo más conveniente que los pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad avanzada (MACA) utilicen los servicios de Urgencias, no siempre es evitable.
Objetivos: Comprobar cómo ha influido la intervención de un equipo especializado como el PADES en pacientes con ICC, EPOC y fibrosis pulmonar en la frecuentación de éstos al servicio de Urgencias y en los ingresos hospitalarios.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo. Análisis de los pacientes con diagnóstico de ICC, EPOC y fibrosis pulmonar, controlados por PADES durante 2012. En el mismo periodo de tiempo, se comparan las asistencias a Urgencias e Ingresos hospitalarios antes y durante la intervención del PADES. Registrándose: nº episodios a Urgencias, destino y duración del ingreso hospitalario.
Resultados: Pacientes revisados: 44 (28% del total de pacientes controlados por PADES): ICC: 59,09%, EPOC: 20,45%, fibrosis pulmonar: 20,45%. De los pacientes analizados, 54,54% acudieron a Urgencias al menos 1 vez antes de la intervención de PADES frente al 52,27% que lo hicieron durante la intervención de PADES. Previamente generaron 40 episodios a Urgencias y durante 42. Cabe puntualizar que solo un paciente acumula 8 asistencias a Urgencias durante el tiempo controlado por PADES, caso que habría que analizar individualmente. Desestimando este caso, las asistencias a Urgencias supondrían un 12,82% menos respecto al periodo previo. Destino ingreso previo PADES: UGA (Unidad Geriátrica de Agudos): 25,92%, Agudos: 25,92%, Otro hospital: 48,14%. Destino ingreso durante PADES: UGA: 38,46%, UCP (Unidad de Cuidados Paliativos): 30,76%, Agudos: 11,53%, Convalecencia: 3,84%, Otro hospital: 15,38%. Duración del ingreso previo PADES: < 2 semanas = 28,57%, 2 sem,-1 mes = 50%, 1-3 meses = 21,42%. Duración del ingreso durante PADES: < 2 semanas = 63,63%, 2 sem.-1 mes = 36,36%.
Conclusiones: La complejidad de estos pacientes tanto en la severidad de los síntomas como en el manejo socio-familiar, hace que sea difícil evitar o disminuir las asistencias a los servicios de Urgencias. La intervención del PADES como equipo especializado puede ayudar en gestionar la ubicación más adecuada de los pacientes crónicos complejos y/o avanzados y disminuir la duración del ingreso hospitalario, con la consiguiente optimización de los recursos sanitarios.

PC-174. RELACIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL RIESGO DE CAÍDA EN PERSONAS MAYORES

C. Zubiarrain Olaizola[1], I. Iturrioz[1], L. Goicoechea Sanz[1], A. Olaizola[1] y J. Martín Vallejo[2]
[1]*Centro Gerontológico J. Rezola Matia Fundazioa. Donostia.*
[2]*Universidad de Salamanca.*

Objetivos: Valorar relación entre desnutrición, capacidad funcional y el número de caídas que presentan los residentes de un Centro Gerontológico.
Métodos: Se recoge una muestra de 111 residentes (marzo de 2012 a febrero de 2013), Se valora estado nutricional, capacidad funcional mediante la Escala de Barthel y por último se contabilizan el número de caídas durante un año.
Resultados: Muestra: edad media: 84,1 años. Género: 27% hombres, 73% mujeres. El IMC medio es de 24,43, desviación típica de 4,74. Analizando la edad y el IMC, este es parecido en hombres y mujeres. Se puede observar una correlación lineal directa leve estadísticamente significativa (rP = 0,245; p-valor = 0,01) entre el IMC y el índice de Barthel Por el contrario no se detecta asociación entre el índice de Barthel y la frecuencia de caídas (rs = -0,082, p-valor = 0,390). Se ha contrastado si existen diferencias en el índice de Barthel para los distintos grupos de dependencia. Destacar que hay mayor asociación entre el índice de Barthel y las caídas en hombres que en mujeres aunque en ambos casos son asociaciones no significativas. No se han detectado diferencias significativas entre hombres y mujeres para el índice de Barthel (p-valor = 0,591).
Conclusiones: La mayoría tiene un IMC normal, variabilidad importante en las mujeres con IMC más altos. El 52% de la muestra presenta valores inferiores o iguales a 35.de Barthel lo que significa una población muy dependiente para las AVDs. Existe relación entre en IMC y la capacidad funcional. Se deduce que el hecho de tener bajo peso va a influir en la capacidad de desempeñar las AVDs. Analizando por grupos, esta relación solo se mantiene, y sin ser significativa en aquellos casos en los que la dependencia es total. En el análisis entre el IMC y el riesgo de caídas no se ha visto relación a nivel global entre la capacidad funcional y el número de caídas pero sí en algunos casos cuando se analiza en función del grupo de dependencia. Como conclusión se observa necesario realizar más estudios, con poblaciones de mayor tamaño, para poder confirmar nuestra hipótesis

PC-175. DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE NIVEL ASISTENCIAL DE INTENSIDAD TERAPÉUTICA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

J. Amblàs Novellas, S. Casas Tió, R.M. Catalán Ibars, M. Oriol Ruscalleda, G. Lucchetti D'aniello, F.X. Quer Vall y E. Vila Ribas
Consorci Hospitalari de Vic.

Objetivos: Diseñar, implementar y avaluar un sistema de registro informatizado -fiable, sencillo y visual-, de nivel de intensidad terapéutica para pacientes hospitalizados en el Consorci Hospitalari de Vic. La propuesta se realiza conjuntamente entre el equipo multidisciplinar y el paciente/familiares, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y condiciones de salud. El objetivo final es facilitar la continuidad asistencial y la toma de decisiones, especialmente en situaciones de crisis que requieran de atención del equipo de guardia.
Métodos: A finales de 2012 fue elaborada la instrucción para facilitar la identificación / clasificación de los pacientes hospitalizados, según el nivel de intensidad terapéutica adecuada a sus circunstancias, clasificándose en tres categorías (que a su vez contienen subapartados): Paciente candidato a UCI (icono de color verde). Paciente candidato a medidas intensivas en planta (icono de color naranja): se puede especificar si es candidato a: Ventilación mecánica no invasiva (VMNI), hemodiálisis, nutrición parenteral/enteral por SNG, transfusión, drogas vasoactivas. Paciente candidato a medidas conservadoras en planta (icono de color rojo). Se puede especificar si es candidato a tratamientos endovenosos (EV), antibiótico o bien si exclusivamente es candidato a tratamiento sintomático. Finalmente existe un apartado específico sobre el grado de información compartida entre paciente, familia y equipo.
Resultados: Se ha realizado un corte de prevalencia comparando resultados antes (diciembre/2012) y después (marzo/2014) de la implementación; se han descartado a los pacientes ingresados en servicios de Obstetricia, Pediatría, Psiquiatría e ingresos quirúrgicos programados. Destaca incremento muy notable del número de propuestas de nivel asistencial en el hospital (del 4,4% al 46,07%). Aunque en todos los servicios se constata incremento del porcentaje, existen diferencias significativas (9% en unidades quirúrgicas, 53,3% en unidades médicas, 40% en UCI, 94,7% en UGA).
Conclusiones: En pacientes hospitalizados, es frecuente la necesidad de toma de decisiones por parte de diferentes equipos asistenciales. La implementación de un sistema de registro sencillo para facilitar la coherencia entre nivel asistencial y intensidad de las intervenciones, ha demostrado incrementar de forma muy significativa (> 10 veces) registro de nivel asistencial -existiendo diferencias significativas entre los diferentes servicios-.

PC-176. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA Y REFUERZO DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

D. Serrano Barrena, E. Francia Santamaría, D. Ruiz Hidalgo, E. Sáez Prieto y M.A. Mangues Bafalluy
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Cuantificación de potenciales problemas relacionados con los medicamentos (PRM) tras la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos complejos (PCC) y seguimiento post alta.

Métodos: Estudio prospectivo realizado entre julio y noviembre de 2013 en pacientes crónicos complejos en las unidades de medicina interna del área de influencia de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron pacientes no institucionalizados, que no estaban en situación de limitación terapéutica y en tratamiento con 9 o más medicamentos. Se realizó conciliación de la medicación al alta (tras entrevista clínica), detectándose potenciales PRM y registrando los principales principios activos causantes. Se comentaron los potenciales PRM al médico especialista y/o al de atención primaria responsable. El seguimiento se centró en llamadas telefónicas a las 48h post alta, así como en contacto con oficinas de farmacia (OF) y visitas a domicilio en algunos PCC.
Resultados: Se incluyeron 86 PCC (47% hombres, 53% mujeres) con edad media de 82 años, Barthel promedio de 68 y con diagnóstico del 17% demencia. Un 37% de los pacientes fueron visitados en hospital de día de geriatría. La mediana del número de fármacos/paciente fue de 13 (rango 9 a 26). Se detectaron 6.7 potenciales PRM/paciente, destacando un 62% de seguridad, un 24% de efectividad y un 14% de indicación. Los fármacos con mayor riesgo de causar PRM en estos pacientes fueron inhibidores de la bomba de protones > estatinas > antidepresivos > benzodiazepinas. El 14% de los cuidadores que preparaban la medicación conocían > 90% de los principios activos, un 36% entre un 60 y 90%, un 43% entre un 30 y 60% y un 7% < 30%. Se contactó con 18 OF y se realizaron 9 visitas a domicilio. Tras las llamadas telefónicas, se detectó que uno de cada dos pacientes tenían algún problema de adherencia.
Conclusiones: Los PCC son un subgrupo de pacientes con alto riesgo de padecer PRM, principalmente relacionados con la seguridad de los medicamentos. El contacto telefónico posterior al alta permitió detectar y resolver posibles problemas de adherencia. Las visitas a domicilio y el contacto con OF consiguió reforzar la adherencia en los casos más complejos.

PC-177. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN DURANTE EL INGRESO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA. UN PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS QUE MEJORA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POLIMEDICADO AL ALTA HOSPITALARIA

R. Menéndez Colino, M. Moro Agudo, M.D.C. Mauleón Ladrero, M. Ruano Encinar, J.I. González Montalvo, A.I. Hormigo Sánchez y A. Herrero Ambrosio
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Evaluar un Programa de Conciliación de la Medicación (PCM) al alta para pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) de un hospital universitario, con el objeto de promover la continuidad asistencial de los medicamentos prescritos.
Métodos: El PCM, en colaboración con el Servicio de Farmacia, pretende detectar y resolver discrepancias de la medicación al alta, y facilitar una información escrita adaptada a esta población, que evite errores de medicación. Se aplica a los mayores de 70 años, con ≥ 5 medicamentos al alta que cumplan criterios de inclusión. Se realiza una interconsulta electrónica desde la UGA al Servicio de Farmacia incluyendo la medicación prescrita al alta. El farmacéutico revisa el tratamiento prescrito y lo concilia con la medicación pautada durante el ingreso y antes del mismo. Si existen discrepancias, se resuelven telefónicamente y se elabora la Hoja Informativa mediante una herramienta Access. La Hoja es remitida desde el Servicio de Farmacia vía Estación Clínica® al geriatra y entregada al paciente junto con el resto de la documentación al alta.
Resultados: Entre enero 2012 y diciembre 2013 se aplicó el PCM a 149 pacientes (29% de los ingresos) de edad media 87 (DE 6,1) años; 68% mujeres. Se informaron 1.465 medicamentos (9,8/paciente) y se conciliaron 2.337 (15,7/paciente). Se registraron 807 discrepancias (5,4/paciente), de las cuáles, 581 (72%) fueron justificadas sin aclaración telefónica, 131 (16%) justificadas con aclaración y 95 (12%) errores de conciliación (EC). Hubo 0,6 EC/paciente, presentando algún EC el 43% de los pacientes. Los errores más frecuentes fueron 41 (43%) de omisión del medicamento, 12 (13%) de dosis, 9 (10%) de secuencia horaria.
Conclusiones: El PCM durante el ingreso en una UGA permite detectar errores de medicación, siendo el error más frecuentemente evitado, el de omisión. En el formato seguido en nuestro centro, permite, además, dar una información escrita adaptada al paciente anciano sobre su tratamiento lo que puede facilitar el cumplimiento terapéutico y prevenir futuros errores de medicación en el domicilio mejorando la seguridad en este grupo de paciente polimedicados.

PC-178. LOS NIVELES TERAPÉUTICOS DE DIGOXINA PUEDEN SER DISTINTOS EN LAS PERSONAS MAYORES

L. García-Cabrera, C. Sánchez-Castellano, J. Mateos-del Nozal, M.E. Baeza-Monedero, J.M. del Rey Sánchez y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar si existen diferencias clínicas y de morbimortalidad según la digoxinemia en pacientes mayores de 75 años valorados en consultas de Geriatría, y si la digoxinemia se relaciona con uso de recursos sanitarios tras al menos un año de seguimiento.
Métodos: Estudio retrospectivo observacional (2010-2013) con periodos de seguimiento de al menos un año. Se recogen variables demográficas, situación basal, antecedentes personales, fármacos, dosis de digoxina, cifras de digoxinemia, parámetros analíticos, número de ingresos, visitas a urgencias, defunciones y tiempo de supervivencia.
Resultados: N = 96, edad 84,4 ± 5, 72% mujeres, la mayoría independientes y vivían en su domicilio. La digoxinemia estaba en intervalo terapéutico en el 62,5%: 0,5-1 ng/ml (30,2%) y 1-1,5 ng/ml (32,3%). Un 27,1% tenían cifras compatibles con intoxicación. El 41,1% tomaba una dosis diaria mayor de 0,13 mg. En el seguimiento el 80,6% acudió al menos una vez a Urgencias y el 53,8% ingresó durante ese periodo. La mortalidad global fue del 18,8%. Se dividieron los pacientes en cuatro grupos según las cifras de digoxinemia (< 0,5 ng/ml; 0,5-1 ng/ml; 1-1,5 ng/ml; > 1,5 ng/ml), encontrándose un aumento del uso de diuréticos y mayor número de visitas a Urgencias con el aumento de la digoxinemia (p 0,035). Comparando los dos grupos de digoxinemia dentro del intervalo considerado habitualmente como terapéutico (0,5-1 vs 1-1,5 ng/ml) el segundo grupo tenía un mayor uso de fármacos, IECAs y ARAII, peor grado funcional según NYHA, mayor número de caídas, y más casos de intoxicación. Encontramos mayor número de visitas a urgencias en el grupo de 1-1,5 ng/ml (p 0,031) sin diferencias en cuanto al número de ingresos. No se encontraron diferencias al hacer los grupos según dosis de digoxina diaria y semanal.
Conclusiones: Las personas mayores con digoxinemias en el límite alto del intervalo terapéutico normal (1-1,5) presentan más problemas clínicos y utilizan más recursos sanitarios que aquellos en la parte baja del mismo. Es posible que sea preciso redefinir el intervalo terapéutico de la digoxinemia en los mayores y, también, basar el seguimiento de estos pacientes en un estrecho control de digoxinemias, y no sólo en recomendaciones de dosis.

PC-179. TRATAMIENTO DE PACIENTES ANCIANOS CON LEUCEMIA AGUDA MIELOIDE (LMA) EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

A. Aguilera Zubizarreta[1], S. González Barreda[1], P. Sanromá Mendizábal[1], D. García Secadas[1], P. Díez Aguilera[2] y G.A. Sgaramella[3]
[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [2]Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. [3]Centro de Salud José Barros. Cantabria.

Objetivos: Las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados de LMA tienen más de 70 años, la supervivencia media con tratamiento

quimioterápico intensivo es de menos de 3 meses, menos del 10% a los 2 años. Un esquema menos agresivo (FLAGIDA-lite) que puede administrase en HAD ha demostrado la misma eficacia que terapias más agresivas permitiendo al paciente continuar en su entorno durante el tratamiento.
Métodos: Analizamos los pacientes ingresados en HAD en un plazo de 2 años, procedentes del Servicio de Hematología tras recibir tratamiento según el protocolo FLAGIDA-lite para LMA (fludarabina 40 mg/m^2/d vía oral días 1–5, citarabina 20 mg/m^2/d subcutánea días 1–5, G-CSF 300 lg/d subcutánea días 1–5, y idarrubicina 15 mg/m^2/d vía oral días 1–3). Los pacientes son atendidos por el equipo de HAD en colaboración con el hematólogo y deben cumplir los criterios de ingreso generales y específicos establecidos en nuestra unidad.
Resultados: 15 ingresos de 8 pacientes con una mediana de edad de 80 años (76 a 92) diagnosticados de LMA, 83,3% eran varones. Con enfermedad activa el 86,6% (13% en remisión completa). El ECOG era: 1 (73%), 2 (20%) 11 y 3 (6%). La profilaxis antibiótica se administró en 13 con levofloxacino, ciprofloxacino, o cotrimoxazol más aciclovir y posaconazol. El 46,6% presento episodios febriles. Sólo en 2 ocasiones el hemocultivo fue positivo (*E. coli* y *E. cloacae*). Presentaron mucositis en 8,3%, diarrea 16,6% y expectoración 8,3%. La media de días con neutropenia < 500 fue 13,3.El nivel de colaboración de la familia fue adecuado en el 86%. Se realizaron una media de 31,6 visitas de enfermería y 20,3 médicas. La estancia media fue de 26,6 días. La evolución clínica fue buena y no se requirió reingreso hospitalario en ningún caso. La supervivencia media fue de 13,5 meses (5-28) y la media de ciclos por paciente en HAD fue de 2.
Conclusiones: El seguimiento en Hospitalización Domiciliaria, de pacientes aplasiados mayores de 75 años, tras la administración de FLAGIDA-lite como tratamiento de leucemias agudas, es seguro, aporta los cuidados hospitalarios necesarios evitando el ingreso.

PC-180. CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO: PRIMEROS 6 MESES DE EXPERIENCIA

P. Margalef Benaiges, J.C. Heredia y E. Martínez Almazán
Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Definir las características y la evolución clínica y funcional de los pacientes ingresados en una Unidad de Subagudos de nueva creación en sus primeros 6 meses de funcionamiento.
Métodos: Se trata de una unidad con una capacidad máxima de 15 camas ubicada en un hospital sociosanitario. Se procede a revisión retrospectiva de historias clínicas informatizadas de los pacientes ingresados desde abril a septiembre de 2013. Cálculo de prevalencias, medias y de los porcentajes de procedencia al ingreso y de destino al alta. Uso de base de datos de Libre Office y paquetes estadístico SPSS.
Resultados: Muestra obtenida de 78 individuos. Edad media 83,37 ± 9,29. Procedencia: 79,5% de Servicio de Urgencias y el 20,5% de domicilio. Comorbilidades más frecuentes: HTA 83%, cardiopatía 67%, neumopatía 50% y diabetes 42%. Síndromes geriátricos más prevalentes: deprivación sensorial 60%, incontinencia urinaria 54%, estreñimiento 49% y deterioro cognitivo 42%. Índice de Charlson medio (corregido por edad): 6,72 ± 1,75; número de fármacos en domicilio: 8,94 ± 3,49. Las medias del índice de Barthel basal, al ingreso y al alta fueron de 65,9, 30,3 y 53,7 respectivamente. Un 96,1% precisó tratamiento por vía intravenosa. El 61,5% se fueron de alta a domicilio, un 14,1% fue exitus, el 3,8% tuvieron que ingresar en hospital de agudos y el 20,5% fueron trasladados a otras unidades sociosanitarias dentro del mismo hospital. Un 5,13% de los pacientes tuvo que reingresar en menos de 30 días a la unidad de subagudos.
Conclusiones: Grupo de pacientes ancianos procedentes la mayoría de servicio de Urgencias, con elevada complejidad médica y comorbilidad. El proceso de rehabilitación juega un papel importante durante la estancia de los pacientes, con una elevada tasa de recuperación funcional. Casi dos tercios de los pacientes se dan de alta a domicilio, mientras que el resto mueren o precisan de una estancia más prolongada en el hospital para acabar de cumplir objetivos terapéuticos. Las tasas de reingreso a corto plazo en la unidad y de traslado a hospital de agudos son bajas.

PC-181. COMPARATIVA DE VALORACIONES NUTRICIONALES

M. González Calzado[1], B. Samper Lamenca[1], M.P. Peláez González[1] y A. Caverni Muñoz[2]
[1]*Intercentros Ballesol. Zaragoza.* [2]*Nutricia. Zaragoza.*

Objetivos: Comparar diferentes test de valoración nutricional, existentes en la literatura, con datos antropométricos y analíticos para ver cuál de ellos evita en la mayor medida los falsos positivos a la hora de diagnosticar malnutrición o el riesgo de padecerla en pacientes institucionalizados.
Métodos: Estudio descriptivo y transversal en 75 ancianos de un centro residencial, en los que utilizando como primer método de screening el Test M.N.A., se obtiene que en 29 de ellos aparece malnutrición o riesgo, y tomándolos como muestra se aplican otros test de valoración nutricional (MUST, VSG, NRS-2002) y se comparan los resultados con datos de medidas antropométricas y valores en sangre de colesterol y albúmina.
Resultados: De los 29 residentes que presentaban malnutrición o riesgo de padecerla según el MNA, se observa que según el MUST son sólo 7, según VSG son 14 y según NRS-2002 son 11, los residentes que se encontrarían en este grupo. Tomados los datos antropométricos, teniendo en cuenta circunferencia braquial (CB), circunferencia de la pantorrilla (CP) y pliegue tricipital (PTC), de esos 29 residentes, habría malnutrición o riesgo en 21 (esta cifra se dispara un poco por los valores bajos en PTC, provocados por la escasa masa muscular que tienen debido al inmovilismo de la mayoría de estos residentes). A su vez se relaciona con datos analíticos en sangre de desnutrición calórica (colesterol) y desnutrición proteica (albúmina), que aparecen alterados en 15 de los 29 residentes citados.
Conclusiones: En ancianos institucionalizados, el Test MNA es la valoración nutricional que más se asemeja a los datos antropométricos y analíticos indicativos de malnutrición o riesgo de la misma, considerando que este test es el único que tiene en cuenta algunos de estos valores. Por tanto, será el más indicado a la hora de realizar un screening asociándolo siempre a resultados analíticos antes de iniciar medidas terapéuticas.

PC-182. FRACASO RENAL AGUDO EN EL ANCIANO Y SU ASOCIACIÓN CON LA COMORBILIDAD Y LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

H.J. Aldoradín Cabeza, J. Rodríguez Solí y J.R. Rodríguez Palomares
Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Planteamos si en el anciano son útiles los criterios AKIN-RIFLE y si existen diferencias en los factores pronósticos que condicionan o acompañan al FRA incluyendo la situación de comorbilidad y escalas de valoración geriátrica funcional.
Métodos: Recogimos durante dos meses todos los FRA según criterios AKIN, en el servicio de Geriatría, registrando parámetros clínicos, analíticos, de comorbilidad y escalas geriátricas. Comparamos con población ingresada que no desarrolló FRA.
Resultados: De 295 ingresos, 43% fueron de etiología respiratoria, 32% cardiovascular, 13% neurológica, 7% urológico, 5% otras causas. La edad media fue de 87,7 ± 5,3 años. Se produjeron 55 casos de FRA (18,64%), 60% de ellos fueron mujeres y 40% hombres. 41 pacientes ingresaron con FRA y 14 lo desarrollaron posteriormente. Etiología: Prerrenal-funcional 39 casos, parenquimal (NTA) 13, Obstructivo 3. Clasificación AKIN: Por diuresis: 14% Estadio 1; 28% estadio 2 y 70%

Estadio 3 (en un 10% no se pudo medir). Por creatinina: 42% estadio 1; 30% estadio 2 y 28% estadio 3. Recuperaron función renal 37 pacientes. El 18% de pacientes con FRA fallecieron frente al 11% de los que no desarrollaron FRA. Cuando comparamos con los pacientes que no desarrollaron FRA; los pacientes sin FRA, tenían significativamente menos ERC previa ($p < 0,05$) y una menor comorbilidad mediante Charlson ($p < 0,05$). No hubo diferencia en la duración del ingreso, ni en las escalas de valoración geriátricas, ni en la mortalidad durante el ingreso.
Conclusiones: Los criterios diagnósticos de FRA según AKIN son aplicables a la población geriátrica si conseguimos medir la diuresis, la clasificación por valores de creatinina infraestima el grado de FRA. Los factores más relevantes que condicionan la aparición de un FRA en la población anciana son la comorbilidad existente y la presencia de Insuficiencia renal crónica previa. Los resultados obtenidos en las escalas de valoración geriátrica integral, no parecen ser factores predictores que contribuyan a la aparición del FRA en nuestra muestra.

PC-183. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. ¿QUÉ HAY QUE MEJORAR?

M. Domínguez López, D. Ayago Flores, N. Monllao Villalobos, N. Ortí Panisello, C. Castellà Valldepérez y P. Margalef Benaiges
Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Conocer el perfil de los enfermos que reciben antibióticos sistémicos y las características principales de su prescripción (antibiótico prescrito, motivo, tiempo de administración, eficacia) en un centro socio-sanitario para objetivar áreas de mejora.
Métodos: Registro prospectivo durante dos semanas consecutivas de los antibióticos sistémicos prescritos en un hospital de 325 camas con unidades de subagudos, convalecencia, larga estancia, cuidados paliativos y residencia. Se detectó el inicio de antibiótico por el servicio de farmacia. Se recogieron datos administrativos, funcionales, uso de antibiótico previo y actual, motivo y nº de días administrado y necesidad de cambio de antibiótico para el mismo proceso.
Resultados: Nº de prescripciones: 51; edad 82,5a; Barthel medio 25; Demencia 59%; Antibiótico en los 6 meses previos. 38 (74,5%); antibiótico en el mes previo 27 (52,9%). Unidad de ingreso. Convalecencia 9 (17,6%); larga estancia 30 (59,9%); residencia 4 (7,8%); UCP 8 (15,7%). Infecciones. Infección respiratoria baja 16 (32%); Neumonía 8 (16%); ITU 19 (38%); Otras infecciones 6 (11,8%); bacteriuria asintomática 1 (2%). Más de una infección concomitante: 10%. Antibiótico prescrito: amoxi-clavulánico 19 (32,2%); cefuroxima 1(1,7%); ceftazidima 4 (6,67%); ciprofloxacino 7 (11,8%); levofloxacino 8(13,55%); clindamicina 6 (10,17%); trimetropim-cotrimoxazol 2 (3,38%); fosfomicina 8 (13,55%); imipenem 1 (1,7%); metronidazol 2 (3,38%); dos antibióticos concomitantes 8(15,68%). Prescripción empírica 48 (94,1%). Realización de cultivo: 18 (de ellos 10 con gérmenes sensibles al antibiótico pautado). 13 (25,5%) requirieron cambio de antibiótico durante el proceso (7 por mala evolución, 4 por ajuste al antibiograma, 2 por nuevo foco). No hubo relación significativa entre fracaso terapéutico y haber recibido antibiótico previamente. Pauta inicial intravenosa 23 (45,1%); de ellos cambio del antibiótico a vía oral: (5) 22%.
Conclusiones: La prescripción de antibiótico constituye una práctica muy frecuente en los enfermos atendidos en nuestro centro. La mayoría de las prescripciones se realizan para tratar infecciones, detectándose una baja frecuencia de prescripción para colonizaciones. El diagnóstico microbiológico se hace en un número bajo de casos. Se detecta un porcentaje importante de fracaso terapéutico con la primera pauta antibiótica que no tiene relación con haber recibido antibiótico en los 6 mese previos. Aplicación escasa de la terapia secuencial antibiótica.

PC-184. PREVALENCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES CAUSANTES DE INFECCIÓN EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL HOSPITAL SANTA CREU DE TORTOSA

M. Domínguez López, C. Planell García y E. Martínez Almazán
Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Conocer el perfil de resistencia antibiótica de las bacterias causantes de infección en nuestro hospital.
Métodos: Recogida sistemática del resultado de todos los cultivos realizados durante tres meses consecutivos durante los años 2012-2013. Se definió como germen multirresistente aquel con resistencia antibiótica a tres o más grupos de antibióticos no relacionados a los que debería ser sensible. El complejo asistencial dispone de 325 camas, con unidades de subagudos, convalecencia, larga estancia, cuidados paliativos, residencia asistida, consultas de geriatría y atención nefrológica (consultas y unidad de hemodiálisis).
Resultados: Nº de cultivos. 252 (orina 66,1%; esputo 4,6%; heces 3,2%; hemocultivos 8,1%; frotis de heridas 3,5%). Realizado en enfermo ambulatorio 22,6%, ingresado 77,8%. Resultados: Negativos 36,5%, positivo para 1 germen 51,2%, polimicrobiano: 12,3%. Nº de gérmenes analizado: 171. E. coli 61 (17 multirresistentes MR), Pseudomona aeruginosa 19 (8 MR), Klebsiella pseumoniae 17 (4MR), Proteus mirabilis 14 (5MR), enterococo 9 (0 MR), Acinetobacter baumanii 2 (0 MR), staphilococo aureus 7 (3MR). Nº total de multirresistentes: 44 (25,73%). Comparación de multirresistentes en función de la unidad del cultivo: Ingresados 40 (32,5%), ambulatorios 4 (11,4%) $p < 0,05$. Ingresados en residencia (25%) vs ingresados en unidades hospitalarias (34%) n.s. Multirresistentes en cultivos de nefrología (11,1%) vs unidades no ambulatorias (32,5%) $p < 0,05$. Multirresistentes en consultas de geriatría 1(12,5%) vs unidades no ambulatorias 40 (32,5%) n.s. Prevalencia de multirresistente en función del tipo de cultivo: orina 35/132 (26,5%); esputo 4/7 (57,1%); hemocultivos: 2/7 (28,6%).
Conclusiones: El diagnóstico microbiológico más frecuente se realiza en las infecciones de tracto urinario. La prevalencia de gérmenes multirresistentes es elevada en las infecciones de enfermos ingresados, siendo inferior en los enfermos ambulatorios. No se observan diferencias significativas en la prevalencia de gérmenes multirresistentes entre los enfermos ingresados en residencia y los de unidades hospitalarias. La alta frecuencia de gérmenes multirresistentes detectada hace aconsejable aumentar los esfuerzos para establecer un diagnóstico microbiológico de las infecciones.

PC-185. FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO PRECOZ EN URGENCIAS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

V.A. Loarte Campos
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Objetivos: Describir las características y factores asociados al retorno precoz a urgencias tras el alta hospitalaria de una unidad geriátrica de agudos (UGA).
Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, de todos los pacientes mayores de 65 años, dados de alta de la UGA hospitalaria desde el 1-6-2013 al 1-9-2013 procedentes del Servicio de Urgencias, con seguimiento a 1, 3 y 6 meses tras el alta vía telefónica y a través de la estación clínica del hospital correspondiente de urgencias. Recogida de datos según protocolo al ingreso, al alta y tras seguimiento con variable resultado de retorno a urgencias precoz (≥ 1 visita en menos de un mes). Se excluyen pacientes que ingresan directamente sin paso por urgencias, traslados a otros hospitales incluidos largas estancias y exitus hospitalarios. Análisis univariado con χ^2 y t de Student, seguido de multivariante con regresión logística binaria.
Resultados: De 212 pacientes se incluyen180 (61% mujeres, edad media 86,24 (6,79) años). El retorno precoz se asoció a úlceras por presión (47% vs 15%, $p < 0,01$), demencia (27% vs 14%, $p = 0,03$), grado

de demencia grave (54% vs 14%, p = 0,007), Barthel previo (55,13 (35,85) vs 34,45 (31,2), p = 0,001) y al alta (28,87 (30,21) vs 48,32 (34,03) p = 0,002), nº de fármacos al alta (9,79 (2,9) vs 8,32 (3,4), p = 0,01); albúmina al alta (3,53 (0,5) vs 3,38 (0,49), p = 0,007). En el análisis multivariante se mantienen la presencia de úlceras por presión (OR = 0,35, IC95% 0,12-0,98), p = 0,04) y el nº de fármacos (OR = 1,15, IC95% 1,01-1,31), p = 0,03) como factores de riesgo independiente.
Conclusiones: Tras el alta de los pacientes ancianos en una UGA, la presencia de úlceras por presión y un número elevado de fármacos al alta son los principales factores asociados al retorno precoz (menos de un mes) a urgencias.

PC-186. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS IDENTIFICADOS EN DISTINTOS ÁMBITOS ASISTENCIALES DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA INTEGRAL

A. Torné Coromina[1], J. Amblàs Novellas[1], M. Espaulella Ferrer[1], J. Casadevall Escayola[2], N. Molist Brunet[1], R. Torres Allepuz[2] y J. Espaulella Panicot[2]
[1]Consorci Hospitalari de Vic. [2]Hospital de la Santa Creu. Vic.

Objetivos: Analizar el comportamiento de la mortalidad en tres cohortes de pacientes con enfermedades y condiciones crónicas avanzadas, avaluadas por profesionales de la salud mediante la herramienta NECPAL®, detectados en todos los niveles asistenciales de la Unidad Integral de Geriatría de Osona (UIGO). Se ha realizado seguimiento prospectivo durante 2 años.
Métodos: Estudio observacional de cohortes de 270 pacientes, detectados en un corte de prevalencia de personas con enfermedades crónicas avanzadas; de ellos, 58 (21,5%) fueron detectados en el hospital de agudos (HA), 81 (30%) en el hospital de cuidados intermedios (HCI) y 131 (48,5%) en la residencia social (RS). Se ha realizado seguimiento prospectivo durante 2 años.
Resultados: No hubo pérdidas de seguimiento, motivo por el cual podemos expresar las tasas de mortalidad en porcentajes. Destaca una mortalidad global del 61,8% a los 24 meses, no existiendo diferencias significativas (p = 0,13) en el porcentaje de mortalidad en los diferentes ámbitos asistenciales: 70,7% en pacientes identificados en el HA, el 64,2% en pacientes identificados en el HCI, y el 56,4% en pacientes identificados en Residencia Social RS. En cambio, sí existen diferencias significativas (p < 0,001) en el comportamiento de la mortalidad en el tiempo entre los distintos niveles asistenciales a los 3, 6, 12 y 18 meses. Destaca una alta tasa de mortalidad en pacientes detectados en el ámbito hospitalario (HA + HCI) durante los 12 primeros meses (56,8%) respeto la RS (28,6%) p = 0,0032, tendencia que se invierte a los 18 meses (5,0% vs 21,7%), p = 0,0008.
Conclusiones: Aunque a los 24 meses de seguimiento las curvas de mortalidad tienden a confluir en el porcentaje de mortalidad en los diferentes niveles asistenciales, existen diferencias significativas en el comportamiento de la mortalidad en el tiempo. Este hecho puede tener importancia en la planificación asistencial de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

PC-187. PREVALENCIA DE MORTALIDAD A LOS 24 MESES DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS

M. Espaulella Ferrer[1], J. Amblàs Novellas[1], A. Torné Coromina[1], J. Casadevall Escayola[2], M. Moruno[2] y J. Espaulella Panicot[2]
[1]Consorci Hospitalari de Vic. [2]Hospital de la Santa Creu. Vic.

Objetivos: Analizar el comportamiento de la mortalidad en una cohorte de pacientes ingresados en un hospital de Cuidados Intermedios.
Métodos: Estudio observacional prospectivo de cohortes de 87 pacientes, detectados en un corte de prevalencia en el Hospital de la Santa Creu de Vic. Se ha realizado seguimiento prospectivo durante 2 años.
Resultados: No hubo pérdidas de seguimiento, motivo por el cual podemos expresar las tasas de mortalidad en porcentajes. En el análisis descriptivo destaca una mortalidad global del 64.2% a los 24 meses, con diferencias estadísticamente significativas (p = 0,012) en las diferentes unidades: 94,7% en pacientes identificados en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), el 72,2% en pacientes identificados en la Unidad de Psicogeriatría (UPG), y el 47,7% en pacientes identificados en la Unidad de Convalecencia (UC). También existen diferencias significativas (p < 0,001) en el comportamiento de la mortalidad en el tiempo entre las diferentes unidades en cada uno de los cortes de prevalencia (3, 6, 12, 18 meses), destacando diferencias entre las diferentes unidades respeto el comportamiento en la mortalidad: En la UCP destaca un pico de mortalidad en el corte de los 3 meses (78,9% del total de exitus), siendo la mortalidad a los 6 meses del 94,7%. No hubo mortalidad a lo largo de los 18 meses restantes. En la UPG, existe un pico de mortalidad en el corte de prevalencia de los 12 meses (44,4% de los exitus), momento en el cual la mortalidad acumulada es del 72,2%. En la UC, existe un leve pico de mortalidad en el corte de prevalencia de los 3 meses (25%), siendo la mortalidad de los meses siguientes prácticamente constante (4,5% trimestral).
Conclusiones: Los criterios de ubicación de pacientes en las distintas unidades de un hospital de Cuidados Intermedios -a partir de sus características clínicas y objetivos terapéuticos-, explican las diferencias en el comportamiento de las curvas de mortalidad. Estas curvas de mortalidad podrían llegar a ser relativamente superponibles a las trayectorias de final de vida descritas para pacientes oncológicos (en pacientes ubicados en la UCP), demencia (UPG) y enfermedades de órgano (UC).

PC-188. ALTERACIONES ANALÍTICAS SIGNIFICATIVAS EN UNA MUESTRA DE ANCIANOS PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE FRAGILIDAD

P. Pérez Ros[1], L.E. Pechené Mera[1], N. García Llinares[1], S. Mas Martorell[1], A. Blanquer Cencerrado[1], M.C. Gómez Cabrera[2] y F.J. Tarazona Santabalbina[3]
[1]Universidad Católica de Valéncia San Vicente Mártir. Alzira. [2]Universidad de Valéncia. Valencia. [3]Hospital Universitario de la Ribera. Alzira.

Introducción: La incidencia de la fragilidad se incrementa con la edad. La fragilidad se relaciona con el estado cognitivo y la situación social de las personas mayores.
Objetivos: Conocer las alteraciones analíticas de una muestra de sujetos con criterios de fragilidad de Fried que accedieron a participar en un programa de intervención física integrada.
Métodos: Estudio quasi experimental con un grupo intervención, localizado en la población de Sollana, y un grupo control, localizado en la población de Carcaixent, y con seguimiento de 6 meses. Criterios de inclusión: sujetos de edad > 69 años con diagnóstico de fragilidad según criterios de Fried y expectativa de vida superior a 6 meses. Se reclutaron 100 sujetos, 50 por grupo, entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2013. El grupo intervención realizó una hora de actividad física aeróbica, anaeróbica y propioceptiva supervisada de lunes a viernes.
Resultados: La edad media del grupo intervención fue de 79,3 (DE 3,7) años versus (vs) 80,1 (DE 3,6) años del grupo control, p = 0,289. 27 (59%) participantes fueron mujeres en el grupo intervención vs 21 (52%) en el grupo control, p = 0,664. 21 (42%) en el grupo intervención y 20 (40% en el grupo control presentaban valores de glucemia elevados, p = 0,458. 19 (38%) en el grupo intervención y 15 (30%) en el grupo control, p = 0,623, habían sido previamente diagnosticados de DM tipo 2. 13 (26%) en el grupo intervención y 10 (20%) en el grupo control, p = 0,785, presentaban un filtrado glomerular inferior

a 60 ml/min. No obstante, en la historia clínica, 8 (16%) en el grupo intervención y 2 (4%) en el grupo control, p = 0,02, habían sido diagnosticados de insuficiencia renal en cualquiera de sus grados. 19 (38%) en el grupo intervención y 16 (32%) en el grupo control presentaron niveles de colesterol total superiores a 200 mg/dl. 44 (88%) en el grupo intervención y 47 (94%) en el grupo control, p = 0,103, presentaron unos niveles de calcidiol en sangre inferiores a 30 ng/ml.
Conclusiones: Un porcentaje importante de ancianos frágiles presentan déficit de vitamina D, alteración de la función renal y del metabolismo lipídico y glucémico.

PC-189. MORTALIDAD EN PACIENTES OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA: SEGUIMIENTO A 2 AÑOS

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

Objetivos: Conocer factores asociados a la mortalidad a los dos años de seguimiento en pacientes operados de fractura de cadera.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyen los pacientes intervenidos durante los años 2010 y 2011. Se les realiza seguimiento en consultas externas durante el primer año y a través de la historia clínica electrónica el segundo año. Variables recogidas en el ingreso: sociodemográficas, nutricionales (MiniMNA y parámetros analíticos), funcionalidad previa y al alta (Barthel), deterioro cognitivo (Pfeiffer), comorbilidad, índice de Charlson, tipo de fractura, necesidad de ayudas para caminar, estancia, convalecencia, reingresos, complicaciones generales y mortalidad a los dos años. Análisis estadístico con SPSS 15.
Resultados: 245 pacientes, Mortalidad a los dos años 107 (43,5%), de estos 80,4% son mujeres, edad media 87 años (p = 0,000), el 64,5% provenía de domicilio. En riesgo de malnutrición o malnutridos 75,7% (p = 0,01), albúmina media 2,8 g/dl, colesterol medio 126 mg/dl. Barthel previo ≥ 60 el 58% y Barthel alta ≤ 20 29,9% (p = 0,003). Pfeiffer > 3: 68% (p = 0,000). Comorbilidades: HTA 59,8%, Demencia 51,4% (p = 0,09). Í. Charlson medio 2 (p = 0,000). Fracturas pertrocantéreas 43%, subcapitales 36,4%. Necesidad de ayudas para caminar 58,9%; estancia media 21 días; precisa convalecencia 28% (p = 0,02); reingresa a lo largo de un año 29,7%. Complicaciones generales: anemia 51,4%, delirium 48,6% (p = 0,002), deshidratación 47,7% (p = 0,002). En análisis multivariante se mantiene asociación con test de Pfeiffer OR 5,2 IC95% (1,9-14,2), índice de Charlson OR 5,6 IC95% (2,1-14,8) y delirium OR 2,9 IC95% (1,2-2,6).
Conclusiones: La mortalidad en nuestro estudio es alta en comparación a otras series. Los factores asociados a mortalidad en nuestra población son similares a los observados en otras series; mayor edad, peor estado nutricional (miniMNA), peor estado cognitivo previo, peor estado funcional postfractura y necesidad de convalecencia antes del alta. En nuestro estudio el peor estado cognitivo, la presencia de delirium intrahospitalario y la mayor comorbilidad (Í. de Charlson) predisponen a una mayor mortalidad a los dos años.

PC-190. PERFIL DE LOS ANCIANOS MUY ANCIANOS CON FRACTURA MAYOR OSTEOPORÓTICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS FRENTE A ANCIANOS MÁS JÓVENES?

C. Pablos Hernández[1], A. González Ramírez[1], M.A. García Iglesias[2], J.M. Julián Enríquez[1], J.F. Jiménez Viseu-Pinheiro[1], F.J. Domínguez Hernández[1] y J.F. Blanco Blanco[1]
[1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. [2]Junta de Comunidades de Castilla y León. Valladolid.

Objetivos: Comparar a la luz de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) el perfil clínico y funcional de los pacientes con fractura mayor osteoporótica muy ancianos (85 años o más) con los ancianos jóvenes (65-74 años) y la mediana ancianidad (75-84 años).
Métodos: Estudio epidemiológico retrospectivo de pacientes ingresados en una Unidad de Ortogeriatría por fractura mayor osteoporótica (julio 2013-enero 2014). Análisis estadístico: SPSS 15.0.
Resultados: 106 pacientes (79,2% mujeres, edad media 85,21 ± 7,92 años). 58,5% de la muestra con 85 o más años. Tipos de fractura: pertrocantérea de fémur 53,8%, subcapital de cadera 34%, húmero proximal 7,5%, otras fracturas 3,8%. Fractura osteoporótica previa: 40,6%. DM tipo 2: 14,2%. Eventos cardiovasculares: 23,6%. Deterioro cognitivo: 31,6%. Caídas de repetición: 72,6%. Polifarmacia: 80,6%. Sin diferencias estadísticamente significativas en el perfil clínico en base a la edad. Índice de Katz: 1,54 ± 2,33 (ancianos jóvenes); 1,89 ± 1,95 (mediana ancianidad); 2,45 ± 1,83 (muy ancianos). Sin diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. Índice de Barthel: 84,23 ± 26,83 (ancianos jóvenes); 78,25 ± 24,76 (mediana ancianidad); 69,41 ± 25,10 (muy ancianos) (p < 0,05). Índice de Lawton: 4,23 ± 3,21 (ancianos jóvenes); 3,88 ± 2,79 (mediana ancianidad); 2,26 ± 2,64 (muy ancianos) (p < 0,05). Cruz Roja Física: 1 ± 1,18 (ancianos jóvenes); 1,81 ± 1,03 (mediana ancianidad); 2,30 ± 1,09 (muy ancianos) (p < 0,05).
Conclusiones: 1. Cada vez es más frecuente encontrar a pacientes de 85 o más años en los Servicios de Traumatología. Aunque los más ancianos suelen asociar mayores tasas de comorbilidad y enfermedades crónicas, en nuestra muestra padecían con la misma frecuencia diabetes, eventos cardiovasculares y deterioro cognitivo comparados con grupos más jóvenes. 2. En cuanto al estado funcional, en nuestro estudio no se hallaron diferencias significativas para el desempeño de actividades básicas, pero sí unas peores puntuaciones en el índice de Barthel, Lawton y escala de discapacidad física de la Cruz Roja en función de la edad. 3. Es llamativa la alta prevalencia de caídas de repetición y la presencia de fracturas previas en nuestra muestra, dos de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de nuevas fracturas. La valoración y tratamiento de la osteoporosis deberían ser objetivos prioritarios en estos pacientes y no sólo el tratamiento de la fractura en fase aguda.

PC-191. Q-FRACTURE VS FRAX INDEX: ANÁLISIS COMPARATIVO EN LOS ANCIANOS CON OSTEOPOROSIS NO TRATADA

A. González Ramírez[1], C. Pablos Hernández[1], M.A. García Iglesias[2], J.F. Jiménez Viseu-Pinheiro[1], J.M. Julián Enríquez[1], D. Pescador Hernández[1] y J.F. Blanco Blanco[1]
[1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. [2]Junta de Comunidades de Castilla y León. Valladolid.

Objetivos: Evaluar la utilidad de las dos escalas de estimación de riesgo de fractura más comunes (FRAX Index y Q-Fracture) en ancianos ingresados en nuestra Unidad de Ortogeriatría con una fractura mayor osteoporótica sin tratamiento previo para la osteoporosis. ¿Habrían recibido tratamiento con una evaluación previa? Dado que ambas escalas se utilizan en la estimación de riesgo a 10 años, ¿habrían recibido nuestros pacientes tratamiento hace 10 años?
Métodos: Estudio epidemiológico retrospectivo de pacientes tratados en una Unidad de Ortogeriatría por fractura mayor osteoporótica (julio 2013-enero 2014). Análisis estadístico: SPSS 15.0.
Resultados: 105 pacientes sin tratamiento farmacológico previo (79,2% mujeres, edad media 85,21 ± 7,92) con fractura mayor osteoporótica. Hace 10 años: según el FRAX-global, el 56,6% de las mujeres y el 9,1% de los hombres de la muestra deberían haber recibido tratamiento; según el FRAX-cadera, el 67,5% de las mujeres y el 45,5% de los hombres deberían haber sido tratados. En relación con el Q-Fracture (riesgo global) el 59% de las mujeres y el 73,3% de los varones deberían haber sido tratados. Según el Q-Fracture (riesgo de fractura de cadera) el 60,2% de las mujeres y el 81,8% de los hombres deberían haber tenido tratamiento contra la osteoporosis. El día previo a la fractura (26 pacientes excluidos por ser mayores de 90 años), deberían haber sido tratados el 83,9% de las mujeres, el 18,8% de los hom-

bres (FRAX-global); 87,3% de las mujeres, 75% de los hombres (FRAX-cadera); 95,2% de las mujeres y 100% de los hombres (Q-Fracture de riesgo global); 100% de la muestra (Q-fracture cadera).
Conclusiones: 1. Las escalas de valoración del riesgo de fractura son herramientas altamente efectivas para detectar personas con osteoporosis sintomática que deberían haber recibido tratamiento. 2. Hace 10 años, alrededor de 2/3 de nuestros pacientes deberían haber sido tratados. El día antes de la fractura, entre el 70,5% y el 91,1% de nuestra muestra se hubiese beneficiado de tratamiento farmacológico para la osteoporosis. 3. En líneas generales, para los varones ancianos de nuestra muestra el Q-Fracture parece ser más adecuado para la detección de osteoporosis que el FRAX, independientemente del momento de cribado.

PC-192. EQUIPO MÉDICO DE APOYO QUIRÚRGICO (EMAQ), HOSPITAL SUR DE ALCORCÓN. PRIMEROS 18 MESES DE SEGUIMIENTO

F.J. Soria Perdomo, M.R. Luis María, J. Jaramillo Hidalgo, J. Velasco García Cuevas y A.M. Moreno Collado
Capio Hospital Sur. Alcorcón.

Introducción: El EMAQ se encarga del manejo y seguimiento de las patologías médicas de pacientes adultos y ancianos ingresados a cargo de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Neurocirugía; así como también cualquier servicio que solicite nuestra colaboración. Debemos generar atención de calidad en un medio dependiente del pago por aseguradoras e inversiones privadas. El objetivo de prestar una atención de calidad durante su patología aguda, realizar una correcta integración entre los diferentes servicios (manejo multidisciplinar) y consolidar una adecuada consulta geriátrica, que permita el control y seguimiento de aquellos factores de riesgo médicos y sociales, propios de estos pacientes.
Métodos: Se revisó la estadística de la actividad del EMAQ desde noviembre del 2012 hasta enero del 2014. Se analizaron variables demográficas como edad y sexo. Variables relacionadas a su patología: motivo del ingreso, evolución y complicaciones. Variables relacionadas a la atención: estancia media, número de valoraciones y seguimiento en consulta.
Resultados: La mayoría de pacientes son del sexo femenino; con una edad promedio de 79 años. Entre las comorbilidades, las más frecuentes las del tipo cardiovascular (HTA, insuficiencia cardíaca, arritmias, etc.), siendo estas y las infecciones las principales causas de complicaciones. Cada paciente fue valorado diariamente hasta el momento del alta. Se realizaron un promedio de 13 valoraciones diarias. Las valoraciones geriátricas representan aproximadamente 20% de las camas del Hospital. El seguimiento por consulta externa se hace 1 o 2 días a la semana, y el 60% de estos pacientes procede del seguimiento por el EMAQ.
Conclusiones: La apertura de un equipo multidisciplinar orientado particularmente al seguimiento de pacientes geriátricos permite la atención de 20% de los pacientes ingresados en nuestro centro. El seguimiento de pacientes en planta permite la creación de agendas de consulta, dedicadas a la atención de paciente geriátrico. La continuidad de dicho proyecto permitirá la interacción con la comunidad así como la fidelización del paciente al Hospital.

PC-193. PERFIL DE USO DE LAS SONDAS DE GASTROSTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

M.E. Baeza Monedero, B. Montero Errasquín, L. García Cabrera, S. Fernández Villaseca, L. Valdez Disla y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La aparición de disfagia y otros trastornos deglutorios constituyen un marcador de las fases finales de la demencia, por lo que muchos de los pacientes mayores portadores de una gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) sufren una demencia avanzada. La indicación de la PEG en personas mayores es controvertida.
Objetivos: Estudiar las indicaciones de colocación de PEGs en personas mayores en un hospital universitario, el perfil y las características de los pacientes en los que se realiza, y sus complicaciones y mortalidad a corto y largo plazo.
Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes mayores de 75 años a los que se les colocó una PEG en un plazo de tres años (2011 a 2013) en el Servicio de Radiología Intervencionista. Se recogieron datos sociodemográficos, situación basal y antecedentes personales. Se analizó la indicación del procedimiento en cada caso, revisando posteriormente mediante la historia clínica electrónica la prevalencia de complicaciones y la mortalidad durante un máximo de 36 meses de seguimiento.
Resultados: n = 74 pacientes. Edad media: 84 años, 57% mujeres. El 80% sufría deterioro cognitivo. El 40% vivía en residencia. La principal indicación para la colocación de PEG fue la disfagia en el contexto de demencia avanzada (56,8%), seguida por procesos tumorales de la cavidad orofaríngea (12,2%), enfermedad de Parkinson (10,8%) y eventos cerebrovasculares (9,6%) con carácter irreversible en el 90,5% de los casos. La complicación más frecuente en el seguimiento fue la broncoaspiración (32,4%). La mortalidad global fue de 59,5%. La complicación más frecuente en pacientes con demencia fue también la broncoaspiración (39%), estos tuvieron una supervivencia desde la colocación de la PEG de 3 meses, y una mortalidad de 57,6%.
Conclusiones: La presencia de disfagia en la demencia avanzada supone la principal indicación de colocación de PEG en mayores de 75 años. Esta intervención no previene la aparición de broncoaspiraciones, que son la complicación más frecuente. La supervivencia, en nuestra población, tras la colocación de la PEG es de 3 meses.

PC-194. INFLUENCIA DE LOS DÍAS DE FIN DE SEMANA EN LA ADECUACIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

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

Introducción: El índice de estancia ajustada al riesgo (IEAR) del Servicio de Geriatría del Hospital General Universitario de Ciudad Real, tiene un valor inferior al de la media (IEAR 0,89). Sin embargo si se hace la comparación con los hospitales con mejor gestión de estancia (Benchmark) existe un margen de mejora (IEAR 1,19). Se plantea este estudio para evaluar la influencia de los días de no trabajo del personal médico en la adecuación de estancias durante la hospitalización en el Servicio de Geriatría.
Métodos: Para la evaluación de la adecuación de ingresos y estancias se ha aplicado la versión concurrente del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) a los pacientes ingresados entre un viernes y el lunes siguiente. Durante los cuatros días de ingreso, se ha valorado para cada paciente, las causas de adecuación o inadecuación de admisión y de estancia hospitalaria.
Resultados: Los 46 pacientes evaluados generaron 184 estancias en los cuatro días de estudio. La distribución por sexos fue 65,2% mujeres y 34,7% hombres y la edad media de 87 años. Se detectó un ingreso no adecuado por admisión prematura para realización de prueba diagnóstica y otro por requerimiento de cuidados de enfermería. Las causas de estancia inadecuada más advertidas fueron el retraso en la realización de pruebas diagnósticas, la espera de respuesta a las interconsultas solicitadas a otros servicios, las responsabilidades por parte del medio al no disponer de instalaciones alternativas para traslado del paciente, así como falta de preparación de la familia para atención en domicilio.

Conclusiones: No existe una proporción alta de ingresos ni estancias inadecuadas. La mayoría de las estancias inadecuadas son consecuencia de los días de no trabajo y el inconveniente de que muchos procedimientos diagnósticos no se realizan durante el fin de semana (ecografía, TAC). Por otro lado el hecho coincidente de que el fin de semana evaluado no había ningún geriatra de guardia, reduce la agilidad en el alta así como la pronta evaluación del ingreso y la petición de pruebas complementarias. Otras causas están en relación con falta de medios alternativos para continuidad de cuidados del paciente geriátrico.

PC-195. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES QUE PRESENTARON UPPS GRADO III Y IV DURANTE EL AÑO 2013

I. Llarena Pereira, D. Núñez López, D. Zarrias Pereira, E. Álvarez Vela, M. Mendieta Corral y P. Morales López
Centro Gerontológico Igurco Bilbozar. Bilbao.

Introducción: Estudio retrospectivo de las características funcionales, nutricionales y neurológicas de los residentes que han presentado ulceras por presión de grado III y grado IV durante el año 2013.
Objetivos: Relacionar el síndrome geriátrico de úlceras por presión con el nivel de dependencia, el estado nutricional y el deterioro cognitivo.
Métodos: Se analiza una muestra de 109 residentes, de los cuales 6 de ellos presentaron úlceras por presión grado III y IV en el año 2013. Las variables recogidas son: edad, sexo y albúmina. Se utilizan las siguientes escalas de valoración geriátrica: Barthel modificado, FAST, Braden y MNA.
Resultados: Durante el año 2013, 6 residentes presentaron UPP de grado III y IV; lo que supone un 5,5% del total de residentes. El 100% de la muestra eran mujeres y la edad media de la muestra era de 85,57 años siendo la edad media de la residencia 86,35 años. El 100% de la muestra estaba diagnosticado de demencia (FAST 6). El 100% de la muestra presentaba dependencia total para las ABVDs (Barthel modificado 12). Del total de la muestra 1 residente genero la UPP en el centro (16,66%). En la valoración nutricional se objetiva malnutrición (MNA 6 y albúmina 3,29).
Conclusiones: La aparición de úlceras por presión, está relacionada con el diagnóstico de demencia. La totalidad de usuarios con úlceras presentaban demencia. Se establece una relación directa entre la pérdida de capacidad funcional de los residentes (Barthel) y la aparición de úlceras por presión. Un mal estado nutricional es un factor de riesgo para la aparición de UPP.

PC-196. ANCIANOS HOSPITALIZADOS Y DIABETES: CADA VEZ MÁS Y DE MAYOR COMPLEJIDAD

A. Merino Taboada, C. Herrera Bozzo, C. Bibian Getino, C. Cánovas Pareja y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Analizar características, comorbilidad y tratamiento farmacológico de nuestros diabéticos como paso previo a la implementación de un plan de mejora en la utilización de terapia con insulina basal durante la estancia hospitalaria.
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo II desde el 1 de enero al 31 de agosto del 2013 en las Unidades de hospitalización del Servicio de Geriatría (Agudos, Convalecencia, Ortogeriatría) Se analizaron datos sociodemográficos, situación funcional (Barthel), comorbilidad (Charlson modificado), destino al alta, exitus, enfermedades crónicas prevalentes, número de fármacos y tratamiento antidiabético, tipo de insulina y antidiabéticos orales (ADO).
Resultados: 797 pacientes. 208 (26%) son diabéticos, mujeres: 62,5%. Edad media 85 años. El 75,5% procedían de urgencias, ortogeriatría: 6,8%. Motivo de ingreso más frecuente: Infección respiratoria (22,2%). Estancia media 13 días. Barthel al ingreso: dependencia total < 20 (59,6%), Dependencia moderada 20-60 (24,5%), Dependencia leve > 60 (15,8%); Barthel al alta: dependencia grave < 20 (31,25%), dependencia moderada 20-60 (26,44%), dependencia leve > 60 (26,92%). Índice de Charlson media 8. Destino al alta: 55% domicilio, exitus: 15% (32). Comorbilidad: HTA 69,23% (144), insuficiencia cardiaca 34,13% (71), demencia 33,17% (69), ACV 22,59% (47), anemia 21,63% (45), insuficiencia renal 19,71% (41). Tratamiento diabético previo: Insulina 30,76% (64), ADO 58,65% (122), con predominio de metformina. Al alta: Insulina 31,73% (66), ADO 47,11% (98). Polimedicación al alta (≥ 7) 53,84% (112).
Conclusiones: Nuestros diabéticos tienen elevada edad y comorbilidad, predominio de enfermedades cardiovasculares y neurológicas e importante dependencia. Mayor utilización de ADO frente a terapia insulínica con oportunidad de mejora en el manejo de las insulinas basales en el manejo de la hiperglucemia durante la estancia hospitalaria.

PC-197. PERFIL DEL PACIENTE CON CAÍDAS EN UNA CONSULTA EXTERNA DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

L. Castro Vélez, C. Muñoz Romero, M. Domínguez López, P. Margalef Benaiges, P. Fabregat Povill y E. Martínez Almazán
Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Introducción: En la unidad externa de Valoración Geriátrica Integral de nuestro centro (AGI) el principal motivo de derivación es el estudio de deterioro cognitivo. Con frecuencia estos pacientes o sus cuidadores refieren caídas de repetición.
Objetivos: Analizar el perfil del paciente con caídas que es derivado a AGI.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de informes de primeras visitas durante el año 2012. Se incluyen datos demográficos, comorbilidad, número de fármacos, uso de hipnóticos, antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos, tratamiento específico de demencia, síndromes geriátricos (SG), Barthel, Lawton, Yesavage, MEC, IMC, velocidad de la marcha, fuerza de prensión, información sobre SG y derivación a otras unidades geriátricas. Análisis estadístico descriptivo de comparación de medias mediante chi-cuadrado para variables categóricas y t-Student para variables cuantitativas.
Resultados: 200 primeras visitas, 185 con registro de caídas. 65% mujeres. Edad media 83 ± 6,14. 73,7% derivados desde atención primaria. 82 (44%) tienen caídas en el último año. Hay asociación ($p < 0,05$) entre caídas y DM, uso de antidepresivos, hipnóticos, dolor, deprivación sensorial, deterioro cognitivo, incontinencia, insomnio y estreñimiento. De los que caen, el 61% reciben información sobre caídas y el 24,4% son derivados al Hospital de Día. El grupo con caídas consumen más fármacos (7,66 vs 5,9, $p < 0,05$), tienen menor Barthel (70,66 vs 79,71, $p < 0,05$), Lawton (2,19 vs 3,70, $p < 0,05$), MEC (18 vs 20,66, $p < 0,05$) y velocidad de la marcha (13,29 vs 8,76 seg, $p < 0,05$). El 7,3% de este grupo toman vit D.
Conclusiones: Las caídas son muy prevalentes en la población analizada. Se relacionan con el consumo de mayor número de fármacos, más presencia de dolor, peor situación funcional y cognitiva y presencia de otros SG. El porcentaje de pacientes con caídas que toman vit D es muy bajo (7,3%). Reciben más información sobre caídas los pacientes que se caen, aunque no consta en el 100% y se derivan más al Hospital de Día. Es preciso mejorar el abordaje multidimensional de las caídas.

PC-198. LAS SOLUCIONES INTEGRADAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CAÍDAS ADAPTADAS A LOS FACTORES DE LA POBLACIÓN CON RIESGO DE CAÍDAS (PROYECTO IDONTFALL)

P. Alcalde Tirado, D. Navarro, S. Ariño Blasco, E. Rojo, O. Pino, R. Cuevas y M. Miralles
Hospital General de Granollers.

Introducción: El estudio IDONTFALL es un proyecto multidisciplinar en el ámbito de la dependencia ligada al envejecimiento. El valor

añadido del proyecto permite adaptar las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Dicho proyecto desarrollará y evaluará una plataforma de servicios diseñados para ayudar a prevenir y detectar caídas.
Objetivos: El objetivo principal es prevenir y detectar las caídas. Se focaliza en el diseño de unas tareas que mediante el uso de las TIC pueden prevenir caídas en el anciano con problemas de movilidad.
Métodos: Duración del proyecto: tres años. Materiales: i-Walker, WiMu, Sociable y Careportal. Participantes: 500 persones mayores de 65 años distribuidas en 8 centros pilotos (50 participantes en el Hospital General Universitario de Granollers). Diseño: 4 ramas: a) uso de caminador inteligente (I-Walker); b) uso de programa de entrenamiento cognitivo (Sociable); c) uso de caminador inteligente más programa de entrenamiento cognitivo; d) grupo control (entrenamiento cognitivo como un placebo). Entrenamiento: Cada paciente deberá asistir a dos sesiones de entrenamiento cada semana, durante 12 semanas (24 sesiones). Cada sesión será de 60 minutos. Una vez concluido el período de entrenamiento se complementará con un período de seguimiento total de 9 meses.
Resultados: Prolongar el tiempo en que las personas ancianas podrán vivir de forma independiente en su domicilio habitual. Proporcionar la prevención de las caídas y los servicios de detección. Proporcionar evidencia de la mejora en la calidad de vida de la población anciana y sus cuidadores o familiares.
Conclusiones: La población geriátrica es una población diana debido al envejecimiento de la población, por lo que el proyecto IDF podrá tener un gran impacto en la prevención y detección de las caídas, así como en el aumento de la calidad de vida de las personas dependientes, con enfermedades crónicas y en sus cuidadores, mediante la adopción de nuevas soluciones tecnológicas desarrolladas y evaluadas a lo largo de este proyecto.

PC-199. ESCALA DIVA. PROPUESTA DE UNA NUEVA ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA. ESTUDIO PRELIMINAR

I. Serra Doménech, L. Roca Tey, J. Herms Berenguer, O. El Boutrouki, R. Pérez Vidal y A. Baraldés Farré
Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa.

Objetivos: Testar la fiabilidad de una escala para la evaluación funcional y cognitiva del paciente frágil menos compleja y sujeta a interpretaciones, actualizable, útil en la toma de decisiones clínicas y válidas para todos los niveles asistenciales.
Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 100 pacientes ingresados consecutivamente en una unidad de pacientes frágiles agudizados. Variables de estudio: edad, sexo, índice de Barthel (IB), el índice de Pfeiffer (IP) y escala DIVA. La escala DIVA evalúa 4 dimensiones (3 funcionales y 1 de cognición). Cada dimensión se categoriza en 3 niveles: A, B y C. Los pacientes se clasifican de las 4 A hasta las 4 C en casos de dependencia severa y sospecha de deterioro cognitivo. Deambulacion: A-autónomo (se levanta y camina solo); B-necesita ayuda de una persona o caminadores; C-no se desplaza solo. Ingesta: A-no disfagia; B-disfagia a líquidos; C-disfagia total. Vestir e higiene: A-solo; B-necesita supervisión; C-necesita ayuda. Afectación cognitiva: A-funciones preservadas; B-leve-moderada: 1) reconoce a familiares o cuidador principal, 2) es capaz de ubicarse; C-grave, ningún acierto. Para la evaluación de la concordancia entre el IB e ítems funcionales de la escala DIVA y entre IP e ítem de cognición-DIVA se utilizó el índice de Kappa con ponderación cuadrática.
Resultados: Edad media de 85,5 (58,5-97,5). Mujeres 70%. IB: 42,3 (DE 31,7). 19% deterioro cognitivo grave. DIVA: Deambulación: A-25%; B-40%; C-35%. Ingesta: A-41%; B-39%; C-20%. Vestir-higiene: A-25%; B-42%; C-33%. Afectación cognitiva: A-40%; B-47%; C-13%. La presencia de una o más C se correspondía a IB < 30; dos B, dependencia grave-moderada (IB < 50); una B, dependencia leve (IB 70-80). El índice Kappa de concordancia entre el IB e ítems funcionales de la escala DIVA fue de 0,95 (IC95%: 0,92-0,98). La C de afectación cognitiva correspondía a > 8 errores; B a 5-8 errores; A a 0-3 errores en el IP. El índice Kappa de concordancia entre el IP y el ítem de cognición del DIVA fue de 0,76 (IC95%: 0,67-0,86).
Conclusiones: La concordancia observada entre la escala DIVA, el IB e el IP sugiere que la escala DIVA, en espera de más estudios, podría ser un instrumento eficaz y operativo.

PC-200. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TRASLADADOS DESDE UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL A UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

M.G. Carrizo, C. Arnal Carda, M.Y. Saldarriaga Infante, M. Alvarado Cárdenas, C. Pérez Bocanegra y A. San José Laporte
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ≥ 65 años con IC que fueron trasladados a una unidad de subagudos (USA) desde urgencias durante el año 2013.
Comparar las características de éstos pacientes con respecto a los no afectos de IC.
Métodos: Se valoraron todos los pacientes derivados a través de la unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria (UFISS) desde urgencias del Hospital Vall de Hebron hacia la USA del Hospital Pere Virgili. A todos los pacientes se les realizó una valoración geriátrica que incluía el ISAR (identification of seniors at risk). Se realizó un análisis descriptivo y una comparación entre el subgrupo con IC y el que no presentaba IC.
Resultados: Durante el año 2013 se derivaron un total de 222 pacientes a USA. De los 216 pacientes ≥ 65 a., la edad media fue de 85,5 años y el 73,6% era mujer. El 24,1% (52 pacientes) presentaba como diagnóstico principal IC, edad media de 87,2 años, y el 82,7% era mujer. En este grupo se observó una mayor frecuencia de HTA (94,2% vs 70,1%), FA (57,7% vs 31,1%), DM (40,4% vs 28,7%), DLP (38,5% vs 25,6%), insuficiencia renal (32,7% vs 23,8%) y cardiopatía isquémica (30,8% vs 18,9%). Fue menos frecuente la presencia de EPOC (15,4% vs 28%), demencia (44,2% vs 54,9%), delirium (1,9% vs 9,8%) y UPP (3,8% vs 11%). Respecto al índice de Barthel la media fue de 62 en IC y 47,9 en pacientes sin IC. No hubo diferencias en índice de Charlson, ISAR y número de fármacos. En cuanto a la evolución a los 3 meses del alta de los pacientes con IC, el 48% se encontraba en su domicilio, el 23,1% institucionalizado, el 23,1% había fallecido y el 5,8% rehospitalizado.
Conclusiones: Los pacientes con IC que requieren ingreso en una USA son de edad avanzada en su mayoría mujeres, con menor dependencia y con menor prevalencia de deterioro cognitivo. El que no se encontraran diferencias entres ambos grupos respecto a comorbilidad, riesgo de reconsulta a urgencias y número de fármacos probablemente se deba a la edad muy avanzada de todos los pacientes y a la gran pluripatología.

PC-201. APLICACIÓN DE FÓRMULA HUGE COMO *SCREENING* DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA POBLACIÓN DE LANZAROTE

J. Alonso[1], M. Venegas[1], N. Lorenzo[2], B. Torres[1], C. Clemente[2], L. Ramírez[2] y C. Peinado[1]
[1]Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife. [2]Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar la utilidad de la formula HUGE como screening de IRC (insuficiencia renal crónica) en el área de Lanzarote.
Introducción: La alta prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes geriátricos asociada a la dificultades de medición a través de los gold estándar actuales (aclaramiento de creatinina orina 24

horas) y la falta de validación de las fórmulas de laboratorio en pacientes mayores de 70 años justifica la utilidad de formula HUGE para el screening de IRC de forma independiente a la edad y la creatinina sérica.
Métodos: Estudio observacional descriptivo en pacientes del área de Lanzarote con aclaramiento de creatinina entre 30 y 80 (MDRD-IDMS) mediante analítica de sangre desde el 01/01/13 al 31/08/13. Se seleccionaron pacientes clínicamente estables procedentes de CCEE, Hospital de día, Unidad de larga estancia y Residencia anexa. Variables recogidas: edad, sexo, procedencia, hematocrito, urea, creatinina, colesterol, albúmina, hemoglobina, aclaramiento de creatinina con el MDRD-IDMS, hemoglobina glicosilada y antecedentes personales de HTA, DM, DLP, anemia, uropatía obstructiva, inmovilidad, ITU repetición, polifarmacia y situación funcional y mental (escalas Barthel y GDS Reisberg). El manejo de los datos se realizó mediante SPSS v 19.0.0.
Resultados: Total de 107 pacientes con edades comprendidas entre 65-98 años (Media 83,16 ± 6,996). La mayoría era mujeres 74,8%. El grosor de la muestra provenía de Consultas externas 64,5%, seguida de HDG (hospital de día geriátrico) 15%, Residencia 16,8% y Unidad de larga estancia (ULE) con un 3,7%. El FG mostró una media de 60,12 ml/min/m^2 (± 12,81). El 49,5% presentaban aclaramientos entre 30-44 ml/min/m^2, el 41% entre 45-59 mil/min/m^2 y solo un 9,5% entre 60-80. En el 60,7% de los de los pacientes la formula HUGE sugiere insuficiencia renal crónica (HUGE > 0) y en el 39,3% (HUGE < 0) con una media de -0,4 (-7,39 y +9,8). Mostrando ambas variables correlación estadísticamente significativa (p = 0,01) a dos colas mediante el test de correlación de Pearson.
Conclusiones: La fórmula HUGE es útil en nuestros pacientes permitiéndonos distinguir de una manera rápida el riesgo de desarrollar IRC para insistir en medidas preventivas y un control más estricto de los factores de riesgo.

PC-202. VALORACIÓN DE LA ESCALA DOS (DELIRIUM OBSERVATION SCREENING) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

P. Gil Gregorio, A. García Cuesta y B. Solas
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: El síndrome confusional agudo (SCA) es una situación frecuente entre la población anciana hospitalizada y se asocia a múltiples complicaciones a corto y largo plazo. La identificación de este síndrome se realiza a través del CAM (Confusional Assessment Method). El DOSS fue diseñado para detectar la presencia de delirium por personal de enfermería en sus tres turnos de trabajo. El objetivo del estudio es conocer la utilidad de DOSS en el cribado del síndrome confusional.
Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y observacional. Se incluyen pacientes ingresados en la unidad de agudos de geriatría en el periodo octubre-diciembre 2013: 145 pacientes con edad media 87,2 ± 6,4 años. Se recogen las siguientes variables: edad, género, días estancia, Katz, Barthel, motivo de ingreso y exitus. Se realiza a todos los pacientes el día del ingreso: valoración CAM para la presencia de síndrome confusional y DOSS en los tres turnos por personal de enfermería previamente instruidas en esta escala.

Tabla. PC-202

	Con SCA: 34	Sin SCA: 111
Edad Media	88,3 ± 7,9	87,4 ± 8,1
Hombres (%)	19 (55,8%)	34 (30,6%)
Mujeres (%)	15 (44,2%)	77 (69,4%)
Estancia días	11,4 ± 3,1	12,4 ± 2,9
DOSS	6,1 ± 3,9	2,8 ± 1,4
Barthel	32,2 ± 14,1	41,1 ± 15,3
Exitus	2 (5,8%)	8 (5,3)

Resultados: El 86,1% de los pacientes con SCA tenían una puntuación en DOSS superior a 3 (predictiva de delirium). El 12,6 de los sufren SCA tenían puntuación en DOS inferior a 3 (no predictiva). El 72% de los pacientes presentan SCA nocturno (tabla).
Conclusiones: 1. La DOSS es una herramienta de screening eficaz para la detección de SCA. 2. El SCA es más frecuente en varones y con mayor dependencia. 3. La noche se asocia a una mayor presencia de SCA.

PC-203. INSUFICIENCIA CARDIACA EN OCTOGENARIOS Y NONAGENARIOS

L. Guardado Fuentes e I. Carmona
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer las diferencias en los patrones clínicos y de funcionalismo cardiaco de pacientes octogenarios y nonagenarios ingresados en un unidad de agudos de Geriatría (UGA) por insuficiencia cardiaca (IC).
Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y de seguimiento. Pacientes ingresado por IC en UGA. Tiempo de recogida datos: enero-diciembre 2012: 125 Edad media: 88,6 años. Se recogen las siguientes variables: edad, género, comorbilidad (Í. Charlson) factores de riesgo, grado NYHA. Función sistólica medida a través de la FEVI mediante ecocardiograma torácico, determinaciones analíticas, fármacos, respuesta inflamatoria (IL-6), grandes síndromes geriátricos, reingresos y fallecimientos durante estancia hospitalaria. Programa estadístico STATA versión 12.0, con nivel de significación estadística del 95%
Resultados: Se presentan en la tabla.
Conclusiones: 1. Los pacientes nonagenarios presentan mayor disfunción diastólica que los octogenarios. 2. Los pacientes nonagenarios desarrollan menos cuadros confusional, tienen menos dislipemia con diferencias estadísticamente significativa. 3. Los pacientes nonagenarios gozan de mejor estado de salud medido a través del Charlson y con menos infecciones aunque no alcancen significación estadística. 4. Los pacientes nonagenarios están menos anticoagulados.
Este trabajo FIS PI09/91116 ha sido subvencionado por el Instituto de Salud Carlos III.

PC-204. FACTORES NUTRICIONALES ASOCIADOS A MORTALIDAD AL AÑO DEL ALTA DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

G. Guzmán Gutiérrez, J. Gutiérrez Rodríguez, L. Pellitero Blanco, E. San Cristóbal Velasco, J.M. Arche Coto, A. González Sanz y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Analizar la incidencia de la mortalidad anual tras el ingreso a una UGA. Estudiar aquellas variables nutricionales que pudieran estar asociadas a la mortalidad.
Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico prospectivo incluyendo pacientes ingresados en las UGA del 15-02-2013 al 26-03-2013. Se recogieron variables sociodemográficos (sexo, edad, procedencia), clínicas (diagnóstico de ingreso, número de fármacos al ingreso,

Tabla. PC-203

	Octogenarios (40,3%)	Nonagenarios (59,7%)	
Mujeres	71,4%	73,5%	NS
Charlson	8,1	7,4	NS
FEV1 normal	67,2%	83,3%	0,05
Anticoagulantes	41,7%	17,8%	0,009
Infección	84,8%	69,1%	N.S.
C. confusional	32,6%	16,2%	0,04
Dislipemia	26,1%	61,8%	0,001

comorbilidades), funcional (Índice de Barthel o IB), cognitiva (Mini Mental State Examination o MMSE), y nutricional (Mini Nutritional Assessment o MNA, IMC, peso, talla, circunferencia abdominal). Se evaluó la mortalidad anual mediante la búsqueda en el Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios (SIPRES) del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Se realizó un análisis utilizando métodos estadísticos (χ^2, t de Student, Regresión logística).

Resultados: Fueron incluidos en el estudio 90 pacientes con una estancia media de 8,9 ± 3,5 días, edad media de 86,1 ± 5,9 años, con 62,2% mujeres, y 74,4% procedentes de domicilio. Los principales diagnósticos de ingreso fueron: Infección respiratoria (43,3%), insuficiencia cardiaca o ICC (25,6%), e ITU (13,3%). Presentaron: IB en el mes previo de 57 ± 36 al ingreso 45 ± 35, del MMSE 17 ± 11, MNA de 20 ± 5,1, IMC de 27,2 ± 6, peso 67,9 ± 15, talla 158,24 ± 8,1, circunferencia abdominal 101 ± 14,15. La mortalidad en el primer año fue de un 26%. Se detectó asociación estadística entre mortalidad en el primer año y la procedencia: domicilio vs residencia (χ^2 = 8,06, p = 0,005; OR = 4,2; IC = 1,5-11,8). De las variables nutricionales sólo el MNA presentó diferencias estadísticamente significativas con la mortalidad (17,33 ± 5,46 fallecidos vs 20,37 ± 4,7 no fallecidos; p = 0,012). Además en la regresión logística se vio una asociación entre el MNA (como única variable independiente) con el riesgo de muerte al año (B = -0,116 ± 0,049; χ^2 = 5,71, p = 0,017; OR = 0,89, IC = 0,81-0,98).

Conclusiones: Los pacientes procedentes de domicilio presentaron una mayor probabilidad de fallecer. A menor puntuación en el MNA o peor situación nutricional, mayor probabilidad de fallecer en el primer año después del alta hospitalaria.

PC-205. POSITIVIDAD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ

M. Caprara y A. Crego Díaz
Universidad a Distancia de Madrid UDIMA. Collado Villalba.

Introducción: En los últimos años se ha ido generando un creciente interés en la búsqueda de las características positivas del funcionamiento de los individuos, sobre todo desde la perspectiva de la psicología positiva. Factores de personalidad, como la estabilidad emocional y la positividad, entendida ésta como un rasgo estable de la personalidad que predispone a la persona a tener una actitud positiva y esperanzadora ante la vida cotidiana y hacia el futuro, pueden desarrollar un rol fundamental en el sostenimiento de la salud también en la adultez. Este estudio pretende investigar los efectos de estos factores psicológicos y de personalidad en la salud de las personas mayores, así como indagar su valor predictivo respecto a los trastornos depresivos en esta población.

Métodos: Se llevó a cabo una recogida de datos mediante un cuestionario en el que se incluían, entre otras variables, medidas de personalidad, positividad, depresión y estado de salud. Para los análisis, la muestra total se dividió en dos grupos, uno que comprendía a sujetos de 46 a 65 años (n = 49; 69,4% mujeres), con una media de edad de 62,4 años (Dt = 4,57), y otro que incluía a personas de 66 a 96 años (n = 98; 55,7% mujeres), con una media de edad de 71,2 años (Dt = 5,65). Se llevaron a cabo análisis descriptivos, pruebas t para la comparación de medias, análisis de correlación y análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados: Controlando variables como el género y la edad, la estabilidad emocional y la positividad son dos predictores significativos del estado de salud y de las puntuaciones en depresión en el grupo de personas mayores. Ambas, estado de salud y depresión, se encuentran fuertemente asociadas. La positividad, además, sería un mejor predictor de las puntuaciones en salud y depresión, en comparación con variables como el optimismo o la autoestima.

Conclusiones: La implantación de talleres y programas que ayuden a fortalecer estos factores de personalidad ayudarán a prevenir los trastornos depresivos y a fortalecer la salud de las personas mayores.

PC-206. INSULINA DEGLUDEC EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA: PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS Y RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

N. Martí Triguero[1] y M. Galán[2]
[1]Hospital Sociosanitario Francolí. Tarragona. [2]Departamento Médico. Novo Nordisk. Madrid.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue revisar los estudios realizados con insulina degludec (IDeg) en pacientes con diabetes mellitus (DM) mayores de 65 años.

Métodos: Se identificaron y revisaron todos los estudios clínicos con IDeg cuya población objeto de estudio era pacientes con DM ≥ 65 años, publicados en Medline entre 2011 y 2014.

Resultados: Se identificaron 2 trabajos. El primero es un ensayo aleatorizado, doble ciego, cruzado, en dos-periodos que comparaba las propiedades farmacológicas de IDeg en DM1 ≥ 65 años vs < 65 años. El segundo trabajo es un meta-análisis pre-planificado de 7 ensayos clínicos fase III de IDeg en pacientes con DM ≥ 65 años. En condiciones estables (CE) la exposición total de IDegfue similar entre los grupos de edad [Razón de parámetros farmacocinéticos (≥ 65/ < 65años): $AUC_{IDeg,T,CE}$ = 1,04 (IC95%: 0,73 a 1,47); Concentración máxima de IDeg = 1,02 (IC95%: 0,74 a 1,39)], al igual que el efecto hipoglucemiante de IDeg definido por la tasa de infusión de glucosa (TIR) [Razón de parámetros farmacodinámicos (≥ 65/ < 65años): $AUC_{TIG,T,CE}$ = 0,78 (IC95%:0,47 a 1,31); $TIG_{max,IDeg,CE}$ = 0,80 (IC95%: 0,54 a 1,17)]. La duración de la actividad fue > 26 h en todos los sujetos. En el meta-análisis, en pacientes con DM2 ≥ 65 años, la razón de tasas de incidencia de hipoglucemia confirmada (IDeg/Glargina) fue 0,76 (IC95%: 0,61 a 0,95) y de hipoglucemia nocturna 0,64 (IC95%: 0,43 a 0,95). La hipoglucemia confirmada fue frecuente en todos los pacientes con DM1, los episodios graves escasos y con similar incidencia en DM1 y DM2.

Conclusiones: En los pacientes con diabetes mellitus mayores de 65 años se preservan las propiedades farmacológicas de insulina degludec y en aquellos con diabetes tipo 2 se conserva la reducción del riesgo de la hipoglucemia confirmada o nocturna observada en pacientes más jóvenes.

PC-207. HOSPITAL DE DÍA PSICOGERIÁTRICO. ANÁLISIS DEL PERFIL COGNITIVO EN LOS TRATAMIENTOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

J.L. Rodríguez García, M.J. Ciudad Mas, M.V. Escutia Pérez, M.I. González Abad, A. Ferré Jodrà e I. Fort Almiñana
CSS El Carme. Badalona.

Introducción: El Hospital de Día Psicogeriátrico es una unidad de atención ambulatoria destinada a pacientes con deterioro cognitivo y demencia para fundamentalmente realizar estimulación cognitiva (EC). La estimulación cognitiva es un tratamiento no farmacológico que, según la literatura, pretende enlentecer la evolución de la demencia. Las evidencias demuestran que el perfil de paciente con demencia inicial es el que más se beneficia. Nuestro objetivo es analizar el perfil del usuario que realizó tratamiento de EC.

Métodos: Es un estudio retrospectivo-descriptivo de pacientes que acudieron a Hospital de Día el 2013 y realizaron EC. Todos realizaron una valoración geriátrica, un estudio neuropsicológico y una entrevista de enfermería previa. Los grupos de estimulación son coordinados por Neuropsicología del centro y responden a 4 niveles de deterioro: Nivel 1 (deterioro cognitivo leve), Nivel 2 (demencia inicial), Nivel 3 (demencia moderada), Nivel 4 (demencia moderadamente grave).

Resultados: La muestra corresponde a 89 usuarios (59,1% mujeres) con una media de edad de 79,17 años. Presentan una media de MMSE de 20,4 (4,69); Barthel de 86,11 (16) y un índice de Lawton y Brody de 3,6 (2,1). El 24,7% (22) tenían un GDS 3, el 48,3% (43) un GDS 4, el 24,7% tenían un GDS 5 y el resto, 2,2%, un GDS 6 (2). La población descrita presentaba mayoritariamente EA 41,9% (38 personas),

demencia vascular 23,7% (21) y AVC 11,8% (10). El 28,2% acudió al Nivel 1, el 7,1% al Nivel 2, el 30,6% al Nivel 3 y el 34,1% al Nivel 4. El porcentaje de gente sin escolarizar era de 17,8% concentrados en los niveles 3 y 4.
Conclusiones: El perfil de usuario que acudió a Hospital de Día presentaba demencia tipo Alzheimer, mujer, de 80 años, letrada y con deterioro cognitivo leve-moderado (GDS 4). Dado que el perfil del usuario es susceptible de poder beneficiarse de la EC, el factor de la escolaridad influye en la distribución de los grupos, condiciona la intervención y aumenta la ocupación en los niveles más avanzados.

PC-208. ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA EN EL PREGRADO: RECOMENDACIONES EUROPEAS Y REALIDAD ESPAÑOLA

J. Mateos-Nozal, S. Fernández Villaseca, B. Montero Errasquín, A.J. Cruz-Jentoft y J.M. Ribera Casado
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Traducir las competencias europeas en Geriatría para estudiantes de Medicina, desarrolladas recientemente por la sección de Geriatría de la UEMS, y compararlas con las aprobadas en el pregrado en España.
Métodos: Se realizó la traducción de las competencias europeas por uno de los autores, siendo ésta traducción revisada y corregida por dos expertos nacionales. Se compararon dichas recomendaciones con las competencias incluidas en distintos documentos oficiales españoles: BOE ECI/332/2008, libro blanco de Medicina de la ANECA (2005) y listado de competencias de cada facultad de Medicina.
Resultados: El documento europeo recomienda la adquisición por los estudiantes de38 competencias divididas en 10 secciones: respeto a los pacientes mayores, principios del envejecimiento, enfermedades comunes, valoración geriátrica integral, uso de fármacos, comorbilidades y factores sociales, problemas éticos, otros profesionales, niveles asistenciales y aspectos regionales sociosanitarios. El BOE menciona 37 competencias generales y un listado de competencias específicas; mientras que el libro blanco menciona 23 competencias genéricas, 34 específicas (similares a las 37 generales del BOE) e incluye un listado de contenidos comunes donde se incluye la Geriatría. Las 40 facultades de Medicina españolas adaptaron sus competencias a las recomendaciones del BOE. El BOE sólo incluye el 32% de las competencias europeas; destacando entre las más frecuentes: atención en distintos niveles (100%), enfermedades comunes de los mayores (50%), realización de la valoración geriátrica (50%) y papel de otros profesionales sanitarios (50%) y entre las menos frecuentes: respeto al paciente mayor (17%), comorbilidades y factores sociales (17%) y uso de fármacos (20%). El libro blanco incluye el 47% de las competencias europeas, donde destacan favorablemente: enfermedades comunes de los mayores (100%), realización de la valoración geriátrica (100%), atención en distintos niveles (100%) y principios del envejecimiento (60%) y desfavorablemente: respeto a los mayores (17%), problemas éticos (33%) y aspectos regionales sociosanitarios (33%).
Conclusiones: Muchas recomendaciones europeas para la formación de la Geriatría en pregrado no son recogidas en la normativa española actual. Es necesario revisar las competencias en Geriatría en las facultades de Medicina españolas.

PC-209. VÍA CLÍNICA DE FRACTURA DE FÉMUR EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARI0

D. Quera Ayma, S. Gómez, D. Arranz, A. Neira y N. Saiz
Mutuam Güell. Barcelona.

Introducción: La fractura de fémur, por su elevada prevalencia en ancianos, es una patología frecuente en los hospitales de media estancia. Provoca una mortalidad significativa y elevados costes asociados a la recuperación funcional de los pacientes.
Objetivos: Diseñar una vía clínica que nos permita unificar criterios de atención, estandarizar actuaciones y disminuir la variabilidad clínica en el proceso asistencial. Evaluar periódicamente los resultados para poder mejorar la calidad asistencial y la eficiencia de los recursos utilizados.
Métodos: Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar. Se ha elaborado una vía clínica que abarca el proceso asistencial desde el ingreso hasta el alta del paciente. Se ha buscado el consenso entre profesionales y en la prueba inicial se han incluido todos los pacientes ingresados por fractura de fémur para valorar si los criterios de inclusión y exclusión se ajustaban al objetivo planteado.
Resultados: A partir de los criterios de inclusión y exclusión, consensuados por el equipo multidisciplinar, se definen los objetivos que el paciente debe conseguir en un marco temporal con monitorización de las actuaciones de los diferentes profesionales según momento evolutivo. La vía clínica define la actuación a realizar por los diferentes profesionales: escalas de valoración, controles de enfermería, tratamientos farmacológicos: analgesia, inicio y retirada de fármacos, actividad de fisioterapia, previsión de alta, información y entrevistas familiares. Ingresaron 180 pacientes por fractura de fémur y 107 cumplían criterios de inclusión. Se evaluó de manera sistemática la evolución del paciente a nivel clínico y de actividades de fisioterapia. En este grupo el consumo de AINEs fue menor, la profilaxis TVP y su retirada se realizó de manera sistemática y la estancia hospitalaria fue más corta.
Conclusiones: La vía clínica es un instrumento útil que nos permite conocer la evolución diaria del paciente durante el proceso de rehabilitación y la actuación de todos los niveles profesionales. Aumenta la autonomía profesional en las actuaciones y permite adelantarse a complicaciones que puedan aparecer a lo largo del proceso asistencial del paciente. La estandarización de los factores de inclusión y exclusión nos proporciona datos para futuros estudios y facilita la comparación de resultados.

PC-210. INCIDENCIA DE FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES NONAGENARIOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ESTE GRUPO

S. Jiménez Mola, K. López López, F.J. Idoate Gil, E. Martín Pérez y M.D.P. López Viñas
Complejo Asistencial de León. León.

Introducción: La fractura de cadera en los ancianos constituye la complicación más grave de la osteoporosis, por su elevada morbilidad y mortalidad. Sin embargo no existen datos concretos en los muy ancianos con fractura de cadera. Los nonagenarios son un grupo aún reducido, pero en expansión, se estima que en el año 2050 la población anciana en España alcance el 35,7% de la población, ganando así importancia en la atención de este grupo. Significa desde el punto de vista económico un importante aumento del gasto en salud por tratarse de una población afectada de patologías degenerativas severas y crónicas. El coste del tratamiento de las fracturas de cadera es elevado siendo la estancia hospitalaria la partida más cara.
Objetivos: Conocer las características clínicas y las principales complicaciones en los pacientes nonagenarios atendidos por fractura de cadera en nuestra unidad de ortogeriatría.
Métodos: Estudio retrospectivo observacional, en el que se incluyeron pacientes mayores de 90 años ingresados en la Unidad de Ortogeriatría del CAULE entre enero 2013 y diciembre 2013 por fractura de cadera. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos (comorbilidades), situación funcional previa, demora prequirúrgica y complicaciones postintervencion.
Resultados: Fueron atendidos 161 pacientes, media de edad 92,84 años, estancia media 11,13 días, 81,25% mujeres, Índice de Barthel 70 (± 10 puntos) previo a la fractura,8% de los pacientes con fractura de cadera previa, el 1,24% con tratamiento previo para la osteoporosis, 74,53% con hipertensión arterial, 31% con demencia, el 9,5% se realizó

tratamiento ortopédico, la fractura pertrocantérea 60% de los pacientes con fractura pertrocantérica, 7,4% fallecieron durante el ingreso en la unidad de ortogeriatría, en comparación 11,64% de los pacientes menores de 90 años.
Conclusiones: Es importante la prevención secundaria en los pacientes con fractura de cadera. La mortalidad de los pacientes nonagenarios es menor que en el grupo de los pacientes menores de 90 años. La fractura pretrocantérica es la más prevalente en los pacientes nonagenarios.

PC-211. LESIÓN RENAL AGUDA EN OPERADOS POR FRACTURA DE CADERA

M.G. Pezo Morales, B.J. Tineo Rojas, P. Mantilla Vargas,
P. Alcalde Tirado y S. Ariño Blasco
Fundació Hospital Asil de Granollers.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes ancianos hospitalizados con diagnóstico de fractura de cadera e intervenidos durante su ingreso que presentaron lesión renal aguda en el post operatorio. Se utilizan para tal fin los criterios de Acute Kidney Injury Network (AKIN) definida como incremento en 0,3 mg/dl o más de la creatinina plasmática renal.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se analizan los pacientes mayores de 65 años ingresados en el servicio de traumatología de un Hospital Universitario con el diagnóstico de fractura de cadera en los que se realiza cirugía, en un período de seguimiento de 6 meses durante el año 2012.
Resultados: Se incluyen un total de 114 pacientes, de los cuales 20 (18%) presentan lesión renal aguda, siendo todos los pacientes del estadio AKIN I. En este grupo la edad media era de 85 ± 5 años (71-91) y 16 (80%) eran mujeres. Las enfermedades asociadas más frecuentes eran: hipertensión arterial (90%), diabetes mellitus (55%) y enfermedad renal crónica (45%). El índice de Charlson modificado fue de 7,5 ± 2 (4-11). Tenían prescritos una media previa al ingreso de 8,5 ± 3 fármacos, siendo los más frecuentes: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA/ARA II) (79%), antidiabéticos orales (ADOs) (26%) y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) (5,3%). Respecto de la funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): 8 (40%) eran autónomos y 12 (60%) presentaban algún tipo de dependencia para alguna actividad. Las complicaciones en el postoperatorio fueron: 25% inestabilidad hemodinámica, 15% anuria/oliguria y 10% requirieron el uso de fármacos vasoactivos (dopamina). Ningún paciente requirió ingreso en UCI, aunque uno requirió soporte de hemodiálisis y otro falleció durante la hospitalización.
Conclusiones: La lesión renal aguda poscirugía de cadera presenta una alta prevalencia, siendo en nuestra serie del 18%. La comorbilidad es elevada, destacando los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal. La presencia de complicaciones es considerable, pudiendo requerir de hemodiálisis o de fármacos vasoactivos para su estabilización.

PC-212. NUEVO MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

A. Besga, A. Díez, P. Anaut, J. Barroso, A. Delgado y G. Alcalde
Hospital Universitario de Álava. Vitoria.

Objetivos: Aumentar la efectividad y eficiencia del sistema de salud en los pacientes pluripatológicos adecuando las intervenciones sanitarias y sus recursos.
Métodos: Tras la categorización prospectiva de toda la población adscrita a Osakidetza por medio del Sistema John Hopkins Adjusted Clinical Groups Predictive Model (ACG-PM), se diseña un programa asistencial para el grupo de estratificación Gestión de Caso (pluripatológicos) a través de la coordinación entre los niveles asistenciales de Atención Primaría y Especializada. Se definió como pluripatológico aquel sujeto con 2 o más enfermedades crónicas o bien que tuvieran dos o más criterios de Ollero y hubieran tenido más de un ingreso el año anterior. Este grupo está formado por el 0,3% de la población siendo la muestra resultante sobre la que se ha intervenido: 907 sujetos. El plan de trabajo contó con las siguientes fases: 1) Creación de un grupo de trabajo, 2) Desarrollo nuevos roles de enfermería (Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario, Enfermera Gestora de Caso) y del médico como Médico de Referencia Hospitalario, 3) Establecer canales de comunicación y 4) Aplicar protocolos que incluyen como elementos clave: la identificación del paciente en la historia electrónica, la valoración integral del paciente y la continuidad asistencial.
Resultados: Se comparan los resultados de dos periodos de intervención consecutivos: septiembre 2011-septiembre 2012 y septiembre 2012-septiembre 2013. Entre los principales resultados se encuentran un descenso en último periodo de intervención de: visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (-16%), Ingresos en servicios de agudos (-5,68%) y de consultas presenciales (- 10,93%).
Conclusiones: Resultan necesarios los programas de identificación e intervención de pacientes con enfoque de gestión de casos que vinculen la atención entre Atención Primaria y la atención especializada.

PC-213. EL INGRESO POR NEUMONÍA EN ANCIANOS SIN GRAVE DEPENDENCIA FUNCIONAL

H.D. Ramírez Velandia, O. Torres Bonafonte, I. Mur Arizón,
E. Gil Olivas, E. Pérez Macho y D. Ruiz Hidalgo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características clínicas y la evolución a los 30 días de los ancianos sin grave dependencia funcional que han tenido un ingreso por neumonía.
Métodos: Estudio observacional prospectivo incluyendo los pacientes ≥ 65 años dados de alta de nuestro centro por neumonía y con índice (I.) Barthel ≥ 60 puntos (noviembre 2010-abril 2013). Se registró la presencia de neumonía asociada al cuidado sanitario (criterios IDSA-ATS 2005), gravedad (I. de Fine), comorbilidad (I. Charlson), estado funcional (I. Barthel) y riesgo de aspiración.
Resultados: Se incluyeron 106 casos (63% varones) con media de edad de 80,7 ± 8,4 años. Un 11,2% eran fumadores y 6,7% enólicos activos, el 53,4% exfumadores y 12,3% exenólicos. El 28,1% de las neumonías se clasificaron como asociadas al cuidado sanitario: 24,8% hospitalizados en los 90 días previos, 9,4% residían en centros asistidos, 2,8% con curas crónicas, 1,9% conviviente de un portador crónico de gérmenes resistentes y 0,9% en hemodiálisis. La puntuación en el I Barthel fue de 90 ± 13,7 (55,6% con I Barthel ≥ 95) y en el I. Charlson fue de 3,01 ± 2,3. En el 42,5% se había registrado la administración de la vacuna contra la gripe y en el 34% contra el neumococo. En el 14,2% de los casos se constataron factores de riesgo para broncoaspiración. El I. Fine fue de 122,3 ± 34 (Clase IV 49,1%, clase V 32,4%) y 10 pacientes precisaron ingreso en unidades de críticos (9,4%). Se identificó germen causal en el 30,1% de los casos: 17% *Streptococcus pneumoniae,* 4,7% gripe (A y B), 8,4% otros gérmenes destacando 1 *Escherichia coli BLEA*, 1 *Pseudomona aeruginosa* y 1 *Stenotrophomona maltophilia.* No se aisló ningún *S. aureus.* La estancia hospitalaria fue de 10,1 ± 7,1.
Conclusiones: Los ancianos estudiados presentaron elevada comorbilidad y gravedad. Pese a la leve dependencia funcional, casi un tercio cumplieron criterios de neumonía asociada al ámbito sanitario y hasta un 14% tenían riesgo de aspiración. Pese a ello, las etiologías más frecuentes fueron neumococo y gripe con escaso aislamiento de gérmenes resistentes. Las actuaciones sobre hábitos tóxicos y la

vacunación en ancianos podrían contribuir a disminuir el riesgo de futuras neumonías.

PC-214. ESTATUS EPILÉPTICO EN ANCIANA CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

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

Objetivos: Presentación de un caso clínico de una paciente con estatus epilépico y demencia tipo Alzheimer.
Métodos: Mujer de 88 años sin RAMC. Antecedentes personales: Cirugía de aneurisma abdominal. Demencia tipo Alzheimer moderada severa (GDS 5). Tratamiento: escitalopram 5 mg, mirtazapina 15 mg, simvastatina 10 mg, adiro 100 mg. Situación basal: ayuda para todas las ABVD excepto la comida. Katz F. Deambulación autónoma dentro del domicilio. Vive con una cuidadora y supervisión de los hijos. Enfermedad actual: Paciente traída a urgencias por clínica de 4 horas de evolución de crisis generalizada sin ningún antecedente. Tampoco fiebre. En la exploración física: Bajo nivel de conciencia, sin focalidad neurológica. Pupilas mióticas poco reactivas. Hipotonía muscular. RCP flexor bilateral. Tratamiento hospitalizada: levetirazepam 1 g cada 12 horas, ácido valproico en perfusión 1.200 mg en 24 horas, levofloxacino, ceftriaxona. Pruebas complementarias: Sistemático de sangre, bioquímica dentro de la normalidad. Niveles de amonio 67 (< 47). Enzimas cardíacas normales. Rx tórax: no infiltrados agudos. Urocultivo: *Klebsiella pneumoniae. Proteus mirabilis*. TAC craneal: Signos de atrofia cerebral. RMN: necrosis laminar cortical. EEG: Enlentecimiento difuso con rangos delta con escaso voltaje. LCR: Líquido de aspecto transparente. No se observan leucocitos. EKG: Ritmo sinusal. No alteraciones del ST. Diagnóstico diferencial: Ictus isquémico. Encefalopatía por amonio. Meningoencefalitis. Síndrome confusional por sepsis urinaria. Encefalopatía postanóxica.
Conclusiones: Se trata de una paciente que tras un estatus epiléptico prolongado, desencadenado por una sepsis urinaria que es tratada con antibioterapia y sueroterapia. No mejora del nivel de conciencia tras ser tratada con antiepilépticos, descartar encefalopatía por amonio, infección del sistema nervioso central y ante la clínica y los hallazgos es diagnosticada de encefalopatía postanóxica. Al alta discapacidad grave con vida cama sillón y nutrición enteral con sonda nasogástrica.

PC-215. GESTIÓN DE ENFERMEDAD EN POBLACIÓN CON PATOLOGÍA CRÓNICA

A. Besga Basterra, F. Aros, J.L. Lobo, G. Maldonado, I. Ramos y G. Alcalde
Hospital Universitario de Álava. Vitoria.

Objetivos: Aumentar la efectividad y eficiencia del sistema de salud en enfermedades altamente prevalente adecuando las intervenciones sanitarias y sus recursos.
Métodos: Tras la sectorización de toda la población adscrita a Osakidetza por medio del Sistema John Hopkins Adjusted Clinical Groups Predictive Model (ACG-PM) en el 2010, se diseña un programa asistencial para intervenir en aquellos pacientes con protagonismo de una enfermedad de órgano específica que se pudieran beneficiar de una "gestión de enfermedad", siendo la muestra resultante el 1,7% de la población. Se seleccionaron como enfermedades diana: la insuficiencia cardiaca (n = 1.208), la diabetes mellitus (n = 2.430) y el EPOC (n = 1.317). Se diseña un modelo asistencial a través de la coordinación entre los niveles asistenciales de Atención Primaría y Especializada con un plan de trabajo que contó con las siguientes fases: 1) Creación de un grupo de trabajo, 2) Desarrollo nuevos roles de enfermería (Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario, Enfermera Gestora de Caso) y del médico como Médico de Referencia Hospitalario, 3) Establecer canales de comunicación y 4) Aplicar protocolos que incluyen como elementos clave: la identificación del paciente en la historia electrónica, la valoración integral del paciente y la continuidad asistencial.
Resultados: Se comparan los resultados de dos periodos de intervención consecutivos: septiembre 2011-septiembre 2012 y septiembre 2012-septiembre 2013. Los resultados muestran que en el último periodos un descenso en: número de visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarios: (IC: -12%, DM: -4,35% EPOC: -4,2%), y de ingresos hospitalarios (IC: -14,35%, DM: -4,12% EPOC: -3,1%).
Conclusiones: Resultan ventajosos los programas de identificación de pacientes que se pueden beneficiar de una "gestión de enfermedad", coordinando la intervención en estos pacientes entre Atención Primaria y la atención especializada.

PC-216. UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL NEUROLÓGICA (URFN). EFICACIA DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR

M.D.P. Rodríguez Sanjuán[1] y J. Sanguino Caso[2]
[1]Fundación Instituto San José. Madrid. [2]DGGC. Madrid.

Objetivos: 1. Describir el perfil clínico-funcional de los pacientes ingresados en una URFN hospitalaria. 2. Evaluar las complicaciones durante el ingreso, secuelas neurológicas y su influencia en estancia media. 3. Objetivar el grado de recuperación mediante ganancia funcional y escala de capacidad de marcha-FAC.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la segunda mitad de 2013. Fuente: Protocolo específico apoyado en la historia clínica. Análisis estadístico: Programa informático S.P.S.S.
Resultados: Analizamos 29 mujeres (48,3%), edad media 74,90 y 31 hombres (51,7%), edad media 75; excluyendo en "ganancia funcional" y "FAC", los que no completaron rehabilitación (exitus/reingreso-agudos). Comorbilidad relevante por paciente: FRCV 2,2 (media), ningún FRCV 5%; FA 30%; E. verebrovascular previa 46,7%; deterioro cognitivo 18,3%; Otras 50%. Diagnóstico/Ingreso: ACVA Isquémico 61,6% (38,20% aterotrombótico; 23,4% cardioembolígeno; localización: 23,4% ACM Izquierda; 26,6% ACM Derecha); ACVA hemorrágico 8,4%; PLNP enfermo crítico 16,7%; hematoma subdural 3,3%; S. Guillain-Barré, 5%; HSA, TCE-hemorragia y tumor cerebral: 1,7% respectivamente. Complicaciones al ingreso-URFN y durante el mismo: dolor 58,3%, infección respiratoria 45%, ITU 45%, caídas 33,3%, estreñimiento 31,7%; reacciones adversas 23,3%, delirium 23,3%, ICC 10%, RAO 6,7%, miscelánea 50%. Los cuidados asistenciales conllevaron: SNG 3,3%, PEG 5%, ostomías 3,3%, S. vesical 20%, O_2-terapia 31,7%, Vía iv/vp. 43,3%. Secuelas neurológicas: paresia 70%, trast. equilibrio 80%, i. urinaria 65%, deterioro cognitivo 61,7%, i. fecal 50%, disartria 55%, depresión postictus 38,3%, dolor neuropático controlado 36,7%, disfagia 35%, espasticidad 25%, afasia 18,3%. media índice barthel (I.B.): basal: 88,92; al ingreso: 20,17; al alta: 61,80. Ganancia funcional media: 41,63 puntos. Media FAC al ingreso: 0,48; al alta: 3,17. Estancia media: 69,75 días. Presentaron retraso del alta 22,6% de casos (8,3% causa médica, 13,3% social). El destino al alta se distribuyó: domicilio 36,7%, domicilio con Centro de Día 13,3%, Domicilio con rehabilitación ambulatoria 13,3%, Residencia 25%, derivación Hospital/Agudos 10% y exitus 1,7%.
Conclusiones: Predominio ACVA isquémico, territorio ACM Dcha. Población frágil, muy dependiente, con elevado porcentaje de complicaciones y secuelas neurológicas. Estancia media acorde al perfil de paciente; casi una cuarta parte necesitó retraso fecha del alta. Demostramos beneficio global del paciente, permitiendo alta a domi-

cilio mayoritaria, devolviendo a la sociedad personas menos dependientes.

PC-217. EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

I. Crespo Núñez, A. Llopis Calvo, M. Arús Figa, M.Q. Moreno Gil, L. Machio Luna, J. Sánchez González y R. Cristófol Allué
Hospital de Mataró.

Objetivos: 1. Describir el trabajo de los diferentes profesionales del equipo de Ortogeriatría: analizar las funciones, los objetivos principales, los resultados obtenidos, las dificultades y propuestas de mejora.
Métodos: Se solicitó a los miembros del equipo que definieran sus principales funciones (F), objetivos (O), dificultades (D) y propuestas de mejora (PM). 1. Geriatra: F: valoración integral, manejo de comorbilidades y coordinación del equipo. O: disminuir complicaciones y mortalidad. D: Ausencia de Traumatólogo referente para cada paciente. PM: Equipo fijo con Traumatólogo referente para todos los pacientes. 2. Traumatólogo: F: cirugía precoz, responsabilidad compartida. O: evitar complicaciones derivadas de la cirugía. D: falta de quirófanos disponibles, demoras por anticoagulantes/antiagregantes.PM: Dar prioridad a estos pacientes en quirófano. Protocolos con anestesia/Hematología para minimizar la demora. 3. Dietista-nutricionista: F: valoración y soporte nutricional de los pacientes desnutridos o en riesgo. O: mejorar el estado nutricional. D: intervención a demanda, tardía. PM: intervención proactiva, precoz y protocolizada. 4. Enfermería de Geriatría: F: valoración geriátrica integral, soporte a enfermería, planificación del alta. O: mejorar el manejo de los síndromes geriátricos (delirium, disfagia, UPPs, estreñimiento). D: dificultad en el manejo de sd. geriátricos por el personal asistencial. PM: protocolos sd. geriátricos, formación del personal. 5. Farmacéutico: F: control de la medicación. O: detección de errores y prescripción inapropiada. D: validar la información, errores prescripción en urgencias. PM: intervención en Urgencias, confirmar pauta con paciente/familia, aplicar criterios STOP/START, ajustar dosis fármacos a función renal. 6. Trabajo social: F: información, soporte y orientación a paciente y familia. O: planificación precoz del alta. D: disponibilidad de recursos. PM: intervención precoz y proactiva.
Resultados: En el año 2013 se valoraron 305 pacientes; 241 > 80 años; edad media: 85 años; 66 hombres, 239 mujeres; estancia media: 9,45 días; mortalidad,: 3,9%; destino al alta: domicilio: 21%; residencia 23%; convalecencia: 37%; larga estancia: 14%; UCP: 0,6%; exitus: 4%.
Conclusiones: El análisis de las funciones y objetivos de los diferentes profesionales del equipo nos ha permitido detectar dificultades y proponer estrategias de mejora. La estancia media y la mortalidad han disminuido des de la implantación del programa de atención geriátrica en estos pacientes.

PC-218. ACTIVIDAD FÍSICA Y DETERIORO COGNITIVO EN MAYORES

T. Ibarra Cayuela, R. Yubero Pancorbo, A. Viloria Jiménez, M. Vigara García, L. Guardado Fuentes y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Determinar el efecto del nivel de actividad física en pacientes con deterioro cognitivo, y su influencia a nivel funcional y conductual.
Métodos: Estudio prospectivo transversal. Pacientes con deterioro cognitivo valorados en la Unidad de Memoria del Hospital Clínico San Carlos. Se recogen variables demográficas (edad, sexo y nivel educativo), cognitivas (MMSE, Textos I y II, Denominación de BNT, Dígitos, FAS, Praxias ideomotoras y Test del Reloj), funcionales (KATZ, Lawton, Blessed-A), conductuales (NPI) y actividad física (Cuestionario de Minnesota abreviado). Estadiaje (Global Deterioration Scale de Reisberg). Diagnóstico DCL según criterios de Petersen 2004. DCV según criterios de Moorhouse y Rockwood 2008. Diagnóstico de Probable EA según criterios NINCDS ADRDA. Criterios diagnósticos de Demencia Vascular NINCDS AIREN. Análisis estadístico SPSS 17.0.
Resultados: N = 104, edad media de 81,6 años (DE: 6,3), el 65,7% eran mujeres, y el 54,3% tienen nivel educativo 6-10 años. La distribución de la muestra según categoría diagnostica es EA: 42, DV: 16, D. Mixta: 15, DCL: 19 y según estadiaje evolutivo el 23,8% tienen GDS = 3, el 38,6% un GDS = 4, el 26,7% un GDS = 5 y el 7,9% GDS: 6. No hay diferencias significativas entre categorías diagnosticas y actividad física. Hay diferencias significativas en las variables cognitivas: BNT (P = 0,023), FS (p = 0,024) y DD (p = 0,040) y actividad física. En los pacientes con EA se encontraron diferencias significativas en FF (p = 0,024) y actividad física, entre pacientes sedentarios y activos (p = 0,047). No hay diferencias significativas en las variables funcionales y conductuales, y el nivel de actividad física.
Conclusiones: El rendimiento en tareas de denominación, fluidez semántica y dígitos directos, es diferente según el nivel de actividad física. Los pacientes con probable EA que son sedentarios tienen diferente rendimiento en tareas de fluidez fonológica en comparación con los activos. No se han encontrado diferencias entre otros diagnósticos o estadiaje del deterioro, ni en el aspecto funcional y conductual.

PC-219. PLAN DE INTERVENCIÓN POBLACIONAL EN PACIENTES GESTIÓN DE CASO DE ÁLAVA

A. Díez[1], I. Ramos[1], S. San Martín[2], M.I. Izar de la Fuente[2], B. Jimenes[1] y A. Besga[1]
[1]*Hospital Universitario de Álava. Vitoria.* [2]*Comarca Araba-Atención Primaria. Vitoria.*

Introducción: Plan de Intervención Poblacional tiene la finalidad de garantizar al paciente complejo y pluripatológico y a sus cuidadores una atención integral individualizada, eficiente y coordinada entre Atención Primaria y Atención Especializada para reducir el impacto de enfermedad, el mantenimiento, recuperación funcional y mejorar su calidad de vida.
Objetivos: Describir las características de la población estratificada como de Gestión de Caso que ingresan en el Hospital Universitario de Álava y son controlados durante el ingreso por las enfermeras Gestoras de Enlace Hospitalario.
Métodos: Estudio descriptivo y observacional de octubre a diciembre de 2013, de los 907 pacientes pluripatológicos que contactaron con los servicios sanitarios de Osakidetza revisando las siguientes variables: edad, sexo, contactos (ingresos, urgencias), procedencia sanitaria, unidad ingreso, Barthel, autopercepción de salud, adhesión y autonomía al tratamiento, número medicamentos, cuidador principal. Los datos que se presentan, se obtienen a partir de los registros de Osabide AP, E- Osabide y Osabide Global lugar de registro del trabajo de enfermería, a través de las UGS.
Resultados: El perfil del paciente estratificado en gestión de caso es un hombre de 76 años, independiente o tiene una dependencia leve para las AVD, con una autopercepción de salud regular, toma entre 6-10 medicamentos de forma crónica, es autónomo para tomarlos, el cuidador principal es la pareja o los hijos y se ha vacunado de la gripe. Contacta con el hospital por urgencias principalmente a iniciativa propia, cuando ingresa (37,5%) los principales servicios receptores son: Medicina Interna (35%), Cardiología (28%), Neumología (35%) y presenta una estancia media de 7 días.
Conclusiones: El papel de la Enfermería es fundamental en la implantación y despliegue del plan, en primaria se inicia la captación para realizar la valoración integral y la planificación de cuidados y desde el hospital se fomenta la continuidad asistencial optimizando y reforzando el informe de cuidados de enfermería al alta.

PC-220. PERFIL DE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL DENOSUMAB UTILIZADO PARA LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS

A.M. Gómez Mosquera, T. Parajes Vázquez y A. Vilches Moraga
Hospital do Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: Denosumab (DE), un anticuerpo monoclonal humano que inhibe la formación, activación y supervivencia de los osteoclastos, es recomendado como fármaco de primera línea en el tratamiento de la OP posmenopáusica con riesgo alto de fractura pero existen dudas sobre la concordancia y tolerancia en pacientes de edad muy avanzada. El propósito del presente estudio consiste en investigar el desarrollo de nuevas fracturas óseas y/o complicaciones relacionadas con DE en ancianos.
Métodos: Estudio prospectivo de 28 mayores de 75 años evaluados consecutivamente en una consulta general de geriatría por motivos otros que osteoporosis entre el 31/05/2012 y el 31/01/2014 y que iniciaron DE para la prevención primaria o secundaria de osteoporosis.
Resultados: Un total de 28 ancianos (26 mujeres y dos varones) con una edad media de 84,85 (76-95) años; índice de masa corporal medio de 28,07 Kg/m^2; independientes sin deterioro cognitivo; 23 osteoporosis establecida y 12 sin tratamiento previo para la osteoporosis. Recibieron un total de 70 dosis de DE a lo largo de los 20 meses de seguimiento. Todos excepto un individuo tomaron calcio y vitamina D concomitantemente con normocalcemia. Se registró una fractura incidente de cadera y se retiró en una paciente por deterioro funcional relacionado con parkinsonismo previamente diagnosticado. Como complicación tan solo una infección de tracto urinario tratada en domicilio. Seis pacientes fueron hospitalizadas, una con diagnóstico de leucemia, y se produjeron tres exitus, ninguno relacionado con el uso de DE.
Conclusiones: El perfil de eficacia y seguridad de denosumab en nuestra cohorte de pacientes de edad avanzada con indicación para la prevención de fracturas osteoporóticas es favorable sin complicaciones fatales y tan solo una fractura incidente en toda la serie. Esta observación precisa ser testada en estudios aleatorizados a doble ciego de carácter multicéntrico.

PC-221. FACTORES ASOCIADOS A LESIÓN RENAL AGUDA EN EL POSTOPERATORIO DE FRACTURA DE CADERA

M.G. Pezo Morales, P. Mantilla Vargas, B.J. Tineo Rojas,
P. Alcalde Tirado y S. Ariño Blasco
Fundació Hospital Asil de Granollers.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo de presentar lesión renal aguda en el post operatorio de la fractura de cadera.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo tipo caso control. Se analizan los pacientes mayores de 65 años ingresados en el servicio de traumatología de un Hospital Universitario con el diagnóstico de fractura de cadera, que se complican con lesión renal aguda según los criterios de Acute Kidney Injury Network (AKIN) definida como incremento en 0.3 mg/dl o más de la creatinina plasmática renal. El período de seguimiento fue de 6 meses durante el año 2012.
Resultados: Se incluyeron un total de 114 pacientes con fractura de cadera con una edad media de 85 ± 6 años, de los cuales 99 (87%) eran mujeres. De estos 20 (18%) presentaron lesión renal aguda en el post operatorio siendo en el total de los casos del estadio I. Al comparar el grupo de pacientes que presentaron lesión renal aguda en el post operatorio con los que no la presentaron mediante un análisis bivariante se encontró asociación estadísticamente significativa con: el antecedente de diabetes mellitus [11 (55%) vs 23 (25,5%), p = 0,015], de enfermedad renal crónica [9 (45%) vs 7 (7,7%), p < 0,001], de uropatía obstructiva previa [3 (15%) vs 2 (2,2%), p = 0,041], de infecciones urinarias de repetición [4 (20%) vs 3 (3,3%), p = 0,02] y la presencia de inestabilidad hemodinámica en el postoperatorio [5 (25%) vs 7 (7,8%), p = 0,041]. Manteniendo valor predictivo independiente en el análisis multivariante la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, las infecciones urinarias de repetición y la presencia de inestabilidad hemodinámica en el postoperatorio.
Conclusiones: La lesión renal aguda es una complicación frecuente en los pacientes intervenidos por fractura de cadera, que suele asociarse en nuestra serie con la presencia de antecedentes de: diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y patología urológica. Y suelen asociarse con la presencia de inestabilidad hemodinámica en el post operatorio.

PC-222. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS REMITIDOS DESDE UNIDADES DE AGUDOS A UN HOSPITAL DE APOYO DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

M.A. Gandarillas Valle, F. Iturralde García Diego,
S. Gandarillas Gándara, A.M. Rodríguez Valcarce y A. González-Torre
Hospital Santa Clotilde (H.H. de San Juan de Dios). Santander.

Objetivos: Describir el perfil de la población de crónicos complejos remitidos desde Unidades de Agudos a un Hospital de apoyo, analizando los motivos y situación al traslado y la situación funcional y destino al alta definitiva, tras el paso por una Unidad de Recuperación Funcional.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en la Unidad de Recuperación Funcional durante 2013. Recogida de variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, sociales y de gestión de casos.
Resultados: Se atendieron 345 pacientes, de los tres hospitales de referencia: 57,41% del HUMV, 20,68% H. Laredo, 21,91% del H. Sierrallana. 121 fueron derivados desde traumatología, 106 de MIN, 28 de Neurología, 17 de Cardiovascular, 11 de neumología, 7 de neurocirugía, 6 de cardiología y resto de otros servicios. El 57% eran mujeres. Edad media 79,97 ± 8,07 años (rango 47-98; mediana 81). El 63,13% procedían de un entorno urbano (poblaciones > 10.000 hb). El 36,84% de los casos eran de ortogeriatría, el 18,27% eran ictus, el 40,25% eran pacientes pluripatológicos convalecientes de procesos médicos y el 4,6% pacientes convalecientes de procesos quirúrgicos no traumatológicos. Desde la solicitud de derivación hasta el ingreso los pacientes esperan una media de 4,47 ± 5,45 días (rango 0-28; mediana 3). La estancia media global es de 72,32 ± 67,38 días (rango 1-783; mediana 59). El 25,51% de los pacientes que han completado rehabilitación prolongan su estancia por motivos sociales, siendo su estancia media de 128,81 ± 93,41 (23-783), frente a 52,98 ± 40,78 de los que no presentan dicha problemática (p = 0,000). El destino de los pacientes fue 55,07% domicilio, 25,22% a residencia, 11,88% fallecieron, y 7,25% fueron derivados a agudos. Solamente 1 paciente se fue de alta voluntaria. Los pacientes que presentaban problemática social fueron institucionalizados en mayor porcentaje (p = 0,0096). Un 85% de los pacientes presentaban 5 diagnósticos codificados al alta.
Conclusiones: Los pacientes crónicos complejos, que ingresan por patología aguda precisan de unidades específicas para valorar la reserva funcional y el potencial rehabilitador que permitan la estabilización y el retorno a la comunidad. Los pacientes que presentan mayor problemática social son institucionalizados en mayor porcentaje.

PC-223. RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y LAS LESIONES DE SUSTANCIA BLANCA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

I. González, A. Besga, I. Lacunza, M. Fernández,
M. Martínez-Cengotitabengoa y A. González-Pinto
Hospital Universitario de Álava. Vitoria.

Objetivos: El objetivo del estudio fue valorar la influencia de las lesiones de sustancia blanca en las alteraciones neuropsicológicas de pacientes con trastorno y pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Métodos: El estudio fue llevado a cabo con 85 pacientes (45 pacientes con Alzheimer y 40 pacientes con trastorno bipolar). El funcionamiento cognitivo fue evaluado a través de una batería neuropsicológica que incluye cuatro dominios cognitivos: Aprendizaje y Memoria, Función ejecutiva, Atención y Cognición Global. Las lesiones de sustancia blanca (en los hemisferios izquierdo y derecho: frontal, parietooccipital, temporal, infratentorial y ganglios basales) fueron identificadas mediante datos de resonancia magnética de difusión. Se utilizó un ANOVA, comparaciones múltiples "post hoc" (dos a dos) a través de la prueba de Bonferroni y análisis de regresión.
Resultados: La lesión de sustancia blanca influyó significativamente sobre los dominios de memoria, atención B = -0,093; p = 0,009) y cognición global (B = -0,138; p = 0,004), de forma que a mayor lesión de sustancia blanca, se presenta un peor funcionamiento neuropsicológico en dichos dominios cognitivos. Cuando se compararon ambos grupos, las lesiones de sustancia blanca no influyeron significativamente sobre los déficits cognitivos, excepto para el grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer, en los que la lesión de sustancia blanca se asoció con el déficit de memoria (B = 0,906; p = 0,033).
Conclusiones: La lesión de sustancia blanca se asocia con un peor funcionamiento cognitivo. En los pacientes con Alzheimer la lesión de sustancia blanca se asocia con el déficit de memoria, no siendo así para los pacientes con trastorno bipolar.

PC-224. PERFIL DE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO UTILIZADO PARA LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS

T. Parajes Vázquez, A.M. Gómez Mosquera y A. Vilches Moraga
Hospital do Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: El ácido zoledrónico (AZ) intravenoso a dosis anual de 5 mg es recomendado en mujeres osteoporóticas y varones con alto riesgo de fractura y/o tratamiento con corticoides pero existen dudas sobre la concordancia y tolerancia en pacientes de edad muy avanzada. El propósito del presente estudio consiste en investigar el desarrollo de nuevas fracturas óseas y/o complicaciones relacionadas con AZ en ancianos.
Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes geriátricos que iniciaron AZ para la prevención primaria o secundaria de osteoporosis entre el 18/03/2009 y el 31/01/2014.
Resultados: Fueron incluidos 52 mujeres y 8 varones con una edad media de 82,58 (66-93) años; 56,6% osteoporosis establecida; índice de masa corporal medio de 28,05 Kg/m^2; deterioro funcional o cognitivo 25% y 8,3% respectivamente. Recibieron 106 dosis de AZ (48% no más de una dosis y el 25% tres o más) y, aunque el 96,6% tomaron calcio y vitamina D, ninguno otros fármacos para la OP de forma concomitante. Se registraron 6 fracturas incidentes de cadera, 1 vertebral y 6 en otras localizaciones (ninguna patológica). 26 pacientes desarrollaron infecciones (30% respiratorias, 8,3% cutáneas y 8,3% ITU), 43 fueron hospitalizados (predominantemente neumonía y fallo cardiaco) y se produjeron 22 exitus, ninguno relacionado con el AZ.
Conclusiones: El perfil de eficacia y seguridad de denosumab en nuestra cohorte de pacientes de edad avanzada con indicación para la prevención de fracturas osteoporóticas fue desfavorable.

PC-225. FACTORES ASOCIADOS A RECUPERACIÓN FUNCIONAL A CORTO PLAZO EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA. INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO

F. Uriz Otano y V. Malafarina
Hospital San Juan de Dios. Pamplona.

Objetivos: Conocer que otros factores a parte del grado de deterioro cognitivo inciden en la recuperación funcional a corto plazo en los ancianos con fractura de cadera, y si su influencia es mayor que el grado de deterioro cognitivo.
Métodos: Estudio de cohorte longitudinal de los pacientes con fractura de cadera que ingresan en una unidad de media estancia ortogeriátrica. Se recogen variables demográficas, clínicas, situación funcional (I. Barthel), marcha (FAC) y cognitiva (MMSE). Análisis estadístico SPSS19.
Resultados: 314 pacientes, edad 84,0 ± 6,3 años, 78,0% son mujeres, estancia media 36 días. El 40,4% (Í. Charlson ≥ 3). Un 4% fallecen. El 90% reciben rehabilitación. Los pacientes con deterioro cognitivo moderado y grave en comparación con los pacientes sin deterioro son de mayor edad, mayor comorbilidad, mayor número de complicaciones (delirium, Infección urinaria, retención de orina, úlceras de presión, mortalidad) mayor hipoalbuminemia, consumidor fármacos psicótropos. Así mismo mayor deterioro funcional y dificultad para caminar previa a la fractura. Además de menor respuesta al tratamiento rehabilitador (p < 0,05). El 58% de los pacientes recuperan las ADL previas (clase funcional previa) y la capacidad de caminar al alta (Holden ≥ 3), observándose diferencias según el grado de deterioro cognitivo (DC) p < 0,001, (73,7% sin DC, 50% DC moderado y 5% DC grave). No se objetivan diferencias con respeto al sexo, procedencia, patologías previas, tipo de fracturas y cirugía, retraso cirugía y estancia. En el estudio multivariable (Odds ratio e intervalo confianza) se observa que la capacidad caminar previa (OR; 5,57, IC: 2,41-12,74) junto con la presencia de úlceras de presión (OR; 11,12, IC: 2,88-43,29) y del delirium (OR: 3,20, IC: 1,07-9,52) son factores más potentes predictivo en la recuperación funcional que el grado de deterioro cognitivo (OR: 1,12, IC: 1,04-1,22).
Conclusiones: La capacidad de caminar previa y la presencia de complicaciones como las úlceras de presión o delirium, juegan un papel más importante en la recuperación funcional en los pacientes con fractura de cadera, que el grado de deterioro cognitivo. No considerar estos aspectos, podría sobrestimar el impacto del deterioro cognitivo en la recuperación de estos pacientes.

PC-226. ¿ES PRECISO MODIFICAR EL CRITERIO DE EDAD PARA INGRESAR EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA?

S. Fernández Villaseca[1], L. Valdez Disla[1], R. Veríssimo[2], M.L. Álvarez-Nebreda[1], C. Sánchez-Castellano[1] y A.J. Cruz-Jentoft[1]
[1]*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.* [2]*Hospital Santos Silva. Vila Nova de Gaia.*

Objetivos: Existen unidades de Ortogeriatría que ingresan solo pacientes mayores de 80 años. Nuestro objetivo es determinar si ampliar el umbral de edad de admisión a mayores de 65 años sería una medida eficiente.
Métodos: Estudio prospectivo que incluye a todos los pacientes de 65 años o más, que ingresan por fractura de cadera durante 1.5 meses. Comparación entre 2 grupos: pacientes de edad entre 65-79 años (a cargo de Traumatología, TRA) y pacientes de edad ≥ 80 años (a cargo de la unidad de Ortogeriatría, UOG). Se comparan variables sociodemográficas, situación basal, complicaciones, estancia, tasa de descarga, destino al alta y mortalidad.
Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, 14 en TRA y 34 en UOG. Edad media 76 ± 4 años en TRA y 87 ± 5 años en UOG, p < 0,05. Los pacientes ingresados en UOG presentaron, respecto a los admitidos en TRA: más varones (23 vs 14%), menor independencia en la marcha (FAC 4 vs 4,6), mayor porcentaje de demencia (35 vs 0%, p < 0,01) y consumo de psicofármacos (53 vs 29%) y acenocumarol (8,8 vs 0%), mayores tasas de HTA (68 vs 43%), DM2 (34 vs 7%) o ICC (12 vs 0%) y más complicaciones médicas como cuadros confusionales (44 vs 21%), infecciones respiratorias (18 vs 8%), ICC (26 vs15%), insuficiencia renal (26 vs 15%) o retenciones de orina (23 vs 0%). La estancia total y prequirúrgica fue, sin embargo, mayor en el grupo de TRA (15,1 vs 13,8, 3,8 vs 3,4 días, respectivamente). No existieron diferencias en mortalidad pero sí mayor porcentaje de pacientes en descarga en el

grupo de TRA (22 vs 6%). El destino al alta fue el domicilio en el 75% de los TRA (vs 44% en UOG).
Conclusiones: En nuestro medio, el establecimiento de un umbral de edad de admisión en la unidad de Ortogeriatría consigue una adecuada selección de los pacientes más complejos y que desarrollan más complicaciones y que más pueden beneficiarse de la intervención geriátrica. Los pacientes más jóvenes que ingresan directamente en Traumatología presentan un mejor perfil clínico y funcional. Sin embargo, su estancia total y espera prequirúrgica es mayor, al igual que el porcentaje de descargas.

PC-227. LOS SUJETOS CON DEMENCIA ESTÁN PEOR NUTRIDOS E HIDRATADOS QUE OTROS PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS

M.A. Camina Martín[1], M.P. Redondo del Río[1], S. Barrera Ortega[2], L. Domínguez Rodríguez[2] y B. de Mateo Silleras[1]
[1]Universidad de Valladolid. [2]C.A. San Juan de Dios. Palencia.

Introducción: La caquexia y la deshidratación son dos de las principales causas de mortalidad en el paciente con demencia, especialmente en los estadios más avanzados de la enfermedad. Sin embargo, la malnutrición continúa siendo un síndrome geriátrico infra-diagnosticado en la actualidad.
Objetivos: Valorar los cambios en la composición corporal (CC) asociados a la demencia en una muestra de ancianos institucionalizados.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se comparó un grupo pacientes con demencia (DG; n = 18) con un grupo control de pacientes sin demencia (CG; n = 23), ambos institucionalizados, de igual sexo (masculino), edad e índice de masa corporal (IMC). La CC se analizó con bioimpedancia monofrecuencia; los resultados fueron interpretados por el método convencional (BIA) y por el análisis vectorial BIVA. En BIA, la masa libre de grasa (MLG) fue estimada con la ecuación de Kyle; posteriormente fueron calculados la masa grasa (MG), los índices de masa grasa y masa libre de grasa (IMG e IMLG, respectivamente), y sus Z-scores (Z-IMG y Z-IMLG), utilizando los percentiles de la población caucásica anciana sana como referencia. En BIVA se emplearon las elipses de referencia de población anciana de Piccoli. El análisis estadístico se realizó mediante las pruebas t-Student y T^2-Hotelling. Nivel de significación: $p < 0,05$.
Resultados: La media de edad en DG y CG fue 74.4 (rango: 65-92) y 75,7 (rango: 66-96) años, respectivamente. Ambos grupos se encontraban en normopeso, con una media de IMC de 22,5 (IC95%: 20,7-24,2) kg/m^2 en DG, y de 23,6 (IC95%: 22,7-24,4) kg/m^2 en CG. La BIA evidenció una depleción de MLG en ambos grupos, con una Z-Score de MLG de -1,6 (IC95%: (-2,0)-(-1,3)) y -1,7 (IC95%: (-2,1)-(-1,3)) desviaciones estándar en CG y DG, respectivamente. La BIVA detectó una depleción de masa celular y deshidratación significativas en DG con respecto a GC y a la población anciana de referencia.
Conclusiones: A pesar de que los pacientes estudiados se encontraban en normopeso, el análisis de CC evidenció malnutrición en la muestra total de pacientes con y sin demencia, caracterizada por una depleción de MLG en ambos grupos. La BIVA detectó mayor reducción de la masa celular y deshidratación en los pacientes con demencia, no identificada con la BIA.

PC-228. ATENCIÓN SUBAGUDA EN PACIENTES MAYORES DE 90 AÑOS

N. Martí Triguero, R. Aa Qnnetta, L. Ruiz Solís, O. Díaz, R. Martínez Ripol, J. Pi y G. Claret Gispert
HSS Francolí. Tarragona.

Introducción: La atención subaguda (SA) en los últimos años se ha potenciado de forma creciente como una forma de contención del gasto sanitario. Muestra de ello en nuestro Htal SocioSanitario Francolí de Tarragona (HSSFT) los pacientes ingresados como SA pasaron de 138 pac en el 2012 a 471 pac en el 2013, supuso un incremento > 300%.
Objetivos: Analizar los pacientes atendidos durante el año 2013 de edad igual o superior a 90 años. Se evaluó el cumplimiento de los estándares de calidad del plan director SS para la atención SA (estancia media 12 días, regreso a su lugar de procedencia > 70%, traslado a otras unidades < 15% Regreso al Hospital de Referencia < 10% y mortalidad < 10%).
Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo clínico-epidemiológico de pacientes ingresados durante el año 2013 con criterio de SA con edad igual o superior a 90 años en el HSSFT, procedentes del Hospital general de agudos Hospital Joan 23 de Tarragona.
Resultados: 80 pacientes con una edad promedio de 92,1 mujeres 44 (55%) y varones 36 (45%). Diagnósticos del ingreso: enfermedades respiratorias crónicas descompensadas 38 (47%%), descompensación de patología cardiaca 25 (31,2%), infecciones del tracto genitourinario 8 (10%) infecciones de piel y tejidos blandos 3 (3,75%), Gea 4 (5%) policontusión por caída casual 2 (2,5%). Estancia media de 13 días. Destino mayoritario al alta el retorno a su domicilio 83% de los pacientes (residencia social en un 7,5%) en el 8,75% se realizó un cambio de unidad SS. Fue trasladado al Hospital de agudos 1pac. Exitus de 6,25%. El 100% fueron valorados por la trabajadora social. Novo destino residencia 3 (3,75%) pacientes. En el 58% de los casos realizaron programa de de rehabilitación individualizado.
Conclusiones: La franja de edad en nuestra muestra no supone un riesgo para el cumplimiento de la mayoría de estándares de calidad demandados. El incremento de estancia media asociado a la edad está en relación con la pérdida de funcionalidad i la mayor necesidad de tratamiento rehabilitador. La tasa de mortalidad en esta franja de edad es significativamente mayor respecto a la media.

PC-229. EFICACIA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE INTERVENCIÓN EN ORTOGERIATRÍA

M.L. Álvarez-Nebreda, S. Fernández Villaseca, L. Valdez Disla, C. Sánchez-Castellano, B. de Ta Torre Escuredo y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar la eficacia de un nuevo modelo de intervención ortogeriátrica sobre las principales variables asistenciales, en un hospital terciario.
Métodos: Estudio prospectivo que incluye a todos los pacientes de 80 años o más, que acuden al hospital Ramón y Cajal por fractura de cadera y que ingresan en la recientemente instaurada unidad de Ortogeriatría (UOG), durante 1.5 meses, en el 2014. Revisión retrospectiva de historia clínica de pacientes ingresados en el mismo periodo de tiempo pero en los años 2011-2013. La intervención consiste en un nuevo modelo de UOG en que el geriatra tiene responsabilidad plena sobre los pacientes, con traumatólogo a demanda y aplicando un protocolo clínico basado en la evidencia. El modelo previo contaba con un traumatólogo como responsable y un geriatra interconsultor. Se comparan variables sociodemográficas, estancia, complicaciones, tasa de descarga, institucionalización, derivación a unidades de rehabilitación y mortalidad.
Resultados: Se incluyeron 128 pacientes, 94 correspondientes a 2011-2013 y 34 al 2014. Edad media 87 ± 5 años, 76% mujeres, 34% con demencia, 57% con Barthel > 90, 77% con marcha independiente, 53% con fractura pertrocantérea. No existieron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, comorbilidad o situación basal. La instauración de la UOG consiguió una reducción de la estancia total (23,5 a 13,9 días, $p < 0,05$), de la espera prequirúrgica (6,6 a 3,4 días, $p < 0,05$) y postquirúrgica (17,3 a 10,4 días, $p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en la tasa global de complicaciones, pero sí en la prevalencia de úlceras por presión (4,3 vs 17,6%), debido a la mejora de detección y registros de los mismos. Se redujo el porcentaje de pacientes en descarga tras la cirugía (10,4 a 5,9%), el de

derivación a unidades de rehabilitación (27 a 12%) así como la mortalidad (4,4 a 2,9%).
Conclusiones: La instauración de la unidad de Ortogeriatría ha supuesto para nuestro hospital una reducción de la estancia total, pre y posquirúrgica así como una reducción de la tasa de pacientes en descarga. La capacidad de detección y registro de complicaciones ha mejorado. El impacto final del modelo sobre la mortalidad, institucionalización y recuperación funcional será determinado en análisis posteriores.

PC-230. LA BIOIMPEDANCIA ES MÁS PRECISA EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UN GRUPO DE PACIENTES CON DEMENCIA

M.A. Camina Martín[1], B. de Mateo Silleras[1], L. Domínguez Rodríguez[2], S. Barrera Ortega[2] y M.P. Redondo del Río[1]
[1]Universidad de Valladolid. [2]C.A. San Juan de Dios. Palencia.

Objetivos: Analizar el uso de la bioimpedancia como método que permite la mejora de la valoración del estado nutricional en un grupo de mujeres institucionalizadas con demencia.
Métodos: Estudio transversal descriptivo realizado en 34 ancianas institucionalizadas con demencia, en estadios de moderadamente grave a muy grave según la escala *Global Deterioration Scale* (GDS). Para el *screening* nutricional se emplearon el índice de masa corporal (IMC), el *Mini Nutritional Assessment* (MNA), y el índice de riesgo nutricional geriátrico (IRNG). La composición corporal se analizó con bioimpedancia monofrecuencia; los resultados fueron interpretados por el método convencional (BIA) y por el análisis vectorial BIVA y BIVA específico. En BIA, la masa libre de grasa (MLG) fue estimada con la ecuación de Kyle; posteriormente fueron calculados la masa grasa (MG), los índices de masa grasa y masa libre de grasa (IMG e IMLG, respectivamente), y sus Z-scores (Z-IMG y Z-IMLG), utilizando los percentiles de la población caucásica anciana sana como referencia. En BIVA y BIVA específica se emplearon las elipses de referencia de población anciana de Piccoli y Saragat, respectivamente. El análisis estadístico se realizó mediante ANOVA de un factor y el test T^2-Hotelling. Nivel de significación: $p < 0,05$.
Resultados: De acuerdo con el IMC todas las mujeres tenían normopeso, excepto las que estaban en GDS 5, que tenían sobrepeso. Según el MNA, las pacientes en GDS 6 presentaban riesgo de malnutrición (Media: 17,0; IC95%: 15,5-18,5), mientras que en GDS 7 estaban malnutridas (Media: 15,9; IC95%: 14,2-17,6). De acuerdo con el IRNG, el riesgo de malnutrición era moderado tanto en GDS 6 (Media: 88,6; IC95%: 84,0-93,2) como en GDS 7 (Media: 90,2; IC95%: 84,9-95,5). En cambio, la BIA mostró malnutrición en toda la muestra, independientemente del estadio GDS. Además, la BIVA y BIVA específica evidenciaron que también estaban deshidratadas.
Conclusiones: La BIVA y la BIVA específica permiten detectar alteraciones tempranas del estado nutricional que los métodos de uso habitual en la práctica clínica diaria no identifican.

PC-231. ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LA DEMENCIA. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON TERAPIA NO FARMACOLÓGICA

B. Bonete López, E. Sitges Maciá y M. Gómez Bernabéu
Hospital Miguel Hernández. Elche.

Los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) son frecuentes durante el proceso de la enfermedad y provocan un deterioro en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert, 2012). El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de los SPCD en distintos tipos de demencia y su posible relación con la funcionalidad del paciente, y el distrés en la familia, así como hacer una propuesta de intervención no farmacológica para mejorar estos síntomas. Se realizó un estudio observacional y descriptivo de una muestra de pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y demencia, valorados en una Unidad de Demencias, utilizando la escala *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire* (NPI-Q) para la detección de los SPCD. Se recogió una muestra de 74 pacientes, de los cuales el 97,30% presentaba al menos un síntoma. Las alucinaciones, la apatía y la alteración motora presentaron diferencias significativas en los distintos tipos de demencia. Se encontraron correlaciones significativas entre el NPI-Q y la funcionalidad, y entre la gravedad de los síntomas y la afectación del familiar. Los SPCD son muy prevalentes ya desde el inicio de la enfermedad, contribuyen a un mayor deterioro funcional, a un mayor distrés en la familia. Esto justifica la necesidad de un abordaje integral sin olvidar la intervención psicológica y al tratamiento no farmacológico.

PC-232. NECESIDADES DE HEMODERIVADOS EN FRACTURA DE CADERA: FACTORES ASOCIADOS Y ESTRATEGIAS DE FUTURO

A.M. Lebreault Polanco, C. Gala Serra, T.I. Wu Lai, J.D.P. Marttini Abarca y J. Mora
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: 1) Describir los factores relacionados con la necesidad de uso de hemoderivados en ancianos intervenidos por fractura de cadera. 2) Estudiar el impacto de un protocolo de ferroterapia intravenosa (Fe iv) en su manejo.
Métodos: Estudio descriptivo de casos (2011-13). Se realiza muestreo aleatorio sobre todos los ingresos por fractura de cadera primaria en > 65 años, excluyendo fracturas patológicas, complejas y presencia de alteraciones de coagulación. Variables demográficas, situación funcional basal (Barthel), tipo de fractura, Hb al ingreso y complicaciones. Se analizan las necesidades de hemoderivados y de Fe iv en el ingreso en relación con las características basales. Estudio estadístico: comparación de medias y proporciones. Regresión logística. Nivel de significación $p < 0,05$. SPSS 15.0.
Resultados: n: 103 (25% del total de ingresos), edad media 85,7 (DE 7,1) años, 79,6% mujeres. Datos basales: 65,0% Barthel ≥ 80, 60,2% toma previa de antiagregantes, Hb media basal 12,6 g/dL. Tipo de fractura: extracapsular 63,1%. Anestesia espinal 100%. Estancia mediana preoperatoria 4 días. Mortalidad intrahospitalaria 2,9%. Hemoderivados: un 63,1% necesita transfusiones (promedio 2,4 bolsas). El uso de concentrado de hematíes se asoció significativamente con la edad ($p < 0,01$), Hb al ingreso ($p < 0,001$), antiagregación ($p < 0,01$), estancia preoperatoria ($p = 0,037$), infección ($p = 0,002$) e ICC ($p = 0,035$). Como factores asociados de modo independiente para transfusión se hallaron: edad, Hb al ingreso y antiagregación ($p < 0,05$). Se administró Fe iv en un 77,7% de los casos (27,5% de ellos antes de la intervención), no encontrando relación entre su uso y las necesidades de transfusión ($p > 0,05$).
Conclusiones: 1) El uso de hemoderivados en fractura de cadera es muy prevalente y se asocia con la edad, la toma de fármacos que alteran la hemostasia y la presencia de ICC e infecciones. 2) Un protocolo de administración de Fe iv durante el ingreso no disminuye dichas necesidades en este tipo de pacientes.

PC-233. REHABILITACIÓN VIRTUAL MOTORA DEL EQUILIBRIO EN ANCIANOS MEDIANTE LA "WII BALANCE BOARD" Y EL SISTEMA "ABAR"

M. Forcano García[1], P. Manzano Hernández[1], S. Albiol Pérez[2], S. Solsona Fernández[1], M.T. Muñoz Tomás[1] y J.A. Gil Gómez[3]
[1]Hospital San José. Teruel. [2]Universidad Politécnica de Zaragoza. [3]Universidad Politécnica de Valencia.

Objetivos: El sistema Active Balance Rehabilitation ("ABAR") utiliza la Wii Balance Board y está diseñado específicamente para pacientes con problemas de equilibrio. Integra 6 juegos virtuales, en diferentes

posiciones en sedestación y bipedestación. El presente estudio pretende evaluar la mejora del equilibrio en ancianos tras su aplicación en un programa de rehabilitación.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en el Hospital San José de Teruel. Los pacientes realizaron 20 sesiones con ABAR, de 30 minutos de duración, durante 3-5 días por semana. Se aplicaron diferentes test al inicio y final del programa: Barthel, MEC-Lobo, escala Filadelfia, test de equilibrio estático (alcance funcional "ART" y tiempo de estación unipodal "UST") y dinámico (escala Berg "BBS", Tinetti test "TT", Timed Up and Go "TUG", 30 seconds sit-to stand test "30SST" y Ten-meters Walking test "10 MWT"). Criterios de exclusión: demencia, déficit visual o auditivo importante, negligencia espacial, lesión congénita y lesión traumatológica no resuelta.
Resultados: De un total de 34 pacientes completaron el estudio 30; 50% mujeres, con edad media 79 (rango entre 63 y 90); la mayoría con estudios primarios (67%) y de área urbana; media del MEC-Lobo 27, Barthel 70 y escala Filadelfia 9. Los diagnósticos incluyeron: ACV, enfermedad de Parkinson, alteraciones vestibulares y mielopatía cervical. Los resultados analizados en ANOVA de medidas repetidas para los test de equilibrio, mostraron diferencias significativas en el tiempo ($p < 0,01$) para el periodo de inicio (T0) y el periodo de finalización (T1) en las escalas TUG (T0: 31,36 ± 16,56, T1: 24,87 ± 12,81), Tinetti (T0: 16,73 ± 7,23, T1: 21,33 ± 6,08), 30SST (T0: 5,53 ± 2,54, T1: 7,67 ± 2,79), 10MWT (T0: 0,49 ± 0,21, T1: 0,59 ± 0,22) y UST (T0: 0,84 ± 1,12, T1: 1,51 ± 1,33) y diferencias significativas ($p < 0,05$) para ART (T0: 16,33 ± 6,13, T1: 19,75 ± 4,49) y Berg (T0: 36,47 ± 11,09, T1: 42,80 ± 9,36).
Conclusiones: los pacientes mayores pueden beneficiarse de nuevas técnicas virtuales de rehabilitación motora del equilibrio, con mejorías significativas en las escalas de equilibrio.

PC-234. PERFIL DEL PACIENTE MACA EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (EAR) EN EL VALLÈS ORIENTAL CENTRO

G. Fabregat Gómez, C. Pedreño Gutiérrez, R. Marín Lamela, E. Pedrosa Almirall y A. Torner Busquet
Mutuam. Barcelona.

Introducción: Durante nuestra actividad diaria, está presente el etiquetaje de los pacientes según los criterios MACA, (NECPAL+), creemos interesante conocer su perfil y corroborar que cumplen los criterios generales.
Objetivos: Describir el perfil del paciente MACA institucionalizado. Relacionar MACA y polimedicación.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes etiquetados como MACA desde el 1 de junio al 31 de diciembre de 2013. Variables analizadas demográficas: nombre y apellidos, sexo, edad. Variables analizadas en relación: MACA, Incontinencia, escalas (Barthel, Pfeiffer), Curas, Polimedicación, GDS, Diagnósticos (ACV, Cardiopatía, MPOC, DM, HTA, IRC, Neoplasia, Neurológico, Depresión). Demencia (Alzheimer, Vascular, Mixta, Otras, No identificadas).
Resultados: De 727 pacientes institucionalizados al Vallés Oriental Centre, se etiquetaron de MACA 255 personas (35%). De los MACA fueron exitus 50 persones (19,69%). Edad media: 85,95 ± 8,41; Máx. 105a, Min. 47a, Sexo: el 73,7% son mujeres. El 64,7% presentan deterioro cognitivo grave y un 14,9% un deterioro cognitivo moderado. Índice de Barthel: dependencia grave (0-20) 60,8%, dependencia moderada (25-85) 26,3%. El 85,5% presentan incontinencia. Existe un 67% de personas con diagnóstico de demencia, clasificándose el 28,6% Alzheimer, el 11,8% demencia vascular, el 27,5% demencia sin etiquetar. Destaca un 39,2% de polimedicación. Diagnósticos principales: 20% ACV, 35% algún tipo de cardiopatía, 14,5% MPOC, 22% DM, 58% HTA, 18,4% IRC, 14,9% una neoplasia, 12,9% una patología neurológica, el 23,5% una depresión. Existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0,005$) entre polimedicación y el índice de Barthel con mayor dependencia y también con la presencia de demencia.
Conclusiones: Según bibliografía, un 20% de las personas institucionalizadas cumplen criterios MACA. En nuestra muestra este porcentaje aumenta considerablemente, por lo que vemos que las personas institucionalizadas son aquellas con patología en estadio avanzado. En nuestra muestra no se han encontrado personas institucionalizadas independientes. Está descrito que un 60% de la población institucionalizada tiene el diagnóstico de incontinencia, en nuestra muestra, recordando el sesgo de solo pacientes MACA, el porcentaje diagnosticado es superior. Actualmente se está realizando una conciliación de la medicación en las personas institucionalizadas pero no ha sido efectiva hasta ahora, ya que existe una relación significativa entre polimedicación y demencia y/o dependencia grave/moderada.

PC-235. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN DE 90 O MÁS AÑOS ATENDIDA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS COGNITIVOS DE LA REGIÓN SANITARIA DE LLEIDA

A. Arias Pastor, A. Vena Martínez, M. de Miguel Artal, E. Blasco, G. Piñol Ripoll y M. Serrano Godoy
Hospital Santa Maria. Lleida.

Objetivos: El envejecimiento poblacional ha convertido a los nonagenarios en el grupo poblacional con mayor crecimiento porcentual en los últimos años. Nos planteamos estudiar las características de dicho grupo de edad con diagnóstico de demencia que acuden a nuestra unidad de cara a analizar la situación actual y planificar actuaciones futuras.
Métodos: Pacientes de 90 y más años con diagnóstico de demencia valorados entre marzo 2012 y marzo de 2013 describiendo estadio evolutivo, presencia de alteraciones afectivas y conductuales, situación funcional, comorbilidad, presencia de polifarmacia, uso de psicofármacos, situación social, grado de dependencia, sobrecarga cuidador principal y tratamiento especifico para demencia.
Resultados: Presentamos una muestra de 97 pacientes (72 mujeres 25 varones) Situación evolutiva según GDS, GDS 3 3 pacientes, GDS 4 18 pacientes, GDS 5 36 pacientes, GDS 6 32 pacientes GDS 7 11 pacientes. Observamos una alta comorbilidad destacando HTA 78%, ACV 26%, llama la atención la baja prevalencia de DM 15% respecto a lo esperado en su grupo de edad. Existe alta prevalencia de clínica depresiva 42%, alteraciones del sueño 65,9% alteraciones conductuales 54,6%. Presentan deterioro funcional moderado con Índice de Barthel medio 43,5, un 30,9%, presentan índice Barthel 60 o más puntos, 59,8% capaces de deambular independientemente. Reciben ayudas ley dependencia el 82,4%. Presentan polifarmacia (> 4 fármacos) 70,1%, siendo la media de fármacos de 7,2 por persona. Existe elevada prescripción benzodiazepinas 57,7%, neurolépticos 48,4% antidepresivos 48,4%. Presentan un bajo uso de IACE 15, 4% memantina 13,4%, combinación 5,2%. Respecto a su ubicación están institucionalizados 41,2% acuden centro de día 9,2%. Se observa elevado porcentaje de sobrecarga entre los cuidadores de los que permanecen en domicilio, 61%.
Conclusiones: Los pacientes nonagenarios con demencia atendidos en nuestra unidad presentan un estadio evolutivo avanzado con una elevada comorbilidad y una importante polifarmacia derivada principalmente del uso de psicofármacos así como una elevada dependencia. Se observan múltiples áreas susceptibles de mejora basadas principalmente en el adecuado uso de fármacos, el desarrollo de programas de rehabilitación funcional y el trabajo multidisciplinar con las familias para intentar disminuir el grado de sobrecarga.

PC-236. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS Y FACTORES ASOCIADOS A SU USO EN UNA POBLACIÓN DE ANCIANOS DE LA COMUNIDAD

I. Huedo Ródenas[1], G. Ariza Zafra[1], E. Blanco Reina[2], M. León Ortiz[1], J.L. Navarro López[1], I. Soler Moratalla[1] y P. Abizanda Soler[1]
[1]Hospital General Universitario de Albacete. [2]Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) en una muestra de ancianos ambulatorios, así como los factores de riesgo que favorecen su aparición, utilizando los criterios STOPP y Beers 2012.
Métodos: Estudio transversal donde se evaluaron sujetos de 65 años o más, aleatorizados mediante un muestreo probabilístico polietápico estratificado por conglomerados de la base de datos de Atención Primaria de la isla de Lanzarote. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, y relacionadas con la medicación (fármaco, dosis, duración, indicación, grupo ATC). Realizamos análisis multivariante para establecer los factores relacionados con las PPI.
Resultados: Se evaluaron 407 sujetos con una edad media de 79,3 años y un rango de 65-100, de los cuales el 57,2% eran mujeres. El índice de Charlson medio fue de 1,95. La patología más frecuente fue la hipertensión (57,2%). Recogimos 1.831 prescripciones con una media de 4,5 fármacos por sujeto. La prevalencia de PPI detectada fue de 35,4% y 44% según utilizamos los criterios STOPP o Beers, respectivamente. La prescripción inapropiada más frecuente fue el uso de AAS a dosis mayor de 150 mg/día (20,2%) seguida de las benzodiacepinas de vida media larga (16,2%), mientras el uso de benzodiacepinas (39,4%) y antipsicóticos de primera generación en la demencia (12,9%) destacaron al aplicar los criterios de la AGS. En ambos modelos se encontramos asociación entre el número de fármacos y el riego de sufrir PPI (OR 1,16, IC95% 1,08-1,25 y OR 1,21, IC95% 1,12-1,32, respectivamente) mostrándose además la presencia de psicopatología relacionada con dicho riesgo según los Beers (OR 2,91; IC95% 1,83-4,66).
Conclusiones: Los criterios de Beers 2012 detectan mayor número de PIM que los STOPP. Tanto el número de fármacos como la presencia de un diagnóstico psiquiátrico aparecen como factores relacionados con un mayor riesgo de sufrir una PPI.

PC-237. ESTADO NUTRICIONAL AL INGRESO DE PERSONAS MAYORES USUARIAS DE CENTROS RESIDENCIALES SARQUAVITAE

J. Pascual Torramadé, I. Ancizu García, M. de las Heras, R. Vaca Bermejo y D. Moya Galera
SARquavitae. Barcelona.

Objetivos: Valorar el estado nutricional de las personas mayores que ingresan en centros residenciales SARquavitae.
Métodos: Se analizan los datos contenidos en la valoración inicial de 4.078 ingresos en los centros SARquavitae durante el año 2013. La información asistencial se recoge en la historia clínica informatizada GCR. La valoración del estado nutricional se realiza mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA®).
Resultados: El 67,2% de las personas fueron mujeres y la media de edad fue de 82,97 años (dt: 7,02). Los resultados obtenidos en el MNA indican que el 30,4% de las personas se encuentran en un estado de malnutrición establecida y un 46,8% en situación de riesgo en el momento del ingreso. En referencia a las variables más relevantes analizadas con el MNA, un 21,4% presenta anorexia grave o moderada, el 12,7% ha perdido recientemente entre 1 y 3 kg con un 13,4% y un 8,6% que no sabe cuánto ha perdido o ha perdido más de 3 kg respectivamente. El 11,2% tenía un índice de masa corporal por debajo de lo normal. En relación al número de comidas completas que realizaban al día, un 11,7% realizaba únicamente una diaria y un 18,9% dos comidas. El 32,4% no consumía semanalmente lácteos, huevos, legumbres, carne y pescado y el 19,7% no comía frutas o verduras dos veces al día. Por otro lado, un 27,6% de la muestra necesita ayuda para alimentarse y un 17,7% se alimenta solo con dificultad. En cuanto a la autopercepción del estado nutricional, un 12,4% consideró que sufrían una malnutrición grave y un 30,9% moderada. Finalmente, un 24,4% tenía una circunferencia braquial inferior a 21 cm y un 50,7% una circunferencia de la pantorrilla inferior a 31 cm.
Conclusiones: La población que ingresa en centros SARquavitae presenta un estado nutricional con importantes deficiencias que requieren una intervención especializada. En este sentido, los resultados presentados muestran la importancia de disponer de programas nutricionales específicos que cubran las necesidades de las personas que actualmente ingresan en los centros residenciales SARquavitae, caracterizadas por una importante complejidad clínica.

PC-238. ¿ES LA ESCALA DE BRADEN UN INDICADOR SENSIBLE PARA EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL?

N. Fernández Gutiérrez, A.P. Lopes, V. Martínez, I. Aurre, I. Sierra-Sesúmaga, E. Vicarregui e I. Artaza
Centro Sociosanitario Orue. Amorebieta.

Objetivos: Determinar los factores asociados al desarrollo de úlceras por presión al ingreso en una unidad de recuperación funcional, así como la sensibilidad diagnóstica de la escala de Braden en nuestra muestra.
Métodos: Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, funcionales y clínicas de todos los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Recuperación Funcional durante el año 2013, con diagnóstico de úlcera por presión de cualquier localización y estadio.
Resultados: Durante el pasado año fueron 36 pacientes los que ingresaron en nuestro Centro con diagnóstico secundario de úlcera por presión (63,89% mujeres, 78,72 ± 12,99 años, IBM Me 11,5), siendo los diagnósticos principales más prevalentes la fractura de cadera (33,3%), el accidente cerebrovascular (22,2%) y la patología tumoral en fase de cuidados (19,4%). En cuanto al estadiaje de las úlceras por presión al ingreso, el 75,0% corresponde a los estadios II y III. Dentro de la Valoración Geriátrica Integral estructurada, se aplicó la escala de Braden, estratificando al 61,1% de los pacientes como riesgo bajo para el desarrollo de úlceras por presión a pesar del diagnóstico existente; el 11,1% de la muestra presentaba una puntuación menor de 13 puntos, indicativo de riesgo alto para úlceras por presión. La valoración nutricional aplicada al ingreso evidenció que el 30,5% de los pacientes presentaban malnutrición según el Mini Nutritional Assessment, con una puntuación media de 17,27 ± 4,34; iniciándose suplementación alimenticia en el 52,7% de los pacientes. Sólo el 5% presentaba un estado nutricional satisfactorio según parámetros del MNA. El IMC medio fue de 24,95 kg/m^2 (15,26-38,41) evidenciando desnutrición y/o peso insuficiente en el 30,5% de la muestra.
Conclusiones: En nuestra muestra, la escala de Braden no es una herramienta sensible para determinar aquellos pacientes con riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión. En este sentido, consideramos que una Valoración Geriátrica integral, y la inclusión de una Valoración Nutricional completa, pueden orientar a la identificación de los pacientes más vulnerables para la aparición de úlceras por presión, así como facilitar una intervención nutricional temprana que ayude a la cicatrización y evolución favorable de las úlceras existentes.

PC-239. ANÁLISIS COMPARATIVO DE 3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA (PPI)

A. Noguerón García[1], G. Ariza Zafra[1], E. Blanco Reina[2], M. León Ortiz[1], I. Soler Moratalla[1], J.L. Navarro López[1] y P. Abizanda Soler[1]
[1]Hospital General Universitario de Albacete. [2]Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Objetivos: Comparar los criterios STOPP con las versiones de 2003 y 2012 de los criterios de Beers.

Métodos: Estudio transversal donde se evaluaron sujetos de 65 años o más, aleatorizados mediante un muestreo probabilístico polietápico estratificado por conglomerados de la base de datos de Atención Primaria de la isla de Lanzarote. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, y relacionadas con la medicación (fármaco, dosis, duración, indicación, grupo ATC). La especificidad y sensibilidad fueron evaluadas mediante el uso de tablas de contingencia 2 × 2. La concordancia entre criterios se determinó mediante el índice kappa.
Resultados: La prevalencia de PPI detectada fue de 24,3% 35,4% y 44% según utilizamos los Beers 2003, STOPP o Beers 2012, respectivamente. Tomando como gold estándar los criterios de Beers 2003 por ser los más utilizados hasta el momento, los STOPP presentan una sensibilidad de un 70,4% y una especificidad del 75,5% para detectar PPI. Por su parte los Beers 2012 tienen una sensibilidad de 84,7% mientras su especificidad es del 68,6%. El grado de concordancia entre STOPP y Beers 2003 es 0,396 ($p < 0,001$). Entre las dos versiones más recientes de los criterios de Beers el índice kappa es 0,416 ($p < 0,001$). Al comparar STOPP con Beers 2012, encontramos una concordancia de 0,35 (IC95% 0,25-0,44). El porcentaje de ítems utilizados respecto al total que componen la herramienta fue del 31% (21/68) en el caso de los Beers 2013, 38,5% de los STOPP (25/65) y 18/53 (33,9%) en los criterios más actuales. En ningún caso concurrieron simultáneamente 5 criterios en el mismo paciente, y sólo en el 0,7% de la población (3 sujetos) aparecieron 4 criterios de Beers 2012.
Conclusiones: Los criterios de Beers 2012 detectan mayor número de PIM que los STOPP y los Beers 2003, con menor número de ítems utilizados, comportándose como la herramienta más sensible. La concordancia entre criterios fue baja, lo cual refleja que estas herramientas miden conceptos diferentes.

PC-240. UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA (UO) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV): METODOLOGÍA ASISTENCIAL BASADA EN UN PENSAMIENTO FUNCIONAL TRANSVERSAL

J. Pérez del Molino Martín, M.J. Sanz Aranguez Ávila, Z. Yusta Escudero, B. Pérez Pena, A. Ruiz Herrera y S. Maza Herrero
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: El abordaje del paciente anciano con fractura de cadera es siempre complejo. Al minucioso análisis de la fragilidad predisponente a la fractura, hay que añadir la necesidad de estabilización clínica, abordaje de frecuentes complicaciones perioperatorias, entre ellas los síndromes geriátricos, la recuperación de la capacidad funcional y la marcha. Además, es nuestra obligación como equipo implicado en la gestión combinar la optimización de resultados funcionales y clínicos con una mayor eficiencia. Con este espíritu nace la UO del Servicio de Geriatría del HUMV. En esta comunicación se describe nuestra metodología asistencial.
Métodos: La UO de nuestro SG recibe pacientes con fractura de cadera procedentes del Servicio de Traumatología del HUMV. En base a la información clínica sobre los pacientes ingresados del 01/01/2009 al 31/12/2013, se describe nuestra sistemática de trabajo que puede explicar los buenos resultados de eficacia y eficiencia.
Resultados: Pilares básicos de funcionamiento: a) Valoración Geriátrica Exhaustiva, realizando "detección oportunista de casos": media de nuevos diagnósticos al alta 5,7 ± 2,68. b) Estabilización clínica precoz. c) Abordaje precoz de complicaciones perioperatorias: Anemia (política transfusional basada en su impacto funcional), impactación fecal, desnutrición, disfagia, delirium y UPP. d) Ajuste farmacológico exhaustivo evitando fármacos de alto impacto funcional (p.ej., opioides, psicofármacos, betabloqueantes). e) Evaluación minuciosa de la causa de caída/inestabilidad de la marcha previa: yatrogenia farmacológica como causa directa/indirecta del 59,7% de los casos. f) Implicación de todo el equipo (médicos, terapeuta ocupacional, enfermería, auxiliares, celadores) y familiares en objetivos funcionales. g) Reconversión del papel de los celadores en "agentes de movilidad". h) "Técnicos aventureros" trabajando en ambientes reales. i) Sesión diaria de equipo y gestión precoz del alta con clara implicación de la trabajadora social. j) Establecimiento de vínculos de afecto con pacientes/familiares, asesoramiento y entrenamiento. k) La continua reflexión sobre el beneficio de seguir hospitalizado. l) Consulta de caídas: apoyo al alta y optimización funcional. m) Un pensamiento compartido de que el conocimiento derivado de la Geriatría no es negociable.
Conclusiones: La eficacia y eficiencia de nuestra UO depende de múltiples aspectos cuya conjunción puede explicar los excelentes resultados en términos clínicos, funcionales y de gestión asistencial.

PC-241. DEMENCIA Y FRACTURA DE CADERA. RELACIÓN DIRECTA CON AUMENTO DE LA DEPENDENCIA

K. López, F.J. Idoate Gil, S. Jiménez Mola, E. Martín Pérez y M.P. López Viñas
Complejo Asistencial de León.

Introducción: Las fracturas de cadera en el anciano representan, hoy día, un grave problema sanitario debido al aumento exponencial que las fracturas han experimentado durante los últimos años. La demencia es una enfermedad de alta prevalencia en el anciano. Son la demencia y las fracturas de cadera son 2 patologías con alta incidencia y prevalencia en nuestros pacientes. Un paciente con demencia es 3 veces más susceptible a tener una fractura de cadera que un paciente sin trastornos cognitivos.
Objetivos: Conocer las variables clínicas de los pacientes con demencia y fractura de cadera, sus principales complicaciones durante su estancia en la unidad de ortogeriatría.
Métodos: Estudio retrospectivo observacional, se incluyeron todos los pacientes ingresados por fractura de cadera con demencia en la unidad de ortogeriatría entre enero-diciembre del 2013 en el Complejo Asistencial Universitario de León. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos (comorbilidades), numero de fármacos al ingreso y tipo de fármacos, situación funcional previa, demora prequirúrgica y complicaciones postintervención.
Resultados: Se incluyeron 146 pacientes con demencia y fractura de cadera, con una edad media 87,17 años, 81,94% eran mujeres, estancia media 11,06 días, fármacos promedio al ingreso 4, Índice de Barthel previo al ingreso 50 (+ 10 puntos), 3,43% se realizo una cirugía 24 horas posteriores al ingreso, mortalidad postoperatorio 5,5%, 92,46% de los pacientes presento anemia como complicación seguido de cuadro confusional 47,91%, con una mortalidad 2,7% de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
Conclusiones: La fractura de cadera y la demencia son patologías altamente prevalentes en el paciente anciano. Representan un alto índice de pérdida de funcionalidad e independencia y así aumento del coste sanitario en este grupo. El cuadro confusional representa la segunda complicación más frecuente en estos pacientes. Las áreas susceptibles de intervención e investigación son muy amplias.

PC-242. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE TERMINAL. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL LUGAR DE FALLECIMIENTO

M.S. Chiriboga Lozada, L. Díaz Villarrubia, J.L. Blásquez Carrasco, C.O. Minea, F.A. Quiñónez Bareiro y R.E. Solís Magdaleno
Hospital Geriátrico Virgen del Valle. Complejo Hospitalario de Toledo.

Introducción: Se estima que de las 380.000 muertes anuales que ocurren en España; el 50-60% se producen como resultado final de un proceso terminal. La calidad de esta última etapa es trascendental

e incluye un acercamiento integral, que abarca no solo aspectos físicos, sino también emocionales tanto del paciente y su núcleo familiar. Existen múltiples estudios internacionales que reflejan el deseo del paciente terminal de morir en domicilio, a pesar de lo cual hasta un 25% del total de ingresos hospitalarios corresponde a pacientes en el último año de vida. Los programas de cuidados paliativos domicilio surgen de la necesidad de posibilidad de que el paciente fallezca en el lugar más apropiado tanto para este como para su familia por medio de un modelo de atención multidimensional.
Objetivos: Evaluar dentro de los pacientes seguidos por el equipo de cuidados domicilio de nuestro hospital que factores pudieron influir sobre la localización en la muerte.
Métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en pacientes mayores de 75 años fallecidos; seguidos por la Unidad de atención domiciliaria del Hospital Geriátrico Virgen del Valle en un periodo de 1 año, utilizando una base procedente de altas del programa. Se evaluó sexo, diagnóstico de ingreso, localización del fallecimiento, asociación con patología de base, muerte súbita, fase agónica; actividades realizadas en el paciente, síntomas presentados y situación funcional.
Resultados: De 230 pacientes que fallecieron en el periodo de un año en el programa de cuidados paliativos eran seguidos en el programa como terminal oncológico el 71,3% y terminal no oncológico el 26,4%. Fallecieron en domicilio el 73,5% y el 26,5% a nivel hospitalario. No existió diferencia entre lugar de fallecimiento y sexo (hospital: 26,3% mujer y 27,1% varón). Los pacientes oncológicos presentaron menor proporción de exitus hospitalarios. Existió una media de atención médica (5,497/4,639) –enfermera (11,426/10,639) más baja en fallecidos hospitalarios pero no fue significativamente estadístico. Evaluando funcionalidad encontramos una media significativamente más baja en los fallecidos en domicilio (Barthel 15), comparando con hospitalario (Barthel 31).

PC-243. EVOLUCIÓN EN EL CONSUMO DE FÁRMACOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS TRAS APLICACIÓN DE CRITERIOS STOPP/START

I. Artaza Artabe[1], N. Fernández Gutiérrez[1], R. Valera Pérez[1], M. Mendieta Corral[1], M. Niño Vivo[1], J.M. Amurrio[2] y J.A. Gardoki[2]
[1]Igurco Sociosanitarios. Igurco Servcios Sociosanitarios. [2]SENDAGAI. Igurco Forua.

Objetivos: Comparar la influencia de la implantación de los criterios de prescripción STOPP/START en la evolución del consumo de medicamentos en los centros del grupo Igurco.
Métodos: Desde septiembre de 2012 se implantan en las residencias del grupo Igurco los criterios STOPP/START. Sin embargo, estos criterios no se aplican en nuestros centros de día al depender la prescripción de los médicos de Atención Primaria. Analizamos la evolución en el consumo de fármacos por persona/mes durante el año 2013, de una población de 414 pacientes de residencias y 299 usuarios de centros de día.
Resultados: Tras la aplicación de dichos criterios, se aprecia una disminución progresiva en el consumo de fármacos por persona/mes a lo largo del año 2013 en los pacientes de las residencias, pasando de 6,02 en diciembre 2012 a 5,75 en diciembre de 2013. El Í. de Barthel medio de esta población era de 44,34 puntos. En los centros de día, donde la prescripción la realizan desde Atención Primaria, en el mismo periodo, no se observa esta evolución, pasando de 6,64 a 6,59 fármacos paciente/mes, siendo una población menos dependiente (Í. de Barthel medio 64,47).
Conclusiones: 1. La aplicación de los criterios STOPP/START en los pacientes de las residencias del grupo Igurco ha generado una importante reducción en la prescripción de medicamentos que no se observa en la población de los centros de día. 2. Los usuarios de los centros de día siendo funcionalmente menos dependientes que los de las residencias, consumen sin embargo, más fármacos. 3. La implicación de los médicos en la implantación de dichos criterios es fundamental para reducir la polifarmacia y el gasto farmacéutico.

PC-244. UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA (UO) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV): ¿UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN PARA SUJETOS CON FRACTURA DE CADERA Y GRAN COMPLEJIDAD?

J. Pérez del Molino Martín, M.J. Sanz Aranguez Ávila, Z. Yusta Escudero, B. Pérez Pena, S. Maza Herrero, A. Ruiz Herrera y E. Fernández Quiruelas
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Las UO son la alternativa más eficiente para restaurar la función de sujetos con fractura de cadera (FC). Sin embargo, son muy heterogéneas, desde las UO de agudos hasta las puras de recuperación funcional. Estudiamos los parámetros asistenciales de nuestra UO con el objeto de facilitar su definición.
Métodos: Recogida prospectiva de datos de 216 FC ingresadas consecutivamente en nuestro Servicio. Se evalúan los parámetros de eficacia (ganancia funcional, mortalidad, institucionalización al alta) y eficiencia (estancia media, eficiencia de la ganancia funcional), así como el perfil clínico, funcional y mental.
Resultados: Nuestros pacientes ingresan en la UO como media 6 días tras la FC y 3 días de la cirugía. La edad media es 85 años, 80% son mujeres. Previamente solo 1/4 eran totalmente independientes para el autocuidado. La media de patologías crónicas es 10, el índice de Charlson corregido 7,43, un 50% sufre deterioro cognitivo, consumen una media de 6 medicamentos, y casi 3/4 han sufrido caídas en los últimos 6 meses. Se realiza una media de 6 nuevos diagnósticos mayores, destacando la desnutrición (69%), demencia (40%), delirium (23%), hipotensión ortostática (22%), y disfagia (19%). Más de la mitad son transfundidos. En un 85% se identifica una causa intrínseca de caída, en el 22% hay clara yatrogenia farmacológica. La ganancia funcional absoluta media medida con el Índice de Bathel es 43,61. Más de 1/3 experimentan una mejoría > 80% de su potencial y 3/4 partes > 60%. 1/3 mejoraran incluso respecto a su situación basal. La estancia media es 12,8 días, siendo la eficiencia de la ganancia funcional 4,24 + 4,03. Solo 3,7% fallecen y 6,4% institucionalizados de novo en residencias.
Conclusiones: Nuestra UG se caracteriza por una asistencia precoz postoperatoria a sujetos con FC y elevada complejidad, asumiendo por completo la estabilización clínica, al abordaje de complicaciones postoperatorias, la investigación/tratamiento de la causa de las caídas y el proceso de recuperación funcional. La extremadamente baja tasa de derivación a centros de media y larga estancia indica de la posibilidad de abordaje por un solo equipo de todo el proceso con excelentes resultados funcionales y elevada eficiencia.

PC-245. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PRISM (PICTORIAL REPRESENTATION OF ILLNESS SELF MEASURE) COMO MÉTODO DE CRIBAJE DEL SUFRIMIENTO DERIVADO DE SUFRIR UNA FRACTURA DE CADERA EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS: RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

M. Moreno Iturriaga[1], A. Pujol García[1], A. Hellín Castro[1], M. Roldán Manchado[1], A. Torrecabota Gambín[1], S. Jiménez Panés[2] y C. Nogueras Rimblas[1]
[1]Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. [2]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivos: Obtener una versión adaptada al español del instrumento PRISM que sea lingüística, semántica, idiomática, experiencial y culturalmente equivalente al instrumento original en lengua inglesa. De la prueba piloto: 1.-conseguir la versión adaptada al español y valorar su comprensión por la población a estudio; 2.-asegurar la viabilidad y aceptabilidad del estudio de sus propiedades psicométricas.

Imprescindible no añadir sufrimiento a los pacientes, frágiles y vulnerables, durante el proceso.
Métodos: Población a estudio: pacientes ingresados a través del SUH del TSHU y del HUGTiP por haber sufrido una fractura de cadera. Criterios inclusión: ≥ 65 años, tratamiento quirúrgico de fractura, estado cognitivo y clínico adecuados. Exclusión: no obtención de consentimiento informado o negativa, diagnóstico de demencia o neoplasia activa, diagnóstico de delirium actual, fractura durante ingreso, institucionalización. Diseño del estudio: metodología cuantitativa, estudio descriptivo, longitudinal y multidisciplinario. Obtención de las versiones iniciales de las instrucciones del PRISM mediante método traducción-retrotraducción por traductores profesionales y participación multidisciplinaria. Realización de la prueba piloto por grupo nuclear de investigadores (abril-julio/2013 y enero-marzo/2014) con n = 33 pacientes (n recomendada por consenso internacional: 20-50 pacientes). Consenso en Reunión de Expertos de la versión definitiva del PRISM en español. Conformidad con el proceso seguido por el Comité Coordinador y por los autores de versión original. Consenso final por el grupo nuclear de investigadores de los instrumentos a usar para medir las variables pertinentes para validación psicométrica (actualmente en curso), con adaptación según avanzaba PP y grado de aceptabilidad por los pacientes.
Resultados: La administración del instrumento PRISM es rápida y bien aceptada por los pacientes. Su comprensión parece estar en relación con la edad, estado cognitivo y nivel educativo de los pacientes. La fragilidad de los pacientes y el compromiso de no añadir sufrimiento durante el estudio han sido determinantes a los largo del proceso.
Conclusiones: Se presenta la versión traducida y adaptada al español del instrumento PRISM. Parece ser de utilidad como método sencillo y breve de cribaje del sufrimiento derivado de haber sufrido una fractura de cadera en el paciente anciano. El estudio de sus propiedades psicométricas está actualmente en marcha.

PC-246. VALORACIÓN NUTRICIONAL Y RIESGO DE DISFAGIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA DERIVADOS DESDE PRIMARIA

O. Sabartes, M. Pi Figueras, M.A. Márquez, N. Saavedra, I. Pineda y M. Arellano
Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Valorar estado nutricional de pacientes que acuden a consulta externa geriatría para valoración geriátrica l e identificar a pacientes con riesgo disfagia.
Métodos: Estudio observacional 60 pacientes evaluados de forma consecutiva. Describe edad, capacidad funcional medida por el índice de Barthel (IB) y el índice de Lawton (IL), situación cognitiva medida por el test de Peiffer (TP) y mini mental de Fosltein (MMSE), comorbilidad medida por el índice de Charlson, presencia de polifarmacia, síndromes geriátricos y motivo de derivación a la consulta. Evaluación nutricional se midió por: el Mini Nutritional Assessment (MNA); parámetros bioquímicos: albúmina, proteínas y colesterol, si suplementación previa y recogida escala EAT-10.
Resultados: N: 60, 81,67% mujeres y 18,33% varones, edad media de 82,22 ± 5,5 años. La media Í. de Charlson de 2,45. Presencia de más 3 síndromes geriátricos se hallaba en 85%. Capacidad funcional se analizó a través I Lawton (AIVD), con media 1,3 y con media Í. de Barthel (ABVD) previo de 45,3. El MMSE 17,68 ± 5,2. El 55,5% presenta deterioro cognitivo GDS 4-5. Diagnóstico previo de demencia fue realizado 12,67 ± 14,7 meses antes. Identificación despistaje disfagia mediante EAT-10 con puntuación ≥ 56 (93,3%). Valoración nutricional screening- MNA, 30 (50%) riesgo desnutrición, 18 (30%) malnutrición, 12 (20%) no riesgo malnutrición. Tratamiento con anticolinesterásicos: 6,67% con donepezilo, el 48,3% con galantamina, el 5% con rivastigmina, el 1,67% memantina, el 38,33% combinado. Media parámetros analíticos: albúmina: 31, proteínas 6,0, colesterol: 155. Escala EAT autoestimada se observó: 35 pacientes no presentaban riesgo potencial disfagia y 25 presentaban riesgo disfagia o disfagia establecida. De ellos, 12 no eran conscientes de medidas prevención. Se encontraron diferencias ($p < 0,005$) en pacientes que presentaban peor situación funcional previa, riesgo de desnutrición.
Conclusiones: Elevada incidencia desnutrición en población anciana asociada a factores de riesgo de dependencia funcional, comorbilidad y severidad deterioro cognitivo. El porcentaje de disfagia o con disfagia establecida es elevado en este tipo pacientes que acuden a consulta de geriatría siendo necesario la educación sanitaria para evitar riesgos colaterales pudiéndose identificar los pacientes con riesgo de desarrollar disfagia en un futuro.

PC-247. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA SILENTE EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL CENTRO SARQUAVITAE MONTE ALTO (JEREZ DE LA FRONTERA – CÁDIZ)

A.B. Herrera Cámara[1], E.M. Menor Campos[2], J.C. Durán Alonso[3] y J. Pascual Torramadé[4]
[1]Centro SARquavitae Monte Alto. Jerez de la Frontera. [2]Hospital SAS. Jerez de la Frontera. [3]Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera. [4]SARquavitae. Barcelona.

Introducción: La enfermedad arterial periférica es frecuente en la población geriátrica alcanzando al 20% en mayores de 75 años. No obstante, se considera una entidad infradiagnosticada en este colectivo, confirmándose el diagnóstico cuando ya aparecen lesiones críticas irreversibles.
Objetivos: Obtener datos sobre la prevalencia de la enfermedad arterial periférica asintomática en una población geriátrica institucionalizada y conocer su perfil clínico y su manejo.
Métodos: Estudio descriptivo-observacional realizado en el centro SARquavitae Monte Alto (Cádiz) como parte de un estudio más amplio que involucró a 10 centros residenciales para personas mayores de la provincia de Cádiz. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: ser mayor de 70 años, encontrarse institucionalizado en residencia geriátrica, no tener diagnóstico de enfermedad grave que comprometa su esperanza de vida a corto plazo, aceptar participar en el estudio, firmando el consentimiento informado. Se excluye a todos aquellos usuarios que no cumplen los criterios mencionados. Las variables analizadas fueron las siguientes: edad, sexo, factores de riesgo vascular: tabaco, HTA, diabetes, colesterol, enfermedad isquémica: periférica, coronaria o vasculocerebral, grado de capacidad funcional (índice de Barthel) y cognitivo (MMSE), índice tobillo brazo (ITB): > 1,3: Vaso no compresible (calcificado). 1-1,29: Normal. 0,91-0,99: Límite. 0,61-0,90: enfermedad arterial periférica ligera. 0,41-0,60: enfermedad arterial periférica moderada. < 0,4: enfermedad arterial periférica grave. Exploración física: pulsos arteriales periféricos. Anamnesis sistemática de claudicación intermitente: cuestionario de Edimburgh. Tratamiento farmacológico previo, prescripciones sobre hábitos y estilos de vida y ejercicio. Modificaciones del tratamiento farmacológico, prescripciones sobre hábitos y estilos de vida y ejercicio.
Resultados: Se estudia a 55 usuarios del centro SARquavitae Monte Alto y se obtienen los siguientes resultados: Estado normal: 35 usuarios. Enfermedad arterial periférica leve (I-IIa): 11 usuarios. Enfermedad arterial periférica moderada (IIb): 8 usuarios. Enfermedad arterial periférica grave (III-IV): 1 usuario.
Conclusiones: El presente estudio confirma la presencia de una enfermedad silente en un colectivo frágil de personas mayores y resulta muy útil en la toma de decisiones sobre el tratamiento clínico más adecuado. Se favorece, así, la implantación de medidas preventivas, evitando la aparición de lesiones y consecuencias negativas irreversibles para los usuarios que presentan la enfermedad.

PC-248. APLICACIÓN DE LA ESCALA NECPAL CCOMS-ICO© EN EL CENTRO SARQUAVITAE LA SALUT (BARCELONA)

I. Ancizu García[1], J. Pasqual Torramadé[2], M. de las Heras[3], F. López Espinosa[4], M.T. Donada Bertomeu[4] y R. Vaca Bermejo[3]
[1]Centro SARquavitae Moratalaz. Madrid. [2]Centro SARquavitae. Barcelona. [3]Centro de Día SARquavitae Moratalaz. Madrid. [4]Centro SARquavitae La Salut. Barcelona.

Objetivos: Identificar a los usuarios del centro SARquavitae La Salut que, sufriendo una enfermedad crónica compleja o avanzada, son susceptibles de recibir atención paliativa.
Métodos: Se realiza una primera identificación de usuarios con algún tipo de enfermedad crónica compleja o avanzada según una serie de parámetros establecidos en el Sistema de registro Asistencial – GCR de SARquavitae (Barthel, peso, salidas a hospital, caídas, disfagia, número de diagnósticos y úlceras). A las personas identificadas se les administra la Escala NECPAL CCOMS-ICO©.
Resultados: Del total de las personas atendidas en La Salut (n = 120), se identificó al 45% de las personas (54 usuarios) como personas con algún tipo de enfermedad crónica compleja o avanzada, de las que 38 fueron mujeres. A continuación, se aplicó a estas 54 personas la Pregunta Sorpresa de la Escala NECPAL CCOMS-ICO® ("¿le sorprendería que este paciente falleciera en los próximos 12 meses?") y se obtuvo una identificación positiva en 48 personas (40% sobre el total). Finalmente, 45 de ellas (37,5% de los usuarios del centro) cumplieron además alguno de los criterios especificados en dicha escala. De ellos, finalmente 12 fueron hombres y 33 mujeres, la edad media se sitúo en 86,17 años (dt: 8,93).
Conclusiones: Estos resultando indican que casi un 40% de la población prevalente de usuarios de un centro típico de SARquavitae es susceptible de recibir cuidados y asistencia paliativa ya que tienen un pronóstico de vida inferior a 12 meses. Este dato es importante por el volumen de usuarios que representa ya que justifica por sí mismo la necesidad observada por SARquavitae de aplicar programas específicos de atención a las personas que se encuentran en el final de su vida. Además se constata que la Escala NECPAL CCOMS-ICO® es un buen instrumento para la identificación de personas en SEAT y por lo tanto, con un pronóstico de vida limitado. Esta afirmación se basa en el hecho de que se ha corroborado que casi la totalidad de las personas identificadas con la Pregunta Sorpresa y al menos uno de los criterios establecidos por la Escala fallecieron antes de los 12 meses marcados por el pronóstico de vida limitado.

PC-249. SERVICIO DE GERIATRÍA (SG) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV): UNA APUESTA MULTIMODAL EN EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA

Z. Yusta Escudero, J. Pérez del Molino Martín, M.J. Sanz Aranguez Ávila, B. Pérez Pena, S. Maza Herrero y M.A.G. Gutiérrez Ganza
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: El abordaje del adulto mayor frágil y clínicamente complejo en Unidades de Agudos requiere de un equipo interdisciplinar con conocimientos amplios y protocolos de actuación específicos sobre síndromes geriátricos. La disfagia es uno de ellos. Su abordaje inicial exige una búsqueda activa por parte del equipo, con especial atención por médicos, equipo de enfermería y terapia ocupacional. Con frecuencia solo se detecta tardíamente, una vez que aparecen complicaciones severas de índole respiratoria o nutricional. Incluso muchas veces tampoco se identifica a la disfagia como principal responsable de las mismas. Una vez detectada es esencial un adecuado abordaje "a pie de cama". Junto al equipo, las familias son un pilar fundamental. Es obligado proporcionarles un entrenamiento adecuado en el cuidado de este complejo problema, a veces de muy difícil comprensión. En este contexto el SG ha elaborado una estrategia de detección precoz y de difusión de su conocimiento a profesionales y familiares. Nuestro objetivo es presentar esta estrategia de abordaje multimodal de la disfagia.
Métodos: El equipo del SG del HUMV (médicos, enfermeras, y terapeuta ocupacional) realiza un cribado sistemático de disfagia en cada paciente al ingreso mediante un interrogatorio dirigido y la realización de un test de disfagia (ingesta de líquido a diferentes volúmenes, con diferentes consistencias). Posteriormente se transmite formalmente la información del diagnóstico de disfagia al equipo y familia mediante carteles de aviso ("ALERTA DISFAGIA)" colocados en corcheras individualizadas para cada paciente, bien visibles, y situadas encima de su cama, con el objetivo de que toda persona que asista al enfermo pueda alimentarle e hidratarle de manera segura. Asimismo se coloca también en dicha corchera un póster informativo, disponible también en zonas estratégicas de la Unidad, que presenta la disfagia con datos sencillos sobre su identificación, signos de alerta y medidas de abordaje simple antidisfagia. Este cartel posteriormente se entrega a las familias al alta.
Resultados: Se presenta el poster "ALERTA DISFAGIA" del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla., con los siguientes puntos: ¿Qué es la disfagia faríngea o neurógena?, ¿Cuándo sospechar disfagia? y ¿Cómo actuar ante la disfagia durante las comidas?

PC-250. UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA (UO) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV): NINGUNA CAÍDA ES CASUAL

M.J. Sanz Aranguez Ávila, J. Pérez del Molino Martín, Z. Yusta Escudero, B. Pérez Pena, S. Maza Herrero, A. Ruiz Herrera y E. Fernández Quiruelas
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Las fracturas de cadera están precedidas en general de una caída. Es frecuente considerar que las mismas son "casuales". La realización sistemática de una valoración geriátrica exhaustiva (VGE) revela factores precipitantes y predisponentes que es necesario abordar con el objetivo de prevenir nuevos eventos. Nos proponemos analizar la prevalencia de dichos factores en los pacientes con fractura de cadera de nuestra UO, así como describir los nuevos diagnósticos resultantes de una valoración minuciosa que en muchos casos pueden ser causa de caída.
Métodos: Se recogieron prospectivamente datos clínicos, funcionales, mentales y sociales de sujetos ingresados por fractura de cadera en la UO del HUMV, procedentes del Servicio de Traumatología, desde el 1 de enero de 2009 al 31 diciembre de 2013. Se identificaron factores predisponentes y precipitantes de las caídas, así como los nuevos diagnósticos derivados de la VGE ("detección oportunista del caso"). Se recogieron datos de prevalencia de los mismos.
Resultados: A lo largo de 5 años, 216 pacientes ingresaron en nuestra UO procedentes del S. Traumatología del HUMV con diagnóstico de fractura de cadera. En un 67% había antecedentes de caídas en los últimos 6 meses (38% aisladas y 29% frecuentes). Se objetivó una causa intrínseca de caída en el 75% de los casos, siendo los diagnósticos más frecuentes trastorno de la marcha por psicofármacos (17,5%), apraxia (15,5%), o secundario a problema osteoarticular (13,5%), hipotensión ortostática (12,5%), y parkinsonismo (5,2%). Además, se realizó una media de 5,77 ± 2,68 diagnósticos nuevos, que podrían ser causa de caída (previamente desapercibidos) destacando entre ellos demencia, desnutrición, depresión, e hipotensión ortostática. Respecto a los riesgos ambientales detectados destacamos maniobra inadecuada (15%), tropiezo con objeto (9%), resbalón con agua (4,6%), uso de escaleras (4,6%), o levantarse solo desde la cama (3,7%). La yatrogenia farmacológica se objetivó como causa directa de la fractura en el 22% de los casos y en el 27,7% como condicionante.

Conclusiones: Las caídas no son accidentales, siempre hay que buscar la causa y se debe pensar sistemáticamente en la yatrogenia farmacológica como precipitante fundamental a prevenir.

PC-251. YATROGENIA FARMACOLÓGICA (YF) EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA (UO) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV): UN RETO EN LA PREVENCIÓN DE NUEVAS FRACTURAS DE CADERA (FC)

M.J. Sanz Aranguez Ávila, J. Pérez del Molino Martín,
Z. Yusta Escudero y B. Pérez Pena
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: La prevención y adecuado abordaje de la YF es un gran reto de la Geriatría. Los pacientes con FC con frecuencia reciben tratamientos con fármacos de alto impacto funcional, siendo responsables directos o indirectos de la caída que motiva la fractura. Nos proponemos analizar la prevalencia de YF al ingreso en nuestra UO, así como describir su presentación y fármacos implicados.
Métodos: Recogida prospectiva de datos clínicos, funcionales, mentales y relativos al consumo previo de fármacos de 216 FC ingresadas consecutivamente en nuestro Servicio procedentes de Traumatología. Se definió YF al ingreso como la presencia de un síndrome clínico atribuible a medicación, diferenciándose aquella que a criterio de un médico especialista en Geriatría pudo provocar directamente la caída responsable de la fractura. Se recogieron datos de prevalencia ingreso/alta de fármacos implicados en la YF, realizándose comparaciones mediante test χ^2.
Resultados: Edad media 85,05 ± 6,95 años. Se identificó YF como precipitante de la FC en el 22% de los casos y como condicionante en otro 27,5%. Los grupos de medicamentos más implicados fueron las benzodiacepinas/hipnóticos (29%), antidepresivos (12,5%), neurolépticos (11,5%), diuréticos (11%), los opioides (11%, tramadol 8%) y antiepilépticos (8%). Cabe destacar la posible implicación en al caídas de los beta-bloqueantes. Frente al ingreso, en el momento del alta hubo un descenso significativo de las siguientes familias de fármacos: benzodiacepinas (40% vs 25%), opioides (17% vs 1,8%, 0% de uso de tramadol al alta), neurolépticos (9% vs 3%), betabloqueantes (9,3% vs 0,77%), no así en el empleo de diuréticos (17,05% vs 17,05%) ni antidepresivos (20% vs 27%), esto último en relación con la elevada prevalencia de depresión (cercana al 50%).
Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de YF al ingreso, responsable directamente del 22% de las FC. Los psicofármacos son los más implicados, aunque no es desdeñable el papel de los diuréticos, tramadol y otros fármacos emergentes (p. ej., betabloqueantes). Las UO deben asumir la responsabilidad de prevenir y detectar la YF, responsable de malas evoluciones funcionales y nueva caídas precipitantes de FC.

PC-252. REVISIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA MEDICACIÓN Y *DEPRESCRIBING* CENTRADO EN LA PERSONA EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. DATOS PRELIMINARES

G. Martínez-Gonzalvo[1], M. González Navarro[1],
D. Rodríguez González[2], M. Zelada Rodríguez[2] y C. Roure Nuez[1]
[1]Consorci Sanitari de Terrassa. [2]Hospital Sant Llàtzer. Consorci Sanitari de Terrassa.

Objetivos: Describir los resultados de la aplicación de una metodología sistemática e interdisciplinar de revisión y retirada planificada de la medicación en un grupo de pacientes crónicos complejos (PCC) polimedicados de un Centro Sociosanitario.
Métodos: Pacientes analizados: PCC con ≥ 8 medicamentos. La revisión de los tratamientos se realiza utilizando la metodología propuesta por la "*Guia del Consorci Sanitari de Terrassa (CST) de revisión de la medicación y "deprescribing*" basada en una evaluación multidimensional previa del paciente. Tras la evaluación del geriatra se establecen unos objetivos de atención teniendo en cuenta la evidencia científica disponible, el contexto clínico, social y evolutivo del paciente y sus valores y preferencias y/o los de su cuidador principal. El farmacéutico clínico propone cambios con el objetivo de alinear el tratamiento farmacológico con los objetivos de atención establecidos. La propuesta se consensua y se establece un plan de actuación individualizada para llevar a cabo los cambios propuestos. Variables analizadas: Cambios de tratamiento (inicios/retiradas/modificaciones) propuestos por el farmacéutico y aceptados por el equipo**,** Índice de complejidad del régimen terapéutico (ICRT) (pre/post-revisión).
Resultados: Se analizan los resultados de 15 pacientes, con una media de edad de 84 años y una media de 5,4 comorbilidades. La mayoría (80%) vive con un cuidador/familiar i 9 presentan un trastorno cognitivo (MMSE < 24). La sobrecarga del cuidador (escala de zarit) es de 49,93 de media. La media de medicamentos por paciente es de 13,4 con un ICRT de 31,3 de media. La revisión del farmacéutico da lugar a 201 propuestas de las cuales se aceptan 163 (81,1%). Se consensuan 88 cambios, de los cuales 57 son suspensiones de tratamientos. Esto supone un promedio de 3,8 fármacos retirados por paciente (28,36%). El ICRT post-revisión se reduce en un 25,8%.
Conclusiones: Los cambios propuestos por el farmacéutico clínico han recibido una elevada aceptación del geriatra, generando una reducción de la polifarmacia y una reducción del ICRT en estos pacientes. Los datos preliminares disponibles parecen indicar que el trabajo interdisciplinar del farmacéutico y geriatra clínico genera modificaciones en la prescripción por parte del geriatra que conducirían a una mejor adecuación del tratamiento farmacológico del paciente.

PC-253. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE HERIDAS EN UN GRUPO DE RESIDENCIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

F. García Gollarte[1], C. Manrique[2], P. Menéndez[1], I. Novillos[1],
Y. Simlat[1], I. Esteban[1] y J.E. Torra i Bou[3]
[1]Grupo Ballesol. Valencia. [2]Ballesol Levante. Valencia. [3]Smith&Nephew Iberia. Valencia.

Introducción: La atención a los pacientes con heridas es una actividad que genera una gran carga asistencial en las residencias de personas mayores. No se dispone de estudios epidemiológicos sobre todos los tipos de heridas presentes en las residencias. Estos pueden ser de gran utilidad para diseñar y evaluar estrategias orientadas a la prevención de heridas y a mejorar el tratamiento de las heridas en curso.
Métodos: Para dimensionar el problema de las heridas en un grupo de residencias, determinar la prevalencia y tipificar lesiones, se realizó un estudio de tipo transversal, valorando las características y tipos de heridas, los factores de riesgo: índice de Charlson, Northon, Braden, Barthel, Pfeiffer, GDS, MNA y las medidas preventivas tomadas
Resultados: Se estudiaron 342 pacientes de 4 residencias de la provincia de Valencia, de los que 23 presentaban algún tipo de heridas, lo que representó una prevalencia global de heridas del 6,72%. Por tipos de heridas se encontró una prevalencia del 5,23% de úlceras por presión, un 0,58% de erosiones cutáneas, un 0,58% de úlceras en piernas (de ellas un 50% úlceras venosas y el 50% restante úlceras arteriales) y un 0,29% de heridas agudas cronificadas. La edad media de los pacientes con heridas es de 87,9 años para los que presentan UPP, 78,5 años para los que presentan úlceras de pierna y de 90 años para los que presentan erosiones o desgarros cutáneos. 22 de los 23 pacientes con heridas (un 95,6%) son incontinentes. Un 52,14% de los pacientes con heridas presentan riesgo alto de desarrollo de UPP y un 28,6% riesgo muy alto. En cuanto a las heridas más frecuentes, las UPP, un 11,1% son de categoría I, un 38,9% de categoría II, un 44,4% de categoría III, un 5,6% de categoría IV y en un 18,2% de casos no consta la categoría. Las localizaciones más frecuentes de las UPP son talo-

nes (39,1%), glúteos (17,4%), sacro (13%) y lateral del pie, dedos de los pies (8,7% respectivamente) y trocánteres con un 4,3%. Todos los pacientes con UPP presentaban peores puntuaciones y riesgo alto en las escalas realizadas (Charlson, Braden, Northon, Barthel, Pfeiffer, MNA y GDS). El 100% de las UPP son tratadas con apósitos de cura en ambiente húmedo, con una mediana de 2 productos, con una mediana de 10 minutos por cura y con una mediana de 3,5 curas a la semana para las de categoría I, de 4 curas a la semana para las de categoría 2, de 7 para alas de categoría 3 y de 7 para las de categoría 4. En todos los pacientes con UPP o alto riesgo de padecerlas se tomaban medidas preventivas como cojín, colchón antiescaras, realización de cambios posturales refuerzo nutricional o aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados.
Conclusiones: Las heridas representan una importante carga de trabajo para los centros estudiados. Se han tomado medidas para lograr su prevención o reducción de riesgos. Una buena protocolización de las pautas a seguir puede optimizar los resultados y carga de trabajo.

PC-254. PALIPERIDONA LP EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ESQUIZOFRENIA O ESQUIZOAFECTIVIDAD O TRASTORNO DEL ESPECTRO PSICÓTICO TRATADOS DE FORMA INEFICIENTE CON RISPERIDONA U OTROS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS (APS,s)

J. Vargas Cruz y F. Suárez Martín
Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga.

Objetivos: Estudiar la eficacia, tolerabilidad y seguridad del tratamiento con dosis flexibles de paliperidona LP en pacientes ≥ 65 años con esquizofrenia o esquizoafectividad o trastornos del espectro psicótico previamente tratados con otros APS,s en una población residencial mayoritariamente masculina, ingresada de forma prolongada en una Unidad de psicogeriatría con trastornos mentales crónicos que abarcan desde el retraso mental hasta trastornos de la esfera psicótica y demencias entre otros. Dicha asistencia se prolonga durante años.
Métodos: estudio prospectivo abierto, con dos brazos de tratamiento de tres meses de duración. Un brazo de pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos o con trastornos del espectro psicótico con falta de eficacia en el tratamiento actual; dentro de los cuales se distinguen dos grupos.1) Pacientes que cambian a paliperidona LP por falta de eficacia a risperidona y, 2) por falta de eficacia a otros APS,s. Un segundo brazo con el mismo grupos de síntomas pero que muestran efectos secundarios o poca tolerabilidad en el que se distinguen también dos grupos: 1) con efectos secundarios o poca tolerabilidad a risperidona y, 2) por efectos secundarios o poca tolerabilidad a otros APS,s.
Resultados: Se consideran las siguientes variables. Variables de eficacia: 1) se considerara como mejoría la disminución de la puntuación respecto a la CGI-GI basal y BPRS. 2) en el grupo que cambia a paliperidona por falta de eficacia se exigirá una mejoría de la CGI-Gi de dos o más estadios, 3) Para el resto de pacientes se exigirá cumplir el criterio de no inferioridad con respecto de la medicación anterior, definido según BPRS y 4) otras valoraciones: PSP (8 puntos o más se considera mejoría), escala del sueño de Oviedo, criterios Lokf. Variables de tolerabilidad: 1) signos vitales y efectos adversos derivados del tratamiento, síntomas extrapiramidales (SEP), aumento del peso, medida de prolactina, etc.

PC-255. DILEMA CON LA DOSIS MATUTINA DE INSULINA. ¿ES PREFERIBLE SU EMPLEO EN DESAYUNO O EN COMIDA?

M.J. Carranza Priante[1], R. López Mongil[1], A. Gordaliza Ramos[2], B. Pastor Cuadrado[1], L. Alonso Rodríguez[1] y J.A. López Trigo[3]
[1]Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid. [2]Universidad de Valladolid. [3]Ayuntamiento de Málaga.

Introducción: Las guías IDF 2013 para manejo de la diabetes mellitus en la persona mayor, aconsejan no retrasar el comienzo del tratamiento con Insulina y comenzar con Insulina basal de larga duración una vez al día.
Objetivos: Comparar dos pautas matutinas de administración de Insulina de una dosis al día, en desayuno o en comida pre o posprandial.
Métodos: Se han utilizado los resultados de las determinaciones de HbA1c de analíticas de 2013 y 2014 en 47 ancianos diabéticos, procedentes de dos unidades geriátricas (UG1-UG2) y una psicogeriátrica (UG3). En UG1 se inició en 2013 la administración de Insulina preprandial en horario de comida y en UG2, así como en UG3, se administra antes del desayuno. Se realiza análisis comparativo de valores de HbA1c tanto venoso como capilar de 2014 de las dos UG1y2 y de las dos con administración en desayuno frente a la de comida. También se hace un estudio de muestras pareadas de 2013-2014. Análisis estadístico: StatGraphiics Centurion XVI.I (U. de Valladolid).
Resultados: Prevalencia total: 35,61%. Edad media = 83,08. Comparamos UG1 con UG2, HbA1C venosa 2014. Media UG1: 7,19091; UG2: 6,765; p = 0,398853; HbA1C capilar. Media UG1: 7,0 UG2: 6,79; p = 0,627098. Comparando UG1 con UG2 y UG3: HbA1C venosa 2014: Media UG1: 7,19091; UBis: G2-G3: 6,603; p = 0,203045; HbA1C Capilar: Media UG1: 7,0; UBis: G2-G3: 6,67; p= 0,429779. Para comparar la evolución de 2013-2014 HbA1C venosa en las UG1 y 2: Se hace un estudio de muestras pareadas. n = 26 valores válidos. Media: 0,0, Desv. típica: 0,94, Mínimo = -1,3, Máximo: 2,6; p = 1,0; HbA1C Capilar n = 26. Media:-0,01, Desv. típica: 0,82, Mínimo = -1,5, Máximo: 1,9; p = 0,94. Evolución de 2013-2014 HbA1C venosa en UG1, UG2 y UG3: Se hace un estudio de muestras pareadas. n = 34 valores válidos. Media: 0,03, Desv. típica: 0,86, Mínimo = -1,3, Máximo: 2,6; p = 0,82698. HbA1C Capilar: n = 34; Media: 0,01, Desv. típica: 0,74, Min = -1,5 Max = 1,9; p = 0,94. No hay diferencias estadísticamente significativas en ningún caso.
Conclusiones: Según se ha constatado, puede administrarse la Insulina tanto en desayuno como en comida. Esto tiene clara ventaja para pacientes y personal sanitario y es que se puede elegirse el momento en el estén más disponibles o el momento de preferencia en los capaces de autoadministrarse la insulina.

PC-256. FACILITANDO EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL ANCIANO A TRAVÉS DE LA DETERMINACIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA (Hb A1c) EN SANGRE CAPILAR

R. López Mongil[1], A. Gordaliza Ramos[2], M.J. Carranza Priante[1], B. Pastor Cuadrado[1], L. Alonso Rodríguez[1] y J.A. López Trigo[3]
[1]Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid. [2]Universidad de Valladolid. [3]Ayuntamiento de Málaga.

Introducción: La IDF en la incorporación de nuevos criterios de diagnóstico para diabetes mellitus en población anciana (edición 2013), incluye el uso de Hb A1c, además de recomendar que todas las personas mayores sin diagnóstico de DM deberían ser regularmente valoradas para evitar el infradiagnóstico.
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 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 47 ancianos diabéticos que aceptaron igualmente realizarse una analítica con determinación de Hb A1c en sangre venosa (enero de 2014). Análisis estadístico StatGraphics Centurion XVI.I (U de Valladolid).
Resultados: Prevalencia total: 35,61%. n = 47 diabéticos. 63%: mujeres. Edad media: 83,08 años. Inferiores a 75 años: 16,9%, entre 75-95 años: 77% y superiores a 95 años: 4%. El coeficiente de correlación = 0,971606 R-cuadrada = 94,4018%. En el análisis de la regresión se evidencia que ambas pruebas Hb A1c venosa y capilar, miden lo mismo.

Se ha estudiado la diferencia de medias entre ambas puntuaciones con pruebas para muestras pareadas y no hay diferencias significativas. 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 97,44% son aciertos.
Conclusiones: La determinación de HbA1c capilar puede recomendarse como test de cribado en DM por la buena correlación con laHbA1c venosa, por la mayor comodidad en personas de edad avanzada y la rapidez en la obtención del resultado, además en el control de los síntomas y tras ingresos hospitalarios. Es una determinación sencilla, segura, fiable, precisa, válida, origina escasas molestias y entre sus principales ventajas se encuentra su comodidad en la medición (al no ser necesario estar en ayunas o necesitar previamente una dieta específica). Resaltamos la utilidad en la aproximación al cumplimiento de objetivos terapéuticos en la prevención de complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía).

PC-257. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y POBLACIÓN ESCOLAR: 4ª CAMPAÑA DE CONCIENCIACIÓN SOCIAL

A. Gordaliza Ramos[1], R. López Mongil[2], R. Pidre Niño[3], J.A. López Trigo[4], E. Burgos Villameriel[2] y P. Fernández Flores[5]
[1]Universidad de Valladolid. [2]Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid. [3]Colegio de Lourdes. Valladolid. [4]Ayuntamiento de Málaga. [5]Punto de Atención Continuada (PAC) Urbano. Valladolid Este. Valladolid.

Objetivos: Valorar el impacto de la campaña de concienciación tras sensibilizar a población escolar en el conocimiento de la enfermedad de Alzheimer (EA). Comparar la respuesta en la campaña de dos años: 2011-2014.
Métodos: Desde el año 2000 en 4 cursos de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), se realiza una encuesta con 6 preguntas relacionadas con Demencias. Posteriormente se interviene con una sesión de formación a cargo de una geriatra y días después se vuelve a aplicar la misma encuesta. Las preguntas que contiene son: 1. ¿Conoce qué es la demencia? 2. ¿Conoce los síntomas de la (EA) y de otras demencias? 3. ¿Conoce cómo evoluciona la EA? 4. ¿Ha conocido o conoce a alguna persona en su entorno con demencia, o con sospecha de padecerla? 5. ¿Le gustaría conocer cómo ayudar a cuidar y mejorar a estos enfermos? 6. ¿Cree que puede controlarse con tratamiento adecuado? Diseño del estudio experimental, con los mismos individuos y se les evalúa antes y después de la concienciación. Técnica estadística: test de McNemar para comparación de proporciones con muestras apareadas. Los datos han sido procesados con el paquete estadístico StatGraphics Centurion XVI.I, (U. de Valladolid).
Resultados: 2011: 111 escolares (56,76% varones), 2014: 115 (44,35%). Antes de la docencia: %negativos 2011/2014: 1: 20,54%/30,09% 2: 83,04%/94,69%, 3: 39,29%/44,64% 4: 45,54%/55,10%, 5: 8,93%/11,50%, 6: 32,43%/15,93%. Después de la docencia: %negativos 2011/2014: 1. 2,68%/2,68%, 2: 23,21%/80,80%, 3: 7,14%/3,57%, 4: 47,23%/55,36%, 5: 3,57%/4,46%, 6: 11,71/3,60%. En 5 de las preguntas la reducción de la tasa de respuestas negativas tras la formación es muy significativa, con p-valor < 0,01. No varía la respuesta en la 4ª pregunta de si conocen a personas en su entorno con demencia. No existen diferencias estadísticamente significativas por sexo en ninguna de las preguntas. En el estudio inferencial de comparación 2011-2014 la valoración general es que la evolución es neutra.
Conclusiones: Nuestra campaña de concienciación contribuye, de un modo efectivo, a aumentar el conocimiento y la sensibilización respecto a la demencia, como viene demostrado por la disminución de la tasa de respuestas negativas. Actividades de este tipo son una buena propuesta para introducir a los más jóvenes en los problemas que pueden afectar a sus mayores, permitiéndoles conocer y poder iniciar actividades preventivas relacionadas con la Geriatría desde el colegio.

PC-277. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ICTUS EN LOS AÑOS 2003 Y 2013. ¿EXISTEN CAMBIOS?

J.M. Arche Coto, A. González Sanz, E. San Cristóbal Velasco, G. Guzmán Gutiérrez, B. García García y J.J. Solano Jaurrieta.
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Comparar las características clínicas de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Ictus dependiente de un Servicio de Geriatría en los años 2003 y 2013.
Métodos: Se analizan los pacientes ingresados, durante el año 2003 y durante el año 2013, realizando un análisis comparativo en lo que se refiere a factores sociodemográficos, clínicos (diagnóstico previo de enfermedades potencialmente incapacitantes como ictus, demencia o fractura de cadera, servicio de referencia, tipo, etiología cardioembolica, localización del ictus, déficit neurológico, severidad medida con la escala de Orpington [EPO] y complicaciones, incluyendo la mortalidad).
Resultados: Durante el año 2003 ingresaron 357 pacientes, procedentes del Sº de Neurología en el 95,2% de los casos al de 7 ± 3 días del ictus y 316 en el año 2013 procedentes en el 60,8% del Sº de Urgencias. Los pacientes ingresados en 2013 son más mayores (81,7 ± 6,7 vs 85,4 ± 6,8), viven solos en mayor proporción (16,2 vs 21,8%), tienen más ayuda domiciliaria (12,6 vs 20,6%) y están institucionalizados (10,1 vs 16,5%) con mayor frecuencia. Hubo diferencias significativas en el antecedente de ictus (35 vs 50,9%) y de demencia (24,4 vs 37%). Con respecto al tipo, localización y severidad del ictus, no hubo diferencias. Los casos de 2013 tuvieron mayor proporción de origen cardiembolico (30,8 vs 41,5%), presencia de disfagia (39,5 vs 68,4%) e incontinencia urinaria (63,9 vs 71,5%). La hemianopsia fue más prevalente (48,7 vs 33,5%) en el año 2003. Dentro de las complicaciones la infección respiratoria (9,2 vs 17%), la depresión (13 vs 24%) y el delirium (12,9 vs 20,6%) fueron más frecuentes en el año 2013, siendo también mayor la mortalidad (13,7 vs 19,6%).
Conclusiones: Ha habido importantes diferencias en esta década, tanto en la tipología de los pacientes (edad, comorbilidad y complicaciones) como en la organización de la Unidad de Ictus, con un aumento significativo de los paciente que ingresan en periodo agudo, procedentes del Sº de Urgencias.

PC-258. TRATAMIENTO DEL DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES RENALES EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

M. Macías Montero, L. Húnicken, L. Miguel Alhambra, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, A. Muñoz Pascual, M.T. Guerrero Díaz y F. Prado Esteban
Hospital General de Segovia.

Introducción: 30% de los ancianos en hemodiálisis presentan deterioro funcional a los 6m que obliga al ingreso en residencia. Muchas veces el deterioro funcional se debe a causas tratables como comorbilidad vascular, inmovilismo tras hospitalización, complicaciones de la uremia, depresión y sarcopenia. La sarcopenia es frecuente en pacientes ancianos con insuficiencia renal y se asocia tanto a menor ingesta proteica como a aumento de catabolismo mediado por mecanismos inflamatorios. El ejercicio de resistencia y aeróbico, junto con la intervención nutricional adecuada, ha demostrado no sólo mejorar la funcionalidad sino también reducir tensión arterial, perfil lipídico, depresión y resistencia insulínica, además de mejorar los resultados de la diálisis. Hospital de Día Geriátrico es un nivel asistencial dependiente de la Sección de Geriatría para el tratamiento ambulatorio de pacientes con necesidades combinadas de fisioterapia, terapia ocupacional, control clínico y cuidados enfermeros.
Objetivos: Presentamos la experiencia de tratamiento combinado en Hospital de Día Geriátrico y diálisis de pacientes con deterioro funcional agudo reversible.

Métodos: Descripción de las características demográficas y clínicas de los pacientes nefrológicos tratados en Hospital de Día Geriátrico. Se recogen resultados en hoja de Excel y se realiza el tratamiento estadístico mediante SPSS.11.
Conclusiones: De los pacientes en programa de Hospital de Día Geriátrico 6% proceden de nefrología por deterioro funcional, 75% tras ingreso hospitalario. Son varones 61% con edad media 72, 75% en diálisis y 25% trasplantados. Presentan alta comorbilidad relacionada con la enfermedad renal (diabetes50%, cardiopatía 83%, arteriopatía 58%, fracturas 16%, malnutrición 50%) o por enfermedades incapacitantes (neumopatía 75%, enf. neurológica 58%: polineuropatía, Parkinson, ACVA; enf. mental 58%: demencia, depresión). Todos consiguen mejoría funcional combinando en el mismo día diálisis por la tarde, y tratamiento y comida en hospital de Día por la mañana 90% viven en domicilio y consiguen 100% no cambiar situación social al alta Los pacientes en diálisis que sufren deterioro funcional tras el ingreso se benefician de un tratamiento combinado y coordinado en Hospital de Día Geriátrico y diálisis, reduciendo discapacidad e institucionalización, mejorando coordinación de cuidados y compartiendo costes.

PC-259. ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI (EMB) EN PACIENTE ANCIANO NO ALCOHÓLICO

D.Z. Díaz Cuetochambo[1], F.J. Afonso Argilés[2], M.A. Escuer Serra[2] y L. Ispierto González[1]
[1]Hospital Municipal de Badalona. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. [2]Centro Sociosanitario El Carme. Badalona Serveis Assistencials. Badalona.

Introducción: La enfermedad de Marchiafava–Bignami fue descrita en 1903 en tres pacientes alcohólicos que presentaron síntomas de agitación psicomotriz, crisis convulsivas, disminución de conciencia y muerte. Describimos un caso de presentación inusual de un paciente no alcohólico con deterioro cognitivo rápidamente progresivo.
Métodos: Varón de 86 años afecto de HTA, infartos en ganglios basales. Independiente para todas las AVD y sin deterioro cognitivo. Inicia un deterioro global progresivo (6 meses de evolución) consistente en síntomas de pérdida de sensibilidad en los dedos de la mano izquierda, posteriormente pérdida de fuerza en MMII simétrica y del ángulo de sustentación, clonias periorbiculares ocasionales, hipofonía. MOE (incluida verticalidad) y pares craneales normales. No nistagmus. No temblor de reposo. Temblor postural bilateral simétrico. Rigidez en extremidades izquierdas sin rueda dentada y rigidez axial. Bradicinesia izquierda. No dismetría. No extinción sensitiva o visual al doble estímulo. No fenómenos de mano alien. Imposibilidad para mantener la bipedestación. Hiperreflexia generalizada, con RCP flexor bilateral. Síntomas confusionales: inatención, bradipsiquia, pérdida de memoria, inquietud, sin alucinaciones visuales, ideación delirante, somniloquia o trastorno de conducta durante el sueño REM. No síntomas disautonómicos.
Resultados: Analítica: destaca sodio: 122 mmol/l, VitB1: 1,10 µg/dl. P. Lumbar: bioquímica normal y LCR acelular, Pr 14.3.3 normal. EMG, estudio inmunológico, anticuerpos antineuronales, antitiroidales normales. EEG compatible con encefalopatía. RMN craneal: destaca infarto crónico en cuerpo calloso y en hemisferio cerebeloso derecho. Tras corrección de hiponatremia, niveles vitamínicos y anticomiciales la evolución clínica fue de una parcial mejora inicial aunque con posterior empeoramiento funcional-cognitivo-conductual y desarrollo de status epiléptico no convulsivo (probable origen frontal), episodios de broncoaspiración y exitus.
Conclusiones: La lesiones del cuerpo calloso y las corticales eran del tipo de la necrosis laminar, hallazgos descritos en la EMB. Los hallazgos radiológicos, el cuadro clínico en forma de encefalopatía, crisis comiciales y demencia rápidamente progresiva con estudio inmunológico y LCR normales resultan sugestivos de EMB. Existen algunos casos descritos en la bibliografía de pacientes no alcohólicos que desarrollaron la enfermedad, lo cual va a favor de la hipótesis de que la causa se encuentre en un desequilibrio osmótico/vitamínico y no directamente por la ingesta de alcohol.

PC-260. CASO CLÍNICO: INCREMENTAR LA FUNCIÓN EN PACIENTE MAYOR CON TRASTORNO NEUROLÓGICO APLICANDO PRINCIPIOS DEL CONCEPTO BOBATH

A. Caba Rubio y M. Cabello Herranz
ASISPA. Madrid.

Objetivos: Probar la aplicabilidad del concepto Bobath en el abordaje terapéutico de un paciente mayor, con una larga evolución de la enfermedad.
Métodos: Tratamiento de un paciente hemipléjico de ámbito geriátrico con 83 años de edad y diecisiete años transcurridos desde el accidente cerebro vascular. El tratamiento se basa en el marco teórico del Concepto Bobath. Se incidió principalmente en los siguientes principios: Imputs sensoriomotores; Control postural, y Plasticidad cerebral. Se aplican tres escalas: Trunk Impairment Scale (TIS); Wisconsin Gait Scale (WGS); y la subescala de equilibrio de la escala Tinetti, al inicio y al final del tratamiento.
Resultados: El tratamiento ha influido en parámetros del control de tronco, la marcha y el equilibrio, consiguiendo una mejora en el desempeño funcional del paciente. Los resultados obtenidos muestran un aumento en la puntuación relativa al control de tronco estático. Valoración inicial TIS: 5/23; post: 8/23. Se logran mejoras en parámetros de la marcha según la escala WGS, pre: 30,5, post 23,9; objetivándose una reducción de la base de apoyo y mayor transferencia de pesos hacia el lado afecto. Por último se aprecia mejora en las estrategias de equilibrio. Tinetti, pre: 4/16; post: 7/16.
Conclusiones: La aplicación del concepto Bobath para el tratamiento de este tipo de paciente puede ser beneficioso para mejorar su desempeño funcional, su participación, y por tanto su calidad de vida y la de sus familiares.

PC-261. SEROSITIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ARTRITIS REUMATOIDE EN MUJER ANCIANA

M.Y. Saldarriaga Infante, J. Barbe, C. Arnal Carda, M. Alvarado, C. Pérez, A. Sellas y A. San José
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica de causa desconocida que incrementa su incidencia con la edad. La presentación en paciente anciano, "elderly onset rheumatoid arthritis" (EORA) difiere de la población más joven probablemente en relación a la inmunosenescencia. Las manifestaciones extrarticulares pueden estar presentes en el momento del diagnóstico. La frecuencia de derrame pleural (DP) es inferior al 4%, siendo más frecuente en varones y habitualmente asintomático. El DP como primera manifestación en adultos es excepcional y no hay datos en población anciana.
Caso clínico: Mujer de 80 años, hipertensa, ICC, VHC positivo. Consulta por hiporexia, astenia, fiebre y dolor costal derecho de una semana de evolución. Presentaba 7.420 leucocitos, VSG 120 mm/h, PCR 1,51 mg/dl. Se detecta DP con 11.700 células (PMN 56%), LDH 1061UI/L, ADA 54UI/L y pH 7,20; citologías, cultivo aerobio y tinción BAAR negativos. Un angioTAC torácico descartó TEP y masas pleuropulmonares. Durante el ingreso presentó artritis bilateral de metacarpofalángicas y carpo, y hombro izquierdo. El estudio inmunológico mostró factor reumatoide (FR) elevado con ANAs, anti-DNA y Acs anti-péptido citrulinado negativos. Se orientó clínicamente de EORA con DP. Se inició corticoterapia con evolución clínica y de laboratorio favorable.
Discusión: En este caso clínico la aparición de artritis apoyó, dentro del algoritmo diagnóstico, la sospecha de AR (ADA > 45 UI/L en LP),

reforzada con la presencia de FR elevado. Los parámetros de actividad eran DAS28: 7,33, SDAI: 39,40, CDAI: 36 y cumplía criterios de AR en 8 puntos (ACR/EULAR 2010). La EORA tiene similar o peor pronóstico que en adultos. Su inicio es más agudo, con mayor localización en hombros y afección sistémica más frecuente. El DP como manifestación inicial de EORA es excepcional lo que incrementó el retraso diagnóstico. La persistencia de síntomas sistémicos y ADA alto, junto a la posterior aparición de artritis seropositiva condujeron al diagnóstico. Los pacientes ancianos con AR presentan clínica y evolución diferentes a la población adulta, lo que se ha de considerar relevante para el abordaje diagnóstico y terapéutico.

PC-262. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN ANCIANOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

L.A. Bárcena Goitiandia[1], I. Bartolomé Martín[1], E. Orts[1], C. Oñoro Algar[1], M. Manso Álvarez[2] y F. Cordido Henríquez[3]
[1]Hospital Universitario. Guadalajara. [2]Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. [3]Fundación Hospital Alcorcón.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión y espondilitis anquilosante que acude a urgencias por pérdida de conocimiento con recuperación espontánea y hemiparesia izquierda. Se realiza TC craneal donde se ve trombosis de seno longitudinal superior y lateral izquierdo, infartos venosos en zona parietal derecha y occipital y trombosis de vena yugular derecha. La paciente ha de ser ingresada en la UCI por bajo nivel de consciencia. Con el diagnóstico de trombosis venosa cerebral se inicia anticoagulación. Evoluciona favorablemente y se traslada a planta donde se descartan neoplasias y procesos infecciosos activos. En el estudio autoinmune y de hipercoagulabilidad aparecen ANAs + y anticuerpos antifosfolípido +. En el ecocardio se visualiza trombo no pediculado en ápex. En TC torácico se halla infarto pulmonar. Ante estos hallazgos se diagnostica a la paciente de trombosis venosa cerebral por síndrome antifosfolípido no conocido previamente. Al insistir en la anamnesis en la búsqueda de eventos trombóticos previos, la paciente recuerda haber tenido una trombosis venosa profunda hace más de 15 años. También refiere dos abortos espontáneos en su juventud. Un mes después es dada de alta sin secuelas. El síndrome antifosfolípido (SAF) es un estado de hipercoagulabilidad mediado por anticuerpos caracterizado por episodios de tromboembolismos arteriales y venosos. Los criterios clásicos incluyen la presencia de anticuerpos anticardiolipina o anticoagulante lúpico, las complicaciones trombóticas y los abortos espontáneos. Otras manifestaciones frecuentes incluyen livedo reticularis, trombocitopenia, enfermedad valvular cardiaca, nefropatía, hipertensión y proteinuria. Se aconseja tratamiento anticoagulante prolongado después del primer episodio trombótico. En episodios tromboembólicos recurrentes algunos pacientes pueden beneficiarse del tratamiento con inmunosupresores. Si bien la prevalencia de los anticuerpos antifosfolípido se incrementa con la edad, probablemente por condiciones asociadas como neoplasias o fármacos, el SAF es más prevalente en menores de 60 años. Aun así quizá sea necesario, por las implicaciones clínicas y de tratamiento que ello supone, descartar este síndrome en ancianos con fenómenos trombóticos. Por otra parte, los eventos trombóticos asociados a SAF pueden ser la primera manifestación de malignidad en ancianos. Ante el diagnóstico de SAF es obligado descartar procesos neoplásicos subyacentes.

PC-263. CISTITIS INCRUSTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Mohedano Molano, J.L. González Guerrero, L. García Martín, M.A. Fernández Martín, A. Herasme Grullón y T. Alonso Fernández
Hospital Ntra. Sra. de la Montaña. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Objetivos: Exponer el caso clínico de un paciente que desarrolló una cistitis incrustante. Este raro proceso urológico se caracteriza por una inflamación crónica de la vejiga en pacientes con factores predisponentes, y está causado por microorganismos desdobladores de urea.
Caso clínico: Varón de 88 años con antecedentes personales de HTA, FA antiagregada, EPOC, hiperplasia benigna de próstata y TCE con fractura de órbita 2 meses antes, con desarrollo posterior de síndrome de inmovilismo complicado con cuadro confusional, infección urinaria y retención aguda de orina que requiere sondaje vesical. Valoración geriátrica: Funcional: Barthel 55. Mental: deterioro cognitivo leve. Social: sin problemas. Ingresa en UGA con un cuadro de febrícula, dolor abdominal hipogástrico, hematuria franca y orina maloliente, con abundante sedimento, que obstruye la sonda. En días previos había sido diagnosticado de infección urinaria por cuadro similar, pautándose antibioterapia empírica (quinolonas) y realizándose lavados por obstrucción de la sonda. Analítica de orina: pH 9, hematuria, leucocituria y cristales de fosfato amónico magnésico. Urocultivo: *Corynebacterium urealyticum* sensible a glicopéptidos. Ecografía abdominal: vejiga con paredes engrosadas y calcificaciones parietales. Con el diagnóstico de cistitis incrustante se pauta teicoplanina, durante 14 días, y vitamina C; además se plantea al servicio de Urología resección de las calcificaciones que, ante la situación clínica del paciente, descartan. El paciente presenta buena evolución con resolución del cuadro clínico.
Discusión: La cistitis incrustante es un raro proceso urológico caracterizado por calcificaciones en forma de placas en el intersticio de la mucosa de la vejiga y que, generalmente, viene precedida de manipulación urológica. Se ha asociado con el *Corynebacterium urealyticum,* bacteria que forma parte de la flora de la piel en el 12% de la población. El diagnóstico viene orientado por la presencia de un pH alcalino en la orina, cristales de fosfato amónico magnésico en el sedimento y cultivo positivo para gérmenes desdobladores de urea. El tratamiento incluye antibioterapia con glicopéptidos, acidificación de la orina y resección de la placa cálcica vía endoscópica. La cistitis incrustante es una enfermedad infrecuente, que debe sospecharse ante determinadas alteraciones de la analítica urinaria, y que con un tratamiento multifocal es curable.

PC-264. SÍNDROME DE PISA ASOCIADO A QUETIAPINA

A. Mera Fidalgo, D. Cruz Guerrero, J. Viladoms Roselló, L. Casanova Bustamante, S. Gil Vílchez y E. Martínez Gutiérrez
Centro Sociosanitario L'Ametlla del Vallès.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 72 años que padece un trastorno bipolar de 20 años de evolución. En el pasado tuvo descompensaciones graves que precisaron ingreso hospitalario, por lo que realiza seguimiento en su centro de Salud Mental de referencia. Recibe tratamiento crónico con litio 200 g cada 8 horas, quetiapina 200 mg cada 12 horas y oxcarbazepina 300 mg cada 12 horas. Está institucionalizada desde el año 2004, trasladándose a nuestro centro en mayo de 2012. Presenta un deterioro cognitivo leve de predominio fronto-temporo-subcortical, así como una dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel: 70). No tiene otros antecedentes médico- quirúrgicos de interés. A mediados del mes de octubre presentó una descompensación con síntomas depresivos leves, por lo que se aumentó 200 mg la dosis diaria de litio, con mejoría parcial. Sin embargo, varias semanas después presentó una recaída, indicándose un aumento progresivo de la pauta de quetiapina hasta 450 mg al día. Una semana después comienza con lateralización del tronco a la izquierda que le condicionaba una importante inestabilidad a la marcha hasta el punto de precisar silla de ruedas (puntuación 16 en la escala de Simpson-Agnus, para valorar efectos extrapiramidales). Ante la sospecha de una distonía tardía secundaria al tratamiento neuroléptico, se inició tratamiento con biperideno 6 mg al día sin evidencia de respuesta, por lo que se disminuyó de forma paulatina la dosis de quetiapina observándose una mejoría franca. En el momento actual recibe 100 mg de quetiapina, persis-

tiendo una mínima lateralización de tronco (puntuación 8 en la escala de Simpson-Agnus), sin presentar repercusión funcional y manteniéndose eutímica. Las distonías tardías inducidas por neurolépticos son hasta 6 veces más frecuentes en pacientes geriátricos que en la población general, estando más comúnmente asociadas a tratamientos con neurolépticos típicos y risperidona. El cuadro clínico que presenta nuestra paciente es un tipo de distonía tardía conocido como síndrome de Pisa que consiste en una flexión lateral con contracción tónica del tronco y rotación axial de la columna. En este caso, no respondió al biperideno pero sí a la disminución de la quetiapina.

PC-265. CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Hernández Jiménez, V. Mazoteras Muñoz, F. Paulino Ortiz, J.J. Muñoz Torrero, G. Martinón Torres, N. Parras García de León y N. Fernández Martínez
Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: Se trata de un varón de 86 años que presenta diplopía binocular de una hora de evolución junto con somnolencia.
Caso clínico: No RAMC. HTA y dislipemia. ACVA hace 20 años sin secuelas posteriores. S. basal: vida activa deambulación con bastón inglés, Barthel 95. No deterioro cognitivo. Vive con su esposa. Tratamiento actual: disgren 300 mg, ranitidina 150 mg. Exploración física: TA190/80, FC 95 lpm, BMT 106 mg/dl. Destaca en la exploración neurológica: lenguaje normal en estructura, levemente bradipsíquico, fluidez verbal. Fuerza y sensibilidad conservada, no dismetrías ni diadococinesias. ROT normales, RCP flexor bilateral. Limitación de mirada conjugada con abducción de OD, paresia del III PC ipsilateral con nistagmus en posición extrema. P. Complementarias: Analítica: colesterol 163, TG 91, HDL 46, LDL 99. Resto normal. ECG: RS a 70 lpm, eje normal, datos de BIRDHH y HASRI. TAC de cráneo: Enfermedad de pequeño vaso. Infarto lacunar en tálamo izquierdo. RMN craneal: envejecimiento cerebral, infartos lacunares múltiples bi-talámicos con lesión en sustancia blanca periatrial izquierda. Eco-doppler de TSA: sin lesiones significativas. Eco- doppler transcraneal: compatible con foramen oval permeable. Ecocardiograma transtorácico: Hipertrofia de Vi con FEVI conservada. Aneurisma del septo interauricular sin observarse trombos ni SHUNT. No claro foramen oval. Ecocardiograma transesofágico: Aneurisma del tabique interauricular con comunicación interauricular y foramen oval permeable sin trombos en aurícula izquierda. AngioTAC craneal: dolicoectasias vertebral bilateral. Evolución: se decide la anticoagulación oral con estricto control de FRCV sin presentar más focalidad neurológica y con recuperación de la agudeza visual sin diplopía.
Discusión: La comunicación interauricular (CIA) representa el 6-10% de las cardiopatías congénitas en el adulto y el foramen oval permeable (FOP) el 25%. Esta prevalencia disminuye al 20% en población > 80 años. Los aneurismas del septo interauricular están asociados a FOP (33%). Está en relación con infartos cerebrales isquémicos como en el caso de nuestro paciente. Se ha visto que la relación puede ser por embolias paradójicas, émbolos en aurícula o estados de hipercoagulabilidad. El tratamiento puede ser controvertido pero parece que aparte del control de FRCV hay que individualizar el uso de anticoagulantes y antiagregantes además de cierre percutáneo o quirúrgico del mismo.

PC-266. ISQUEMIA INTESTINAL CRÓNICA EN EL ANCIANO: UNA CAUSA REVERSIBLE DE PÉRDIDA DE PESO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

A. García Sarasola, E. Francia Santamaría, M. Castellà Rovira, D. Ruiz Hidalgo y J. Casademont i Pou
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Presentación de tres pacientes ancianos diagnosticados de isquemia intestinal crónica con sintomatología poco específica.
Métodos: Presentación de tres pacientes valorados en el Hospital de Día de Geriatría en el año 2013, afectos de isquemia intestinal crónica. Las tres eran mujeres, de 73, 80 y 86 años, presentaban síndrome tóxico y dolor abdominal postprandial, con pérdida de peso de 20 kg en dos años, 5 kg en siete meses y 3 kg en dos meses. Los factores de riesgo cardiovasculares eran hipertensión arterial y dislipemia en las tres pacientes, diabetes tipo 2 en dos de ellas con complicaciones microangiopáticas (retinopatía y nefropatía) y arteriopatía obliterante en la tercera.
Resultados: La exploración física no detectó hallazgos relevantes, destacando en la analítica estándar tan solo anemia ferropénica. El estudio endoscópico fue normal, la TC abdominal reveló como único hallazgo ateromatosis aórtica importante, siendo severa en aorta ilíaca femoral y de ramas intraabdominales (tronco celiaco, arteria esplénica, hepáticas, mesentérica superior y mesentérica inferior) en el primer caso, aorto-ilíaca en el segundo caso y de la salida del tronco celíaco y arteria mesentérica superior (AMS) en el tercer caso. La angioTC confirmó en los tres casos estenosis crítica en AMS, además de estenosis de tronco celíaco en los casos primero y tercero. Se colocó stent en AMS en los tres casos, sin complicaciones, con resolución del cuadro clínico que había motivado la consulta.
Conclusiones: Aunque la isquemia intestinal crónica representa menos del 5% de los casos de isquemia intestinal, es una de las causas de dolor abdominal y síndrome tóxico en la población anciana, con progresivo aumento en su prevalencia. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial, tras haber excluido otras causas, ya que el tratamiento intervencionista puede resolver la sintomatología.

PC-267. A PROPÓSITO DE UNA INFECCIÓN POR *GEMELLA MORBILLORUM*

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

Caso clínico: Varón de 84 años sin alergias medicamentosas conocidas, HTA, DM tipo 2. Dislipemia, síndrome depresivo y carcinoma de próstata. Tratamiento habitual: Tamsulosina. Duloxetina. Furosemida. Hierro. Prednisona 5. Omeprazol 20. Ibuprofeno 600. Repaglinida. Insulina glargina. Bicalutamida. Leuprorelina semestral. AAS. Lactulosa. Situación basal: Barthel 15. Deterioro cognitivo moderado GDS 5. Institucionalizado. Enfermedad actual: Acude al Sº de Urgencias por cuadro catarral y deterioro del estado general de 4 días de evolución. Exploración física: mal estado general con disminución del nivel de conciencia. Taquipnea. Oligoanuria. Boca séptica. Auscultación cardiopulmonar con hipoventilación en base derecha con roncus dispersos. Escaras necróticas en ambos talones. Pruebas complementarias: Analítica: 21.700 leucos (82,9% PMN), Fib 863, Act PT 73%, aTTP 31,3. Glu 228, urea 281, Creat 4,05, LDH 356, CPK 1155, CPK mb 5,2, Na 162, K 5,5, Cl 120, Troponina 0,417. Gasometría: pH 7,31, pO_2 45, pCO_2 54, HCO_3 27,2, ac. láctico 21, Sat O_2 76%. Rx de tórax: cardiomegalia. Aumento de densidad subpleural derecha. Líquido pleural: 11.200 hematíes/c. 48.000 leucos (85% PMN, 15% L). Gram líquido pleural: abundantes cocos gram + en cadenas. Cultivo: aislamiento de *Gemella* (S.) morbillorum. Evolución: Ingresa por cuadro compatible con sepsis de origen respiratorio por infección de vías respiratorias bajas con derrame pleural encapsulado, habiéndose realizado en el Sº de Urgencias toracocentesis diagnóstica con crecimiento en el líquido pleural de cocos Gram positivos en cadena. Se inicia tratamiento con sueroterapia, antibioterapia de amplio espectro con imipenem hasta obtener el resultado del cultivo del líquido pleural. A pesar del tratamiento activo el paciente presenta mala evolución clínica, falleciendo por fracaso multiorgánico.
Discusión: Los microorganismos del género *Gemella*, cocos grampositivos anaerobios, son patógenos oportunistas y pueden causar una

grave infección localizada y generalizada, principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Las infecciones del aparato respiratorio por el género *Gemella* son raras pero son capaces de producir abscesos pulmonares, neumonías necrotizantes y empiemas pleurales. Entre los factores predisponentes están la deficiente higiene bucal, la manipulación dental previa, así como microaspiraciones de secreciones orfaríngeas, que facilitarían su diseminación broncógena, factores que existían en el caso.

PC-268. ENDOCARDITIS FÚNGICA Y ESTENOSIS AÓRTICA EN OCTOGENARIA

G.A. Gambini Muro y F.J. Gómez Pavón
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid.

Introducción: Las infecciones cardiacas fúngicas se encuentran en aumento en relación al número de pacientes inmunocomprometidos o postoperados de cirugías cardiacas, pero no deja de ser un diagnóstico muy poco frecuente, más cuando el paciente no muestra factores de riesgo. Se puede manifestar como fiebre de origen desconocido que ayudados por pruebas complementarias y la sospecha clínica razonable se orienta hacia la búsqueda de esta patología.
Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 81 años con antecedentes de HTA, Insuficiencia venosa crónica y Depresión, con CRF: 1/5, CRM:0/5, IABVD e IAIBV, que ingresa a nuestra UGA por cuadro febril no filiado. En la exploración destaca Tª 37,7 ºC, soplo sistólico multifocal III-IV/VI y signos de IVC. Se realiza analítica completa con marcadores tumorales y reumatológicos, y radiologías simples sin hallazgos reseñables. Obtenemos urocultivo con 50.000 UFC para *Enterococcun gallinarum* por lo que se inicia teicoplanina, permaneciendo afebril 48 horas. En TAC abdominal se encuentran pequeños infartos esplénicos múltiples, sugiriendo posibilidad de endocarditis infecciosa por lo que se solicita ecocardiograma trastorácico observando hipertrófica concéntrica VI con función conservada y estenosis aortica severa calcificada. Se realizan serologías *para salmonella, legionella, brucella, mycoplasma, chlamydia*, fiebre Q, hepatitis B y VIH, y hemocultivos seriados todos negativos. Se realiza punción lumbar con LCR sin alteraciones significativas, y TAC cerebral con leucoencefalopatía de pequeño vaso y dilataciones micóticas. Ante la sospecha clínica repetimos ecocardiograma, esta vez transesofágico, evidenciándose válvula aortica degenerativa con masa de 2 cm^2 que prolapsa en sístole con dos masas móviles más de 1 cm, concluyente de endocarditis infecciosa que empeora la estenosis aortica con respecto a la previa. Se traslada a Cardiología de su hospital de referencia, continuando con teicoplanina, pero al no mostrar mejoría clínica se decide sustitución valvular aortica por prótesis biológica. La anatomía patológica muestra estructuras fúngicas, por lo que se inicia caspofungina y amfotericina B. Dado que no se logró identificar el germen y al tener Ag Aspergillus+ se mantuvo el tratamiento durante 6 semanas, con evolución favorable desde el punto de vista clínico, ecocardiográfico y funcional. La paciente es dada de alta a domicilio tras 56 días, con autonomía para ABVD e AIVD.

PC-269. CAUSA POCO FRECUENTE DE ANEMIA TRAS FRACTURA DE CADERA

N. Fernández Martínez[1], F.M. García Navas García[1],
V. Mazoteras Muñoz[1], J.L. Esquinas Requena[1], A. González Ramírez[2] y M.A. Zarca[1]
[1]Hospital General Universitario de Ciudad Real. [2]Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Exponemos un caso de un paciente con fractura de cadera que no mejora la anemia por la existencia de otra patología.
Caso clínico: Se recogen datos de la historia clínica del paciente: Varón de 86 años con antecedentes de HTA. SCASEST dos meses previos a la fx de cadera, monorreno funcional por TBC extrapulmonar. Colecistitis aguda un mes antes, arteriopatía generalizada. Tratamiento: doble antiagregación, betabloqueante, diurético, hipolipemiante, protector gástrico y fentanilo en parches. Situación funcional: Barthel de 75, Katz C y FAC 2-3, sin deterioro cognitivo, buen apoyo familiar. Tras caída, presenta dolor e impotencia funcional en MID, en urgencias se aprecia fractura de fémur derecho. Se suspende clopidogrel durante 5 días y se realiza intervención quirúrgica con colocación de clavo gamma. Resultados: hemograma: Hb 8,1, Hcto 23,2%, VCM 107,1. Coagulación: Act TP 91,8%. Bioquímica: glu 125, urea 53, cr 1,4, prot totales 5,3. Antes de la intervención necesita un total de 6 concentrados de hematíes, llegando a quirófano con cifras de Hb de 10,2 g/dl. Tras la intervención continúa anemizándose, precisando nuevas transfusiones sanguíneas, eritropoyetina e hierro intravenoso. Con edematización y aumento de tamaño de la extremidad intervenida, y se solicita: TAC, angio-TC miembros inferiores, Eco doppler MID, arteriografía de MID, que muestran en el espesor del muslo derecho, un foco de sangrado activo intraarterial o un seudoaneurisma, procediendo a realizar la arteriografía con cateterización de la arteria femoral profunda dcha, y embolización con oclusión completa de la rama arterial. Tras embolización el paciente mejora de la anemia.
Discusión: 1. La anemia es una de las principales complicaciones de la fractura de cadera pero no es frecuente que sea debida a la rotura arterial por los fragmentos de la fractura ni a la formación de seudoaneurismas. 2. Cada vez hay mayor experiencia y manejo de la utilización del hierro intravenoso en los pacientes con fractura de cadera. 3. El seguimiento de pacientes con fractura de cadera durante el perioperatorio por parte de un médico geriatra, mejora los resultados y permite detectar antes posibles complicaciones médicas.

PC-270. HEMOTÓRAX: A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Fernández Martínez[1], J.L. Esquinas Requena[1],
V. Mazoteras Muñoz[1], J. Martín Márquez[1], M. Checa López[2],
J. Gil Moreno[1] y N. Parras García de León[2]
[1]Hospital General Universitario de Ciudad Real. [2]Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Exponemos un caso de un paciente con hemotórax de causa poco frecuente no traumática.
Caso clínico: Se recogen datos de la historia clínica del enfermo: Varón de 85 años con antecedentes de Ictus isquémico un mes antes, FA paroxística, ateromatosis carotídea, bocio multinodular eutiroideo, probable TBC pulmonar en su juventud. Tratamiento: AAS, betabloqueante, Sintrom, hipolipemiante, hierro, lorazepam, domperidona. Situación funcional: Barthel de 20, sin deterioro cognitivo, e institucionalizado. Presenta hematuria por sobredosificación dicumarínica junto con imagen de derrame pleural izquierdo encapsulado en Rx de tórax de urgencias. En la exploración destaca semiología de derrame pleural izquierdo, y hemiparesia izquierda residual. Resultados: hemograma: Hb 7,5, Hcto 21%, VCM 68. Coagulación: INR indetectable. Bioquímica: glu 242, urea 29, cr 0,7, prot totales 3,8, albúmina 2,1, colesterol 142, LDH 353, Na 127, K 3,8, Ca 7,2, Pi 2, Fe 9, ferritina 334, vitamina B12 121, fólico 3,2. TAC torácico: bocio nodular, derrame pleural izquierdo encapsulado (probable hematoma), con atelectasia pasiva de LII y probable hematoma mural en aorta como origen del sangrado pleural. Bronquiectasias en lóbulos superiores. Se realiza interconsulta al servicio de Neumología que realiza colocación de tubo de tórax y drenaje de hemotórax izquierdo (800 ml de líquido hemático), además de tx sanguínea y antibiótico intravenoso, con mejoría de los datos analíticos y radiológicos. Se decide retirada de anticoagulación y manejo conservador, con revisiones periódicas.
Discusión: 1. El hematoma mural aórtico junto con exceso de dosis de anticoagulación provocaron leve pero progresivo sangrado pleural

como causa probable del hemotórax. 2. El drenaje del hemotórax debe ser una de las principales medidas a tomar, ya que una complicación muy grave sería su sobreinfección. 3. La intervención quirúrgica con colocación de prótesis vascular es un tratamiento óptimo curativo en pacientes seleccionados con buena calidad de vida y expectativa de vida larga.

PC-271. HEMATOMA ESPLÉNICO INFECTADO SECUNDARIO A POLITRAUMATISMO EN PACIENTE NONAGENARIA

C. Oñoro Algar, T. Pareja Sierra, I. Bartolomé Martín y D. Prada Cotado
Hospital Universitario. Guadalajara.

Introducción: El traumatismo es el motivo más frecuente de asistencia urgente a la población anciana. Su gravedad y consecuencias son muy superiores a los de los adultos. Es prioritaria una valoración médico quirúrgica exhaustiva, así como la evaluación de la situación cognitiva y funcional para un tratamiento adecuado. Además del diagnóstico de potenciales lesiones óseas agudas, es fundamental la detección de posibles urgencias quirúrgicas cuyos síntomas a menudo son atípicos o inespecíficos. El abordaje quirúrgico del traumatismo visceral en ancianos es complejo debido a la frecuente comorbilidad y alto riesgo anestésico. En estos casos el empleo de técnicas mínimamente agresivas como el tratamiento percutáneo mediante radiología intervencionista puede ser de gran interés en los pacientes de este grupo etario.
Caso clínico: Mujer de 96 años de edad sin antecedentes de interés y óptima situación basal, sufre caída fortuita por las escaleras de su domicilio con resultado de hematoma subdural. A los cinco días presenta fiebre y dolor abdominal, llegando al diagnóstico por TAC de hematoma subcapsular esplénico de gran tamaño (15 × 17 × 14). Se opta por tratamiento conservador inicialmente, con pobre evolución por incremento de tamaño e infección. Dada la ausencia de opción quirúrgica, se realiza por radiología intervencionista un drenaje percutáneo en varios tiempos con tratamiento antibiótico concomitante. La evolución ha sido favorable con progresiva disminución del tamaño del hematoma y de los datos clínico analíticos de infección hasta su resolución, siendo pioneros en esta técnica con este perfil de paciente, en la bibliografía documentada.
Discusión: El caso demuestra la importancia el individualizar los pacientes geriátricos, una efectiva VGI desde la urgencia nos puede prevenir de importantes complicaciones. Se procede a realizar un drenaje percutáneo, drenando el material purulento que le ocasionaba una tórpida evolución con tratamiento conservador, pudiendo proceder al alta a domicilio con el drenaje y hacer uso de un nivel asistencial como el hospital de día para acudir a sus revisiones por parte de radiología intervencionista. Retirando el mismo, abriendo una nueva opción terapéutica, disminuyendo costes de estancia hospitalaria prolongada, yatrogenia a la vez que nuevas infecciones nosocomiales.

PC-272. CASO CLÍNICO: PCC OSTOMIZADO. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DENTRO DE LA RUTA ASISTENCIAL

C. Martí Fuentesauco, J. Muñoz Martínez, A. Povedano Montes, S. Gutiérrez Mesa, R. Fernández Pérez y M.I. Muñoz Castanedo
ABS Torrassa. Hospitalet de LLobregat.

Introducción: La palabra "ostomía" es aquella que determina una intervención quirúrgica donde el objetivo es establecer una comunicación artificial entre una víscera o entre dos órganos a través de la pared abdominal con el fin de conducir al exterior la materia fecal, los detritos orgánicos u otras secreciones del organismo. Los pacientes portadores de estomas no solamente tienen cambios importantes de tipo fisiológico, sino también de tipo psicológicos y sociales que pueden llegar a interferir en la calidad de vida. La mayoría de estudios coinciden en que estos enfermos pueden tener una mayor percepción negativa de su imagen corporal, mayor tendencia a la depresión y/o ansiedad y disminución de las actividades laborales sociales y sexuales.
Objetivos: Reducir complicaciones en un periodo corto en ámbito multidisciplinario. Metodología: estudio transversal descriptivo. Caso clínico. ABS Torrassa. La ruta asistencial PCC (paciente crónico complejo) se instauró en el año 2012. Las variables son: complicaciones y actuaciones para la ostomía dentro de un equipo multidisciplinar.
Resultados: Seguimiento de todas las visitas, se ha establecido en dos frentes diferenciados Hospital -Atención Primaria. Las visitas a urgencias has sido para reconducir y por obstrucción del catéter, sin llegar a ingreso.
Conclusiones: Se valora positivamente. El paciente no ha realizado ningún ingreso. Remarcar la importancia del equipo multidisciplinar trabajando dentro de un marco transversal.

PC-273. DOLOR LUMBAR Y MASA PARAVERTEBRAL EN NONAGENARIA

I. Carmona Álvarez, L. Guardado Fuentes, M. Lázaro del Nogal y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El dolor lumbar en ancianos requiere un diagnóstico diferencial preciso. El sarcoma de partes blandas es un grupo heterogéneo de tumores, poco frecuentes y formados por una amplia variedad de subtipos histológicos. En pacientes de edad avanzada requiere un tratamiento multidisciplinar especializado y complejo.
Caso clínico: Mujer de 91 años con AP: HTA e insuficiencia arterial y venosa crónica; en tratamiento con IECAS, diuréticos y AAS. Acude a consultas de Geriatría por masa lumbar, dolor y caída casual. Destacar en la anamnesis, lumbalgia continúa en el último mes que no cede en reposo, e incremento de volumen de la masa paravertebral. Situación funcional basal: Barthel 90/100, Lawton 6/8, FAC 5/5, sin deterioro cognitivo filiado. Exploración física: afebril, TA 142/70, FC 95, IMC 27.91; auscultación cardiopulmonar: ritmo regular y soplo sistólico eyectivo aórtico; abdomen sin hallazgos significativos; destacar cifo-escoliosis dorsal importante, de convexidad derecha, y tumoración longitudinal paravertebral izquierda (20 × 10 cm); fija, de consistencia dura; no dolorosa a la palpación; no crepita ni presenta signos inflamatorios. Exploraciones complementarias: se solicitan 1) Analítica completa con hipercolesterolemia leve e hipotiroidismo subclínico como únicos hallazgos relevantes; 2) Ecografía de partes blandas que describe una masa heterogénea, predominantemente sólida, con áreas quísticas en su interior, que impresiona de hematoma en reabsorción, sin poder descartar lipoma o masas sólidas; 3) RM toracoabdominal: masa intramuscular en región paravertebral izquierda, en probable correlación con un sarcoma como primera posibilidad diagnóstica. 4) Biopsia de tejidos blandos (control Rx): tumoración con áreas de necrosis, sugestiva de sarcoma de alto grado (3). Juicio clínico: osteosarcoma de alto grado de malignidad en región paravertebral izquierda. Tras valoración por oncología se realiza extirpación de la masa con reconstrucción de tejido autólogo. Ante la edad de la paciente, se desestima quimioterapia; tras planificar radioterapia postoperatoria, se descubre importante recidiva local, con compromiso de columna vertebral. El tiempo de supervivencia, desde el inicio de los síntomas, fue de 20 meses.
Conclusiones: Ante un dolor y masa paravertebral, debemos realizar un diagnóstico preciso mediante biopsia del tejido. Una mayor comprensión de la etiología y de los mecanismos patogénicos en el osteosarcoma, llevarán a nuevas e innovadoras opciones de tratamiento.

PC-274. DEMENCIA TIPO BINSWANGER COMO SUBTIPO DE DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL

C.O. Minea, M.S. Chiriboga Losada, F.A. Quiñónez Bareiro y A. Pérez Molina
Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen del Valle. Toledo.

La demencia tipo Binswnager (DB) se describe como una leucoencefalopatía subcortical secundaria a daño isquémico de la sustancia blanca de predominio periventricular y témporo occipital. La hipertensión arterial es el principal factor predisponente junto con la diabetes. Clínicamente la enfermedad empieza entre 55-65 años, con evidencia de HTA y deterioro cognitivo lento y progresivo, déficit neurológico acumulativo sensitivo, sensorial y motor de origen ictal, con evolución entre 2-10 años. Presentamos a una paciente de 76 años hipertensa de larga evolución y diabética. En la exploración psicopatológica la paciente presentaba intensa apatía, depresión y deterioro cognitivo moderado. Estaba desorientada en espacio y tiempo y presenta tendencia a mutismo con afasia nominal. La familia refiere que desde hace aproximadamente 4-5 años, de manera progresiva, la paciente perdió interés para actividades que antes realizaba, quedándose todo el día en el sillón y dejo de tomar el tratamiento pautado pensando que la estaban envenenando. Cuando se le intentaba estimular presentaba agresividad hacia los cuidadores, agresividad que poco a poco ha desaparecido. En los meses siguientes se objetiva una progresión marcada del deterioro cognitivo, pérdida de fuerza en extremidades inferiores con rigidez, afasia, disfagia alteración del campo visual, cuadros de agitación ocasionales y perdida completa de la funcionalidad. Ante estos hallazgos se solicita TAC cerebral objetivándose marcadas hipodensidades en la sustancia blanca de ambas coronas radiadas y periventricular, sugestivo de patología vascular en la sustancia blanca profunda (Fazekas 2-3). Un año más tarde la paciente fallece en una residencia. Ante una paciente hipertensa de larga evolución, diabética, con un deterioro cognitivo que empieza en la sexta década de la vida, de manera progresiva asociando los síntomas mencionados previamente, que fallece en menos de 10 años tras el inicio de estos síntomas y prueba de imagen que informa de la presencia de patología vascular en la sustancia blanca profunda, el diagnóstico de DB parece ser un diagnóstico muy probable. Claramente, para el diagnóstico de la DB es necesario juntar criterios clínicos, que deben ser respaldados por técnicas de imagen y anatomopatología con el fin de distinguir entre este tipo de demencia y otras entidades.

PC-275. ASOCIACIÓN DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN PACIENTE DOMICILIARIA HIPERFRECUENTADORA Y TIEMPOS DE CRISIS. ES URGENTE INTERVENIR

P. Fernández Flores[1], R. López Mongil[2], R. Pérez Ruiz[3], P. Meneses Villagrá[4], J.L. González Peláez[5] y V. Mayo García[5]
[1]PAC Urbano Gerencia Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid. [2]Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid. [3]Atención Continuada. PAC Urbano. [4]Centro de Salud. Valladolid. [5]Centro de Salud Barrio España. Valladolid. [6]Hospital Clínico. Valladolid.

Objetivos: Valorar la asociación entre síndromes geriátricos (SG) en una paciente con caídas de repetición, e hiperfrecuentación en servicios sanitarios. Estimar el coste ocasionado en dos meses de seguimiento.
Caso clínico: Analizamos el caso clínico de una mujer de 82 años que consultó en 72 ocasiones a los servicios sanitarios en un período de 49 días; motivo reiterado caídas y quejas diversas. Vive sola, separada, tiene 4 hijos con los que apenas tiene relación. La exploraciones muestran, de forma continuada desorientación témporo-espacial, alteración de memoria, alteración del ánimo, delirio (compatible con deterioro cognitivo de tipo vascular). Se analizan las hojas de consulta generadas, las exploraciones complementarias efectuadas. Se estiman gastos sanitarios aplicando precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios según decreto 25/2010 (BOCYL 30-12-2013). Se aplica valoración geriátrica integral (VGI). La VGI mostró: obesidad, antecedentes de ictus, HTA, dislipemia, insuficiencia cardiaca, valvulopatía cardiaca intervenida, poliartrosis, hiperreactividad bronquial, vértigo, ITU de repetición, hemorroides. Como SG: inmovilidad relativa, caídas, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, depresión, trastornos del sueño, dolor, déficit sensorial, polifarmacia/iatrogenia, malnutrición, disfagia, estreñimiento, fragilidad. Alteraciones neuropsiquiátricas (NPI 10/12), deterioro funcional (Barthel: 80) Lawton (4/8) y estrés psicosocial. Desde el 19/01/2014 al 9/03/2014 acudió en 13 ocasiones a urgencias hospitalarias (7 en ambulancia), realizó 27 consultas al PAC (urgencias en Punto Atención Continuada): 6 con visita domiciliaria y 32 consultas a su centro de salud (4 domiciliarias). Coste global estimado: 8.723,17 euros.
Discusión: Este caso no es excepcional, sino habitual en centros de salud y urgencias. Justifica incluir la VGI en atención primaria y hospitalaria, recoger la frecuentación en uso de servicios sanitarios, destacar infradiagnósticos y la necesidad de intervención sociofamiliar integrada. Es un caso sin resolver. Para optimizar la salud de las personas mayores, se deberían expandir los conocimientos de la Geriatría, ofreciendo cuidados centrados en el paciente, equilibrando riesgos y beneficios de las actuaciones acometidas y ofreciendo la mejor opción de ubicación para cada caso. En tiempos de crisis, incluir un geriatra consultor en los centros de salud y servicios de urgencias supondría un ahorro importante, colaborando con otros profesionales para promover una mejor atención a personas mayores.

PC-276. FORMA DE DISEMINACIÓN HEMATÓGENA POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* POCO HABITUAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

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

Introducción: Se describe un caso clínico en el que aparece una combinación escasamente descrita de manifestaciones clínicas en piel y ojo por diseminación hematógena en paciente con neumonía adquirida de la comunidad en tratamiento crónico con corticoesteroides.
Caso clínico: Varón de 82 años con AP de HTA, polimialgia reumática, antecedentes de lúes positiva, cirugía por carcinoma de glotis libre de enfermedad y RTU por HBP con tratamiento habitual con prednisona 30 mg e ibersartan y buena situación basal con IABVD e instrumentales y sin deterioro cognitivo filiado, que ingresa con criterios de sepsis con datos radiológicos de neumonia cavitada en LSI. En la EF era llamativa la existencia de ojo izquierdo rojo y doloroso con opacidad corneal compatible con endoftalmitis aguda y nódulos eritematosos diseminados tanto en espalda como MMII. Tanto en los hemocultivos × 2, cultivos de esputo, lavado bronquial y biopsia de piel se aislaron Pseudomonas aeruginosa multisensible. Desde el inicio el paciente fue tratado con meropenem asociando posteriormente un aminoglucósido, a pesar del tratamiento específico presentó evolución tórpida con perforación ocular que precisó enucleación, aparición posterior de múltiples lesiones cutáneas en MII compatibles con ectima gangrenoso y finalmente empeoramiento clínico con fracaso multiorgánico irreversible originándose el exitus letalis.
Discusión: La infección por *Pseudomonas aeruginosa* está descrita ampliamente a nivel nosocomial, siendo poco usual que se adquiera en la comunidad y raramente en paciente inmunocompetentes. En nuestro caso, el paciente llevaba tomando prednisona a dosis de 30 mg al día más de 6 meses como único factor descrito asociado a este tipo de procesos infecciosos.

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

PS-001. GERONTOLOGÍA Y PARÁMETROS PSICOLÓGICOS: INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS PROPIOCEPTIVOS

E. Bayo Tallón[1], M. Sánchez Padilla[1], J.L. Montserrat Pérez[2], C. Llobregat Delgado[3], I. Marfà Puig[4] y J. Esquirol Caussa[5]
[1]E.U. Gimbernat. Sant Cugat del Vallès. [2]Residencial Palau. Palau de Plegamans. [3]Coordinadora Vallès. Sabadell. [4]Gravi Alai. Polinyà. [5]C.M. Teknon. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la influencia de un programa específico de ejercicios propioceptivos sobre variables de salud físicas y psicológicas en ancianos institucionalizados con baja dependencia. Se presentan los resultados de las variables psicológicas.
Métodos: Se realizó una revisión sistemática centrada en áreas de propiocepción y ancianidad, realizando búsquedas en las bases de datos Pubmed, PEDro, Biblioteca Cochrane Plus y Biblioteca Virtual de Salud, incluyendo fuentes posteriores al año 2000, nacionales e internacionales y diseño experimental o de intervención, en pacientes geriátricos institucionalizados, con alta fiabilidad interobservador y análisis coherente con los objetivos planteados. Se diseña y realiza un estudio prospectivo no controlado de carácter multidisciplinar y multicéntrico (4 residencias geriátricas), con un grupo intervención que realiza dos veces por semana durante diez semanas el programa de ejercicios propioceptivos diseñado específicamente para personas de edad avanzada. Las variables psicológicas se incluyeron mediante cuatro escalas validadas: Survey of Activities and Fear of falling in the Elderly (SAFE), SF-12 Health Survey, Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage, además de Escalas Visuales Analógicas de valoración subjetiva de disnea, debilidad, inestabilidad y temblores. Los datos fueron recogidos por personal experto y analizados mediante Software Excel 2010 y PSPP versión 0.7.9.
Resultados: La muestra fue de 26 ancianos institucionalizados, con bajo grado de dependencia, seleccionados por cumplimiento de criterios de inclusión. Los resultados obtenidos mostraron mejoras estadísticamente significativas en: Debilidad, con disminución media de 0,46 puntos (Desv. estándar 1,07; mín. -4, máx. 1; p = 0,04); e Inestabilidad, con disminución media de 0,58 puntos (Desv. Estándar 1,03; mín, -3, máx. 2; p = 0,01); ambas registradas mediante la escala EVA. El resultado de la escala SAFE aumentó 1,96 puntos de media (Desv. estándar 4,88; mín. -9, máx. 11; p = 0,05). No se observaron resultados significativos en las escalas SF-12 Health Survey, la Escala de Depresión geriátrica de Yessavage y EVA para inestabilidad y temblores.
Conclusiones: Las mejoras obtenidas en la sensación subjetiva de debilidad, inestabilidad y la reducción del miedo a caer en los participantes evidencian la efectividad de un programa de ejercicios propioceptivos sobre personas ancianas institucionalizadas con baja dependencia.

PS-002. SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA PROXIMAL DE FÉMUR

S. Herranz Martínez, M. Gonzàlez Pagés, E. Campderrich Estrada, C. Nogueras Rimblas, F. Savone, M. Moreno Iturriaga y P. Rosich Peris
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: El objetivo del trabajo ha sido realizar un primer análisis sobre la sobrecarga del cuidador principal de los pacientes con fractura proximal de fémur en nuestro entorno: el Centro SocioSanitario (CSS) del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell.
Métodos: El estudio se hizo con 11 cuidadores de pacientes con fractura proximal de fémur, ingresados en el área de Convalecencia del CSS durante los meses de marzo y abril de 2013, a las 2-3 semanas del alta de la planta de agudos (respecto a los 40 pacientes ingresados durante este periodo). Se recogieron datos demográficos, clínicos y respecto a los cuidados, revisando la historia clínica y realizando una entrevista personal. Finalmente, se pasó la adaptación española de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) y el cuestionario DME (Detección de Malestar Emocional).
Resultados: La edad media de los pacientes era de 84,5 años, siendo un 82% mujeres. Respecto a los cuidadores, 4 de ellos eran mayores de 65 años. 8 cuidadores eran mujeres y 3 eran hombres. Los resultados de la adaptación española del Zarit fueron: 54,5% sobrecarga intensa, 18,2% sobrecarga leve y 27,2% no sobrecarga. Según estos resultados, los factores que implicaban una sobrecarga intensa en el cuidado eran: que el paciente tenga demencia, que el cuidador sea menor de 65 años, hombre, que no disponga de ayuda de otros familiares, que no tenga intención o no pueda contratar a un cuidador externo y que dedique más de 8 horas de cuidados al día. Referente a los resultados del DME, la preocupación económica y respecto a la salud del paciente, son los principales motivos de sufrimiento del cuidador.
Conclusiones: La ayuda por parte de un cuidador externo, el apoyo por parte de otros familiares y sobretodo, disponer de información respecto a la enfermedad y de cómo cuidar al paciente son los elementos que parecen contribuir más a disminuir el grado de estrés del cuidador del paciente anciano afecto de fractura proximal de fémur.

PS-003. ESTUDIO PILOTO SOBRE EL EFECTO CLÍNICO DE UN PROGRAMA DE *MINDFULNESS* EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ESTADO AVANZADO: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

D.J. Quintana Hernández[1], J. Rojas Hernández[2], M.T. Miró Barrachina[3] e I. Ibáñez Fernández[3]
[1]CSS El Pino. Grupo Sanitario ICOT. Las Palmas de Gran Canaria. [2]Asociación Canaria para el desarrollo de la salud a través de la atención. Las Palmas de Gran Canaria. [3]Universidad de La Laguna. Tenerife.

Introducción: La práctica de *mindfulness* produce efectos beneficiosos en la capacidad cognitiva, funcional y control psicopatológico en la enfermedad de Alzheimer leve y moderada. En estadios avanzados se ha mostrado que genera efectos positivos sobre la psicopatología. Sin embargo, no tenemos datos sobre la evolución clínica en la demencia avanzada. Con el siguiente estudio se ha evaluado la eficacia de *mindfulness* en un estadio avanzado de la enfermedad.
Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado de dos años a doble ciego. En el estudio participaron 48 personas con EA Probable según criterios de la NINCDS-ADRDA y MMSE entre 15-17 puntos. Se agruparon los sujetos en tres grupos experimentales (estimulación cognitiva, relajación y *mindfulness*) y uno control. Todos estaban en tratamiento con donepezilo. Se evaluaron las capacidades cognitivas con el CAMCOG-MMSE, el área funcional con el RDRS-2 y la escala de demencias de Blessed y el área psicopatológica con el NPI. Se desarrollaron tres sesiones a la semana, 288 totales, con medidas semestrales de seguimiento. Se realizaron análisis no paramétricos.
Resultados: Las puntuaciones de la función cognitiva y la funcionalidad indicaron que no existían diferencias significativas entre los diferentes grupos experimentales y el control. No obstante, la tendencia del grupo de mindfulness mostró un ligero incremento en la puntuación cognitiva hasta los 18 meses en comparación con el resto de los grupos que disminuyeron progresivamente desde el inicio del estudio. En el área funcional se mantuvo la tendencia en todos los grupos, salvo al final del estudio que el grupo control incrementa sus puntuaciones, aunque estas no llegan a ser significativas. En el NPI se produjeron diferencias significativas a favor del grupo de *mindfulness* y relajación en comparación con el grupo control.

Conclusiones: La estimulación basada en mindfulness muestra una tendencia positiva en el área funcional y cognitiva en comparación con el resto de grupos del estudio. También muestra una reducción de la psicopatología, de la misma forma que el grupo de relajación, en comparación con el grupo control. Estos resultados apuntan hacia un posible beneficio liguero de *mindfulness* como tratamiento no farmacológico. Se debe seguir investigando en esta línea.

PS-004. DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES INTERGENERACIONALES ABUELA-NIETO: ABORDAJE CUALITATIVO

M.G. Carpena Niño
Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Madrid.

Objetivos: Conocer las experiencias vividas de las mujeres mayores que atienden a sus nietos y su influencia en la vida diaria.
Métodos: Estudio cualitativo, fenomenológico, atreves del método Giorgi, que analiza las experiencias vividas de las mujeres mayores que cuidan de sus nietos. Muestreo por propósito, mediante Bola de nieve y entrevista en profundidad. Criterios de inclusión: mujeres, mayores de 65 años, que viven en comunidad y que en el momento de realizar el estudio no presentaban deterioro funcional. Sin deterioro cognitivo y con capacidad de comunicarse verbalmente en idioma español. Cuidadoras de sus nietos. Tamaño de la muestra, se empleó la Saturación teórica y se estimó que se realizarían entrevistas a 10-15 mujeres mayores.
Resultados: Basándose en los contenidos descriptivos de las experiencias los seis temas que se definieron fueron dedicación, rol del abuelo, motivación, idealización, convivencia e impacto vital. Dedicación: este tema hace referencia a que la experiencia e intensidad, en días y horas, de ser abuelo invirtiendo tiempo en la atención a los nietos. Rol del abuelo: Este tema hace está mediatizado por estereotipos reconocidos que afectan a la visión que las abuelas tienen de sí misma, tan de forma negativa como positiva. Idealización: Este tema hace referencia a vivir anticipando el tipo de relación con los nietos antes de esta se produzca. Motivación: este tema hace referencia al ir construyendo la motivación para la atención de los nietos. Convivencia: este tema hacer referencia a como se va aprendiendo a convivir en el trato diario con los nietos. Impacto vital: este tema hace referencia a la manera de ir integrando el impacto que la atención de los nietos supone en las esferas físicas, sociales y emocionales de las abuelas.
Conclusiones: El rol de abuela en la actualidad incluye una serie de funciones que, o son de nuevo cuño, o han modificado sus características de implicación e intensidad. Las diferencias en estos aspectos condicionan, de manera directa, la percepción que las abuelas tienen sobre el desempeño de este rol, su propia eficacia y su salud.

PS-005. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO BREVE EN ESTRATEGIAS DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y *MINDFULNESS*

A. Labajos González, M. Alonso-Fernández, A. López López, J.L. González Gutiérrez y A. Losada Baltar
Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón.

Introducción: Numerosos estudios han tratado de mejorar el bienestar de la población mayor mediante programas de intervención psicológica (Beissner et al, 2013). Sin embargo, existen escasos estudios que evalúen las variables de implementación de dichos programas (Losada et al, 2008). Si bien es creciente la evidencia científica de la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en personas mayores con dolor, se desconocen estudios que analicen la implementación de tales programas.
Objetivos y métodos: Evaluar la implementación de un taller de dos horas de entrenamiento en estrategias de ACT y *Mindfulness*. La transmisión de la información plantea evaluar la satisfacción de los participantes con el taller, mientras que la recepción evalúa la comprensión de los contenidos del taller. Participaron 51 personas mayores (edad media = 71,75; D.T. = 6,89; 92,10% mujeres). Tras la aplicación del taller, se evaluó la transmisión y la recepción de información mediante ítems creados ad-hoc con la intención de valorar en qué medida los ejercicios diseñados constituyen un mecanismo efectivo de aprendizaje y se obtiene una correcta recepción. Los ítems se codificaban en escala tipo Likert de 0 “nada” a 10 “totalmente”.
Resultados: Se realizaron análisis descriptivos de la recepción y la transmisión de la información. Los resultados en la recepción de la información mostraron que los participantes informaron de una media de 9,18 (D.T. = 1,21) en comprensión de los contenidos. En relación a la capacidad de visualización de pautas en la técnica *Mindfulness*, la media de los participantes fue de 7,75 (D.T. = 2,25). En la transmisión de la información, los participantes informaron de una media de 9,35 (D.T. = 1,07) con la satisfacción del taller y 9,53 (D.T. = 0,88) con la calidad del contenido.
Conclusiones: Los resultados sugieren que los participantes consideraron los contenidos del taller muy interesantes y mostraron una actitud positiva ante la recepción de conocimientos y técnicas. Los ejercicios planteados por el terapeuta mostraron ayudar en la comprensión de estrategias de ACT y *Mindfulness*. Dado que la implementación del taller resulta efectiva, este estudio sugiere la pertinencia de aplicación de programas basados en ACT para personas mayores.

PS-006. BALANCE DEL ASESORAMIENTO DE LA INSPECCIÓN: MEJORA DEL MODELO DE ATENCIÓN Y ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO RACIONAL DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

M. Vidal Puig y E. López Romero
Generalitat de Catalunya. Servicios Territoriales. Barcelona.

Objetivos: Nos planteamos un doble objetivo: 1. Asesorar a los centros en un cambio de modelo asistencial, que respete el proyecto vital de los usuarios, sus derechos y dignidad. 2. Asesorar en modos de atender, para evitar llegar a usar contenciones mecánicas y en sistemas alternativos a las contenciones.
Métodos: El Servicio de Inspección lleva cuatro años asesorando a los centros, sobre las mejoras en el sistema de atención y en la reducción en el uso de contenciones mecánicas. Al principio, observábamos mayoritariamente una gran mejora, pero no habíamos recogido estos datos, ni constituía un objetivo de todo el servicio. En 2010 se planteó como objetivo del servicio: “Asesorar para la mejora y reducción de las contenciones mecánicas” a los que muchos adultos mayores son sometidos en los centros geriátricos. Se asesoraba a los centros en el transcurso de las visitas de seguimiento anual y se recogía datos para comprobar la efectividad del asesoramiento. En 2011 incorporamos los datos en los informes de inspección, para poder compara sobretodo del uso de contenciones mecánicas.
Resultados: Al principio del estudio en 2010 comprobamos una prevalencia de 41, 22% y a finales del 2013 estamos en 27,69%. Este % de uso de contenciones mecánicas es en relación a los residentes con deterioro cognitivo (con una puntuación MEC < 22 puntos). En 2010, muestra de 598 residencias y 1.003 usuarios. Elaboración de protocolo para asesoramiento de inspección, redacción dossier sobre sujeciones y alternativas. A partir del 2011 incorporación de los datos a considerar en los informes de inspección. 2011 y 2012 seguir evaluando y comparando los resultados obtenidos. En 2013 disponemos de datos de 999 residencias con 28.205 usuarios.
Conclusiones: Se ha demostrado la efectividad de la tarea “Asesora” de la Inspección, en la mejora de la atención asistencial y el bienestar de los adultos mayores con alta dependencia física y cognitiva. También se ha evidenciado la necesidad de incorporar en los ítems de inspección, elementos de evaluación para comprobar la efectividad

de la tarea del servicio que a la vez permiten contrastar la evolución y progreso de los centros.

PS-007. DRYM - MAYOR AUTONOMÍA Y CALIDAD DE VIDA PARA PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

S. Biel
Tioman & Partners. Barcelona.

El presente proyecto es el resultado de un desarrollo industrial con dos prototipos comprobados, tanto a nivel laboratorio como en entornos reales con personas que padecen incontinencia. Drym (léase "dri m", término resultado de la combinación de los términos ingleses "dream" sueño y "dry" seco; www.drym.net) es un sistema no invasivo capaz de detectar tanto las micciones como las defecaciones producidas por una persona con incontinencia urinaria o fecal, y de enviar una señal de aviso al personal encargado de su cuidado, a través de una red de comunicación a un Smartphone. Drym ofrece un sistema tecnológico para poder mejorar diversos ratios de calidad de servicio y eficiencia. Este sistema requiere una inversión en infraestructura TIC (routers, wifi, software...) y en dispositivos de usuario (sensores drym). En todas las pruebas realizadas con los dos prototipos, tanto laboratorio como con personas encamadas en Residencias, drym detecta la presencia de secreciones urinarias y fecales (en caso de haberlas). Conclusiones de las pruebas pilotos: el personal auxiliar confirma que drym aporta valor añadido al trabajo diario. La dirección y el personal de supervisión ven con drym una ventaja respecto a la calidad asistencial y la mejora en la calidad de vida de los usuarios. La inclusión de estándares asistenciales facilita y mejora la actuación asistencial y el cuidado. Las condiciones ambientales (perfume, spray, polvos talco y otros productos de higiene) juegan un papel importante en el comportamiento de los sensores, provocando falsas alarmas. Posibilidad de uso como herramienta de aprendizaje de contención. Current status: el proyecto finalizó el 30.04.2012. Patente solicitada: P201230612, informe técnico publicado el 24.02.2014 con relevancia respecto a la novedad y actividad inventiva. Próximos pasos: búsqueda de financiación de cara a la pre-industrialización (actualmente ese encuentra en negociaciones). Industrialización 2015. Inclusión de nuevas funcionalidades como detector de caídas, GPS.

Proyecto financiado por los partners y el Ministerio de Industria, Energía y Turismo (MINETUR), a través del Subprograma Avanza I+D de la Acción Estratégica de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información 2009 dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, 2008-2011.

PS-008. ELISA – LA VENTA A LAS REDES SOCIALES PARA MAYORES

S. Biel
Tioman & Partners. Barcelona.

Elisa, la ventana a las redes sociales para personas mayores, es una nueva herramienta que les permite permanecer fácilmente en contacto con familiares y amigos, ser inspirados con temas de interés y participar en eventos y actividades locales, y establecer nuevos contactos interesantes. Elisa, que reúne influencias de inventos técnicos y nuevos desarrollos socio-culturales, permite a las personas mayores que no tienen conocimientos tecnológicos participar en estas nuevas oportunidades de comunicación e información y mejorar notablemente su calidad de vida. Dado que el beneficio es evidente, la aceptación y captación de elisa como nuevo equipo estándar para la interacción social y comunicación digital de las personas mayores es elevada. Elisa es la ventana a las redes sociales para personas mayores, una nueva herramienta de colaboración que les permite permanecer fácilmente en contacto con familiares y amigos y establecer nuevos contactos interesantes. Además, esta herramienta interactiva les ayuda a encontrar las actividades locales relacionadas con los servicios de salud, bienestar y ocio, así como a participar en ellas. Además, esta herramienta interactiva les ayuda a encontrar las actividades locales relacionadas con los servicios de salud, bienestar y ocio, así como a participar en ellas. Todo ello mediante una aplicación desarrollada para una tablet, que sustituye la interfaz de usuario estándar con la interfaz ELISA. La aplicación es específica para dispositivos Android. La comunicación entre el dispositivo y el back-end es a través de GSM/3G/LTA o WiFi. El back end proporciona todos los datos necesarios para ser visualizados en la interfaz de usuario. Elisa es el resultado de un proyecto de investigación europeo (www.si-screen.eu, 2,7 millones €uro) del programa conjunto AAL de desarrollo industrial y con prototipos comprobados en reiteradas iteraciones tanto a nivel laboratorio como en entornos reales con personas mayores de Alemania y España.

PS-009. FACTORES PRONÓSTICOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN AL ALTA EN PACIENTES NONAGENARIOS QUE INGRESARON EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA GERIÁTRICA (UME)

C. Roqueta Guillén, S. Burcet Pérez, S. Ubero Fernández,
M.I. Martínez Fernández, M. Martín Montagut y R. Miralles Basseda
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Identificar los factores pronósticos de institucionalización al alta en nonagenarios tras el ingreso en UME.
Métodos: Estudio prospectivo de pacientes nonagenarios que ingresaron en UME durante 6 años. Variables registradas: edad, sexo, situación funcional previa (actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): índice de Lawton (IL) y básicas de la vida diaria (ABVD): índice de Barthel (IBP)), situación cognitiva previa, convivencia (familia, solo, cuidador), situación funcional al ingreso (IBI), estado cognitivo al ingreso (Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE)), estado nutricional (albúmina y colesterol), comorbilidad (índice de comorbilidad de Charlson), síndromes geriátricos (desnutrición, déficit sensorial, caídas, estreñimiento, polifarmacia, incontinencia urinaria, delirium, inmovilidad, demencia, depresión, úlceras por presión, insomnio) y situación funcional al alta (IBA).
Resultados: Se registraron 212 pacientes (75,9% mujeres), edad media 92,02 ± 2,10. Fueron excluidos pacientes que provenían previamente al ingreso de centro residencial (n = 6), los fallecidos (n = 18) y los dados de alta a hospital de agudos (n = 22). Institucionalización alta: 55 (25,94%). Factores pronósticos de institucionalización: mayor prevalencia de deterioro cognitivo previo (29 (52,7%) vs 40 (36,0%) (p = 0,04); mayor dependencia previa en AIVD (IL:2,04 ± 2,60 vs 2,87 ± 2,64 p = 0,019)), peor situación funcional (IBI: 17,60 ± 14,86 vs 26,02 ± 15,12) (p < 0,001)) y cognitiva (MMSE: 12,75 ± 9,09 vs 18,10 ± 8,74 (p < 0,001)) al ingreso y peor situación funcional al alta (IBA: 38,80 ± 25,27 vs 65,64 ± 23,71 (p < 0,001)). De los 55 pacientes que fueron institucionalizados, 26 (47,3%) vivía con familia, 28 (50,9%) solos y 1 (1,8%) con cuidador; de los 111 restantes: 71 (64,0%), 32 (28,8%) y 8 (7,2%), respectivamente (p = 0,013). De los 55 institucionalizados, 30 (55,5%) presentaron delirium, 17 (30,9%) úlceras por presión, 24 (43,6%) inmovilidad, 32 (58,2%) incontinencia urinaria y 6 (10,9%) insomnio; de los 111 restantes: 33 [(30,6%) (p = 0,003)]; 18 [(16,2%) (p = 0,029)]; 25 [(22,5%) (p = 0,005)], 36 [(32,4%) (p = 0,001)], 27 [(24,3%) (p = 0,041)], respectivamente. No se hallaron diferencias significativas en el resto de las variables.
Conclusiones: Los factores relacionados con la institucionalización al alta fueron presentar deterioro cognitivo previo al ingreso, vivir solo, tener mayor dependencia previa en las AIVD, peor situación cognitiva al ingreso y funcional al ingreso y al alta, mayor prevalencia de delirium, úlceras por presión, inmovilidad e incontinencia urinaria, y menor de insomnio.

PS-010. PROYECTO NAGUSI: PROCESO DE REFLEXIÓN Y DISEÑO DE UN PLAN INTEGRAL DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA GERONTOLOGÍA

I. Lizaso[1], A. Ormazábal[2], P. Otxandiano[3] y J. López-Martínez[4]
[1]Facultad de Psicología (UPV-EHU). Donostia. [2]Grupo de Investigación Lanki. Universidad de Mondragón. [3]Ayuntamiento de Otxandio. Vizcaya. [4]Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Universidad CEU San Pablo. Madrid.

Introducción: Como consecuencia del envejecimiento de la población cobra importancia el análisis de las necesidades de este segmento poblacional y su contextualización. El presente estudio se realizó en Otxandio (Vizcaya), un municipio de 1.296 habitantes, en cuyo censo el 19,67% son mayores de 65 años.
Objetivos: Generales: 1) realizar una reflexión en torno a las necesidades de las personas mayores residentes en Otxandio (Vizcaya) en el ámbito de la gerontología a través de un proceso participativo a nivel comunitario con distintas instituciones y organizaciones; 2) diseñar un plan integral de intervención psicosocial respetando la particularidad del municipio.
Métodos: Participaron 29 personas mayores de 60 años (35% de mujeres, × 65,6 años DT = 6,6 y 65% varones, × 66,17 años DT = 4,3) representando el 7,5% de las personas mayores del municipio. Se desarrollaron cuatro seminarios con una metodología activa participativa y cualitativa sobre varios temas gerontológicos.
Resultados: Seminario 1: "jubilación (comparativa entre la perspectiva clásica y la perspectiva actual)". 10 varones y 5 mujeres. Demandan: un centro de día, viviendas adaptadas para las personas mayores, escuelas para los mayores, mejorar la comunicación entre Otxandio y Gasteiz, programas intergeneracionales, etc. Seminario 2: "envejecimiento saludable". 3 varones y 15 mujeres: evidencia de una gran variabilidad en hábitos saludables (algunas personas con rutinas muy claras en el cuidado de salud y otras con total descuido). Seminario 3: "apoyo informal". 5 varones y 13 mujeres: importante déficit de cuidadores en el municipio, desconocimiento de los servicios ofrecidos desde el municipio, y presencia de una fuerte carga emocional a la demanda. Seminario 4: tipología del nuevo jubilado (participación social y programas psicosociales). 6 varones y 10 mujeres. Diferentes percepciones y necesidades en función de la pertenencia a la cohorte de edad 60-69 años y 70-75 años.
Conclusiones: Se subraya la importancia de la participación activa de las personas mayores del municipio de Otxandio a efectos de poder evaluar sus necesidades e introducirlas en el diseño un plan de intervención psicosocial comunitario en el ámbito gerontológico en colaboración con otras entidades e instituciones.

PS-011. FRECUENCIA DE PRODUCCIÓN DE LAS RESPUESTAS A VEINTE CATEGORÍAS SEMÁNTICAS EN PERSONAS MAYORES

I. Lizaso[1], A. Aizpurua[1] y J. López-Martínez[2]
[1]Facultad de Psicología (UPV-EHU). Universidad del País Vasco. [2]Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Universidad CEU San Pablo. Madrid.

Introducción: La categorización es un proceso cognitivo que utilizamos para reducir la diversidad de elementos del entorno agrupándolos, por ejemplo, en categorías semánticas en función de las semejanzas que tienen entre sí; es, por tanto, un proceso clave en la formación de conceptos, para la memoria y el lenguaje. Sin embargo, existen escasos estudios en castellano en los que se haya analizado la producción de categorías en personas mayores.
Objetivos: El objetivo principal fue recopilar ejemplares de veinte categorías semánticas en personas mayores para la elaboración de un instrumento de trabajo válido para investigadores de distintos ámbitos.
Métodos: Se empleó el procedimiento de producción categorial con 272 personas mayores (M = 63,75, DT = 4,36, 57,72% mujeres) pertenecientes a la Universidad (UPV/EHU) para personas mayores de 55 años. Cada participante tenía un cuadernillo con una primera parte donde se recogieron datos sociodemográficos y una segunda parte donde se les pidió que escribieran el mayor número posible de palabras para 20 categorías semánticas durante 30 segundos por categoría.
Resultados: Se calculó para cada categoría la media de respuestas y para cada respuesta el número de veces que se produjo ese elemento (1) en total (2) el primero de su categoría (3) el rango de respuesta. Dado el volumen de datos obtenidos, se presentan las cinco primeras respuestas producidas en cada categoría. Por ejemplo, para la categoría Unidades de longitud, (M = 5,25; DT = 2,16), los primeros ejemplares fueron metro, kilómetro, centímetro, hectómetro y decámetro; el concepto metro, se produjo 140 veces en total y 115 en primer lugar y el concepto kilómetro 98 veces en total y 2 como primera respuesta; el rango de respuesta fue menor en el caso de metro, indicando que en comparación con kilometro se produjo con una mayor frecuencia entre los primeros de su categoría.
Conclusiones: Este conjunto de datos constituye un instrumento de trabajo válido para investigadores de distintos ámbitos como la psicología, la neuropsicología y la lingüística para analizarla organización y los procesos del sistema léxico-semántico y su relación con el proceso de envejecimiento.

PS-012. CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC Y ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN ABREVIADA EN PACIENTES VALORADOS POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE UFIS DE GERIATRÍA

I. Pineda Pérez[1], M. Pi-Figueras Valls[1], E. Hernández Leal[1], M.I. Martínez Fernández[1], L. Morro Fernández[1] y S. González Melero[2]
[1]Hospital del Mar. Barcelona. [2]Hospital de l'Esperança. Barcelona.

Objetivos: Aplicar la codificación clínica con la CIE-9-MC y la Escala de valoración socio-familiar de Gijón abreviada en pacientes valorados por el equipo de UFIS (unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria) de Geriatría ingresados en el Hospital del Mar durante el mes de febrero de 2014.
Métodos: Estudio prospectivo de casos valorados por la UFIS de geriatría del Hospital del Mar de pacientes ingresados en el mes de febrero de 2014. Se recogió: edad, sexo, servicio interconsultor, núcleo de convivencia, contacto previo con servicios sociales de atención primaria, tramitación ley de dependencia, Escala de valoración socio-familiar de Gijón abreviada, codificación clínica CIE-9 y destino al alta.
Resultados: Se estudiaron 40 pacientes. Edad media 78,22 ± 11,43, 67,5% eran mujeres. Servicios interconsultores: neurología 20%, digestología y medicina infecciosa 15%, medicina interna y COT 10%, urgencias 7,5%, cardiología, cirugía torácica y pneumología 5%, cirugía vascular, oncología y urología 2,5%. Núcleo de convivencia: institucionalizados 32,5%, solos 27,5%, cónyuge 50%, hijos 17,5% y otros 2,5%. El 77,5% tenían contacto previo con servicios sociales de atención primaria y el 35% tienen tramitada la ley de dependencia. Escala de Gijón, de los pacientes no institucionalizados: 78,6% situación social buena (bajo riesgo de institucionalización), 7,1% situación intermedia y 14,3% deterioro social grave (alto riesgo institucionalización). Los códigos clínicos CIE-9 más utilizados: V60.1 Alojamiento inadecuado 50%, V60.3 Persona que vive sola 30%, V60.4 Miembro del hogar incapaz de prestar cuidado 35% y V60.6 Persona que vive en institución 30%. Destino al alta: Centro sociosanitario 50%, permanecen ingresados 27,5%, domicilio 12,5%, residencia 5% y exitus 5%.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes valorados por nuestro equipo interconsultor presentan buena situación social a pesar de que viven en domicilios con barreras arquitectónicas. La mitad de los pacientes valorados son derivados a centros sociosanitarios. Será necesario ampliar la muestra para confirmar los resultados obtenidos.

PS-013. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES LÚDICAS, CALIDAD PERCIBIDA EN EL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL RESIDENTE

L. Iglesias[1], L. Steegman[1], S. García[1], A. López[1], J.C. Bermejo[2] y M. Villacieros[2]
[1]Centro Asistencial San Camilo. Tres Cantos. [2]Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos.

Introducción: El modelo de atención centrado en la persona (ACP) ofrece un nuevo paradigma de la atención a personas mayores con el fin de incrementar su calidad de vida mediante la personalización, el respeto a su autonomía y su participación de la persona en las decisiones que afectan a su vida.
Objetivos: estudiar la relación entre la Calidad percibida en la atención, la Satisfacción del usuario con el Centro y su gusto por participar en las actividades lúdicas programadas en el Centro.
Métodos: 41 personas mayores de Centro de Día y Residencia participaron en el estudio. Se utilizaron las escalas *Service Quality Perception* (SQP) y Escala de Satisfacción y Calidad de Vida Percibida (SCVP) para estudiar las variables Calidad de Percibida y Satisfacción con el Centro respectivamente. Par no alargar el cuestionario, se tomaron los 3 ítems de cada dimensión con mayor peso factorial. Las dimensiones, habían sido descritas por los autores como Responsividad del personal, Confianza que da el personal, Comunicación con el personal, Disciplina (para la escala SQP), y Servicio y atención residencial, Entorno personal y Relaciones interpersonales (para la escala SCVP). Se añadió un último ítem "Me gusta participar en las actividades más lúdicas", como indicador de satisfacción en las actividades lúdicas. Se realizaron análisis de regresión lineal para averiguar que peso tenia cada escala y dimensión dentro de la respuesta a este último ítem.
Resultados: Tomando como variable dependiente el ítem referente a actividades lúdicas, la puntuación en escala SCVP (Satisfacción con el Centro) obtuvo un coeficiente de regresión parcial de 0,742 ($p = 0,003$), mientras que el coeficiente de la puntuación en la escala SQP (Calidad Percibida) no era significativo. Tomando como dependiente la Satisfacción, fue el factor Comunicación con el personal (de la escala de Calidad Percibida) el que mayor peso explicativo mostró, siendo su coeficiente de correlación parcial 0,717 ($p < 0,001$).
Conclusiones: El gusto por participar en actividades lúdicas viene dado por la satisfacción con el centro, que a su vez está fuertemente apoyado con la Comunicación con el Personal.

PS-014. PERFIL Y MOTIVACIÓN DE UN GRUPO DE VOLUNTARIOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

X. Azkoitia[1], M.A. Ruiz Ortiz[1], A. López[1], J.C. Bermejo[2], M. Villacieros[2] y L. Steegman[1]
[1]Centro Asistencial San Camilo. Tres Cantos. [2]Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos.

Objetivos: En este trabajo se estudia el perfil de un equipo de voluntarios en cuanto a experiencia, motivaciones, compromiso con la organización y satisfacción con el puesto de voluntario.
Métodos: Además de las variables sociodemográficas se recogieron mediante autoinforme las variables compromiso con la organización, potencial motivador del puesto, motivación principal y experiencia de voluntariado.
Resultados: Contestaron al cuestionario 46 voluntarios de un Centro Sociosanitario de la Comunidad de Madrid. El 58% (26) mujeres y 42% (19) hombres, edad media: 52 años (dt 12,12). En el 75% (34) de los casos el voluntariado se desarrolla en la Unidad de Cuidados Paliativos y Residencia, y en el 24% (11) en familias y parroquias o colegios. El 90% (37) cursaron estudios superiores (universitarios). El 57% (26) trabajan, el resto están jubilados, desempleados o son estudiantes. El 61% (28) son creyentes practicantes, el 22% (10) no practicantes y 13% (6) se dicen agnóstico/ateo. Respecto a su experiencia en voluntariado, de media, llevan 7,5 años como voluntario y 3 años en el Centro, habiendo pasado por una media de 2 voluntariados previos. Dedican una media de 3 horas semanales al voluntariado y éste no está relacionado con su profesión (35, 79%). La media en compromiso con la organización fue 48,8 (*Organizational Commitment Cuestionnarie* (OCQ) y en potencial motivador del puesto 118 (*Job Diagnostic Survey* (JDS). Se encontró correlación moderada no significativa entre ambas variables, $r = 0,314$ ($p = 0,066$). Las 3 motivaciones más elegidas, de una lista de 15 fueron: Para construir un mundo mejor (56,5%), Por mis convicciones religiosas (45,6%), y Para procurar bienestar (41,3%).
Conclusiones: El perfil del voluntario es una mujer de 52 años con estudios universitarios, trabaja y es creyente practicante. Lleva 7,5 años como voluntaria y 3 años en el Centro, habiendo pasado por una media de 2 voluntariados previos. Dedica actualmente 3 h semanales al voluntariado y su motivación principal es construir un mundo mejor, seguido de sus convicciones religiosas y procurar bienestar.

PS-015. NECESIDADES Y CUIDADOS EN LA FASE FINAL DE UNA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA). A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Cegarra[1], R. Belda[1], X. Azkoitia[1], L. Arribas[1], L. Steegman[1] y M. Villacieros[2]
[1]Centro Asistencial San Camilo. Tres Cantos. [2]Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos.

Objetivos: La atención a los enfermos por un equipo multidisciplinar es cada vez más frecuente dentro de los programas de cuidados paliativos. Sobre todo en su fase final, facilita los cuidados a la persona de una manera integral cubriendo sus necesidades. El objetivo de este estudio es el análisis retrospectivo de la atención ofrecida a una enferma en fase terminal de ELA en cuanto a necesidades y cuidados.
Métodos: Revisión retrospectiva de historia clínica. Mujer de 82 años de edad. Diagnosticada de ELA bulbar en julio de 2013. Entre la fecha de ingreso y fallecimiento transcurrieron 23 días. En seguimiento por Equipo de soporte de atención domiciliaria de paliativos formado por médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, trabajador social, psicólogos, agentes de atención espiritual, rehabilitación y limpieza. Se recogieron testimonios referentes a necesidades escritos por la paciente y testimonios tanto verbales como escritos referentes a los cuidados ofrecidos por los profesionales que la atendieron. Mediante análisis cualitativo se sometieron los testimonios de ambas partes conjuntamente y por temas a análisis de contenido.
Resultados: Se registraron un total de 174 intervenciones (nº de anotaciones en historia clínica) de distintos profesionales. El 42% (73) de enfermería, el 33% (58) de auxiliares, el 15% (26) de medicina. El 5% (10) de atención espiritual y el 4% (7) de trabajo social y psicología. En la fase final de esta enfermedad son numerosos los síntomas y necesidades de los pacientes. Analizamos las necesidades manifestadas por una persona en esta fase de la enfermedad y cuantificamos los profesionales especializados que necesitó para su cuidado.
Conclusiones: La comunicación individualizada de las necesidades de una paciente en fase terminal de ELA requirió de escucha activa y escritura. De esta forma se pudieron atender todas las dimensiones de la persona: física, emocional, cognitivo, espiritual y relacional. Estos cuidados personalizados fueron proporcionados por un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos.

PS-016. TOMA DE DECISIONES EN LA FRAGILIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ELA

R. Belda[1], M. Cegarra[1], X. Azcoitia[1], L. Arribas[1], L. Steegman[1] y M. Villacieros[2]
[1]Centro Asistencial San Camilo. Tres Cantos. [2]Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos.

Objetivos: Los cuidados paliativos y las unidades geriátricas atienden a muchos pacientes con enfermedad en fase terminal. La toma de

decisiones en estos momentos se basa en una serie de elementos para los cuales se están desarrollando actualmente instrumentos para evaluar la calidad de cuidados en los momentos finales de la vida. Este estudio tuvo como objetivo el análisis retrospectivo de la toma de decisiones en un equipo multidisciplinar de Cuidados Paliativos que atendió a una persona con esclerosis lateral amiotrófica en fase avanzada.
Métodos: Se recogieron 20 testimonios escritos de una mujer de 82 años de edad diagnosticada de ELA bulbar en julio de 2013. Entre la fecha de ingreso y fallecimiento transcurrieron 23 días. Asimismo se recogieron los testimonios verbales y escritos del Equipo que la atendió. Además, se revisó la historia clínica. Mediante análisis cualitativo se sometieron los testimonios de ambas partes conjuntamente y por temas a análisis de contenido.
Resultados: Nuestros resultados parecen indicar que hay concordancia entre las percepciones de ambas partes, es decir la problemática que reflejan los testimonios de la paciente fueron coincidentes con los que profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, trabajador social, psicólogos, agentes de atención espiritual, rehabilitación y limpieza) iban observando, atendiendo y registrando sobre ella.
Conclusiones: Es posible que el equipo de atención a una persona dependiente en situación de ELA avanzada, poniendo en marcha las actitudes básicas de *counselling*, (empatía, aceptación incondicional y autenticidad), propicie un tipo de relación que promueva una toma de decisiones autónoma hasta el final.

PS-017. PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS POR TRABAJO SOCIAL EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

M. Jiménez Ibáñez y E. Pérez Olmo
Consorci Sanitari Integral. Hospital de l'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Estudio descriptivo de los pacientes en una UGA con intervención de trabajo social.
Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo. Se ha recogido las variables sociodemográficas, procedencia, demanda principal, diagnóstico social y recurso final.
Resultados: De los 472 pacientes atendidos por Trabajo social (2007-2010), 272 son mujeres (57%) y 200 hombres (43%). La procedencia de la demanda: 62% la Unidad Funcional Interdisciplinar sociosanitaria, 35% hospitalización, y 3% otros (primaria de salud, servicios sociales...). Un 63% (296) se ha activado por el protocolo de actuación, un 17% (81) la familia, un 13% (62) el facultativo y un 4% (17) el paciente. Un 38% (178) solicitaba derivación a sociosanitario, un 13% (65) valoración sociofamiliar, el 13% VGI, un 12% (60) coordinar el alta, un 8% (38) ingreso en residencia y un 3% derivación a primaria de salud. Diagnósticos sociales: un 35% (162) dificultades para atender al paciente en el domicilio, un 25% (118) claudicación familiar, un 11% (52) enfermedad crónica, un 6% (28) no presentan dificultad social, un 4% (17) tiene dificultades puntuales, un 2% (11) hay ausencia de familia, y otro 2% (10) conflictos familiares. El recurso utilizado: 23% (109) unidad de convalecencia del sociosanitario, 22% (104) el trabajador social, 11% (53) unidad de larga estancia, 8% (41) de exitus, 6% (27) recurso residencial, y 3% tanto Servicios Sociales de Atención primaria (13) como unidad de psicogeriatría del sociosanitario (13).
Conclusiones: Existe una correspondencia entre la demanda (centro sociosanitario 38%), y el recurso asignado (convalecencia, larga estancia y psicogeriatría 37%). La UGA como una unidad de valoración interdisciplinar (26% valoración socio familiar y VGI). El 50% de los diagnósticos sociales hace referencia a situaciones familiares (dificultad para atender, claudicación, ausencia o conflictos), hecho que remarca la importancia de trabajar con las familias. El segundo recurso más utilizado ha sido el trabajador social, entendido como recurso para valorar, coordinar, gestionar, orientar e informar. La institucionalización temporal (sociosanitario) es el mayor recurso tanto asignado como solicitado, y la institucionalización definitiva (tanto en la demanda como en la asignación) no es significativo (8% solicitud y 3% de derivación).

PS-018. ALZHEIMER: UNA EXPERIENCIA CREATIVA CON ENFERMOS Y CUIDADORES

J. Marí Marí[1] y A. Serapio Costa[2]
[1]Consell Eivissa. Eivissa. [2]Hogar Eivissa. Eivissa.

Objetivos: Mostrar la enfermedad de Alzheimer a través de un enfoque audiovisual, un recorrido experiencial, participativo y divulgativo para ensalzar y apoyar la figura del cuidador familiar.
Métodos: A lo largo de una mañana, coincidiendo con el Día Mundial del Alzheimer, convertimos un salón de 170 m^2 en un espacio polivalente diferenciando tres sectores. En un primer sector, haciendo un recorrido por la enfermedad a través de 20 pósters, para su explicación tanto en su vertiente médica como psicológica, social y legal. En otro apartado, se potenciaba y elogiaba la figura del cuidador familiar con proyecciones de cortes de películas, recitales de poemas y canciones, participando familiares y enfermos. Finalmente, en una última sección, se presentaban las adaptaciones que debían poder realizarse en el hogar para mejor cuidado del enfermo.
Resultados: 60 personas participaron en este día interactivo, de los cuales: 40 eran cuidadores familiares, 5 cuidadores profesionales, 10 enfermos de Alzheimer en distintos estadios y 5 profesionales del ámbito biopsicosocial. El haber compartido en el mismo espacio diversas muestras gráficas y audiovisuales, así como interactivas, fomentó una jornada participativa tanto para personas con la enfermedad como para sus cuidadores.
Conclusiones: Sabido es que "todo es mejor si se hace en compañía". Pudimos comprobar tales beneficios a través de experiencias compartidas entre cuidadores familiares, profesionales y enfermos. A través de esta jornada, inicialmente lúdica, se comprobaron la falta de recursos existentes lo cual motivó la necesidad de crear este tipo de actividades que fomentan la interacción grupal y coloquial. A través de ellas, no suplimos la falta de recursos pero sí potenciamos la participación tan positiva para todas las partes implicadas. Los beneficios de esta experiencia nos remiten a que este centro debería convertirse en un centro de promoción de la autonomía personal. Tendríamos que contar con este tipo de actividades de manera sistematizada y coordinada con todos los servicios implicados.

PS-019. MODIFICACIÓN DEL ENTORNO MEDIOAMBIENTAL EN CENTROS PARA PERSONAS CON DEMENCIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN DE LA INCIDENCIA DE SPCD

P. Suárez López[1], R. Sánchez-Ortiz Gutiérrez[1] y J. Pla Vidal[2]
[1]Idea S.L. Pamplona. [2]Foro Qpea. Pamplona.

Objetivos: El objetivo específico de este estudio es el "Diseño de un instrumento de evaluación del entorno medioambiental para centros de atención de personas con demencia con el objetivo de disminuir los SPCD a través de las modificaciones medioambientales"
Métodos: Elaboración de un metaanálisis de las investigaciones que demuestren efectividad en la disminución de los SPCD (Síntomas cognitivos y conductuales en la demencia) por medio de la implantación de modificaciones medioambientales en 4 variables de estudio: arquitectura del edificio, el diseño de interiores, atributos sensoriales y clima social.
Resultados: Tras la revisión bibliográfica, con respecto a la arquitectura del edificio y el diseño del interior, los estudios demuestran que el tamaño de la unidad (de 9 a 19 personas) y el diseño "home like" son las dos variables con mayor efectividad a la hora de disminuir los SPCD. Con respecto a los atributos señoriales, los colores predomi-

nantes han de ser los de longitud de onda larga, el haz de luz ha de ser brillante similar a la luz del día, deben respetarse los ritmos circadianos, eliminar suelos reflejantes y eliminar diferentes luminosidades en una misma sala y los pasos de puerta. Con respecto al aroma, el bálsamo de limón y el de lavanda disminuyen las conductas disruptivas de los pacientes. La temperatura, el ruido y la posición de la cama en la habitación son también variables que influyen en las conductas de las personas con demencia. Con respecto al clima social del centro, las situaciones de hiper/hipo estimulación producen un aumento de la agitación y agresividad.
Conclusiones: El entorno medioambiental, en particular la arquitectura del edificio o centro, el diseño de interiores, los atributos sensoriales y el clima social de un centro, son variables que afectan al aumento o la disminución de las alteraciones cognitivas y conductuales de las personas con demencia. La aplicación de diferentes medidas a través de una evaluación medioambiental, producirá mejoras en los SPCD de nuestros usuarios con demencia y disminuirá la carga asistencial de los cuidadores.

PS-020. ANÁLISIS PRELIMINAR DE DATOS NORMATIVOS DEL CAMBRIDGE COGNITIVE EXAMINATION-REVISED EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA

A.X. Pereiro Rozas, S. Ramos, C. Lojo-Seoane, D. Facal y O. Juncos-Rabadán
Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivos: Obtener datos normativos del Cambridge Cognitive Examination-Revised (CAMCOG-R) en una muestra española. Analizar algunas propiedades psicométricas del instrumento, así como las diferencias en el estado cognitivo general normativo según la edad y el nivel educativo.
Métodos: Se reclutaron, de manera incidental, un total de 730 personas de la Comunidad Autónoma de Galicia de entre 50 y 97 años. Tras un proceso de depuración de los datos, la muestra quedó compuesta por 643 personas sanas distribuidas en cuatro grupos de edad (50-59, 60-69, 70-79 y +80 años) y cuatro niveles educativos (1-4, 5-8, 9-13 y +13 años de escolarización formal). Se analizaron los valores de fiabilidad y validez convergente y divergente, y se calcularon los valores normativos según percentiles, por nivel educativo en cada uno de los grupos de edad.
Resultados: Los valores de fiabilidad (alfa de Cronbach) son elevados y cercanos al nivel exigido para los instrumentos de diagnóstico. Los valores del error estándar de medida se incrementan sensiblemente en las puntuaciones más bajas (Cuartil 1), reduciendo su fiabilidad. La validez convergente con el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y la divergente con el CASP son adecuadas. El análisis de los valores normativos por nivel educativo en cada uno de los grupos de edad indica que la variabilidad asociada al nivel educativo aumenta a medida que lo hace la edad en todos los percentiles considerados.
Conclusiones: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de contar con datos normativos del CAMCOG-R que tengan en cuenta la edad y el nivel educativo.

PS-021. CUIDARELAX: PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR/A, RESPIRO Y DESCANSO PARA FAMILIARES DE PERSONAS DEPENDIENTES EN BALNEARIOS: RESULTADOS DE LA MEJORA EMOCIONAL

M.D. Ortiz Muñoz[1], T. Martínez[1], N. del Potro[2] y J. López Martínez[3]
[1]CUIDARELAX-UDP. Madrid. [2]Cuidarelax-Abierto hasta el amanecer S Coop. Madrid. [3]CEU San Pablo. Boadilla del Monte.

Objetivos: Cuidar a personas enfermas supone habitualmente una notable fuente de estrés. Cada vez es mayor el número de familiares que asumen cuidados de larga duración en el tiempo. Desde el 2010 la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) desarrolló un programa de intervención que favoreciera un cuidado más equilibrado desde la perspectiva de género denominado CUIDARELAX entre cuyos objetivos se incluían actuaciones para el manejo del estrés de las personas cuidadoras combinando tres días de sociobalneoterapia con un programa de intervención psicoformativo para mejorar el estado emocional (ansiedad, sobrecarga, depresión) mediante cinco sesiones de hora y media de duración cada una.
Métodos: De un total de 1.869 participantes se evaluaron 505 cuidadores/as familiares (57% cuidadores principales, 63% mujeres, edad promedio = 56 años) que atendían a familiares mayores en situación de dependencia (42% con problemas de demencia, edad promedio = 83 años) en la Comunidad Valenciana, La Rioja y Aragón. Se utilizaron cuestionarios estandarizados para población española para la medición de depresión (BDI), ansiedad (POMS), carga (Zarit BI) e inadaptación (Echeburua EI). Se utilizaron pruebas t para muestras relacionadas para comparar los resultados pre y postratamiento tanto de las personas cuidadoras principales (responsables del cuidado del familiar) como de las de apoyo.
Resultados: Las personas cuidadoras principales mostraron una reducción significativa tras la intervención de niveles de ansiedad (t_{178} = 7,261, p < 0,001), carga (t_{279} = 55,155, p < 0,001), inadaptación (t_{160} = 6,189, p < 0,001). Las personas cuidadoras de apoyo mostraron una reducción significativa tras el programa de los niveles de ansiedad (t_{251} = 6,105, p < 0,001), carga (t_{168} = 5,489, p < 0,001). Asimismo tanto las personas cuidadoras principales como las de apoyo mostraron reducciones en los niveles de depresión sin que se alcanzase la significación estadística.
Conclusiones: Una intervención que combina el respiro que ofrece la balneoterapia junto con intervención grupal psicoformativa desde la perspectiva de género consigue reducir los problemas emocionales, especialmente aquellos que tienen que ver con tensión y sobrecarga. Las mejorías son más drásticas en el caso de las personas cuidadoras principales. Conviene pues ofrecer este tipo de tratamientos a quienes cuidan en el hogar a familiares dependientes y se encuentran en una situación altamente estresante.

PS-022. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

E. Pérez Olmo[1], V. Vilamajor[2], L. Reig Puig[2] y M. Camacho[1]
[1]Hospital Moisés Broggi. Consorci Sanitari Integral. Sant Joan Despí. [2]Consorci Sanitari Integral. Sant Joan Despí.

Introducción: A mediados de 2012 se crea en el Hospital Área de Atención Integrada del Paciente Quirúrgico Complejo (APQC). Los miembros del área se reúnen semanalmente. Comentan pacientes con riesgo quirúrgico por pluripatología y antecedentes (obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares...) y características como: edad, calidad de vida previa, hábitos: tabaco, alcohol, etc. En las sesiones intervienen anestesista, enfermeras clínicas, cirujanos incluido quién presenta el caso, Equipo de geriatría, fisioterapeuta, dietista y desde mayo de 2013 T. Social.
Objetivos: Analizar la actuación del T. Social en Servicios Quirúrgicos tras la creación del Área de Atención al Paciente Quirúrgico Complejo (APQC).
Métodos: Análisis retrospectivo y comparativo de las demandas sociales atendidas por T. Social en los servicios de: cirugía general, vascular, urología y otorrinolaringología durante el período de mayo de 2013 a febrero 2014, comparado con pacientes incluidos en el APQC. Este período coincide con la inclusión del T. Social en el APQC.
Resultados: Se han atendido un total de 208 demandas sociales. 20 son de pacientes incluidos en el APQC. Edad media de estos 20 pacientes es 72,25 años. Rango de edad 42 años (87-45). Sexo: 38% mujeres y el 62% hombres. Destino al alta: Centro Socio-Sanitario (CSS) el 62% (6% derivados a Larga Estancia (LLE), un 83% a convalecencia y un 11% a Paliativos); Exitus 6,25% y domicilio un 31,75%.

Comparando con los pacientes atendidos en el APQC el destino era: CSS 65% (15% LLE, 70% convalecencia y 15% paliativos), exitus: 5%, y el 30% alta a domicilio. Los pacientes que marcharon a domicilio recibieron orientación social al alta.
Conclusiones: Los pacientes incluidos APQC a pesar de tener mayor riesgo quirúrgico no han presentado mayor mortalidad en el período estudiado. De los pacientes incluidos en el APQC un 15% fue derivado a LLE frente un 6% del total de pacientes, indica requirieron de un mayor periodo de atención socio-sanitaria postquirúrgica los pacientes del APQC. El APQC intenta optimizar las condiciones del paciente durante el pre y post quirúrgico. T. Social realiza detección proactiva consistente en la coordinación con los recursos socio-sanitarios y asesoramiento al paciente y/o familia en el retorno a domicilio facilitando la continuidad asistencial.

PS-023. LA CIUDADANÍA DIGITAL: ¿PARA TODAS LAS EDADES? EXCLUSIÓN DIGITAL Y ESTRATEGIAS DE INCLUSIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

E. Alfama, M. Cruells, J.M. Salcedo y M. Sánchez
Institut de Govern i Polítiques Públiques. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y especialmente Internet se han extendido rápidamente a todos los campos y actualmente desempeñan un rol crucial en la cotidianidad, aunque no todos los sectores sociales están igualmente familiarizados con su uso. Las personas mayores son el colectivo con mayor grado de exclusión digital: si la media de uso de Internet de la población (2012) era de un 64%, en este grupo el porcentaje baja hasta el 14%.
Objetivos: Profundizar en las razones y características de esta exclusión y analizar los procesos de inclusión y aprendizaje digital, en el marco del Proyecto Envejecimiento activo, ciudadanía y participación (Proyectos Cero 2011 en Envejecimiento).
Métodos: Se han revisado las principales fuentes estadísticas, se realizaron 49 entrevistas a mayores durante 2013, se llevó a cabo una encuesta *on line* al alumnado de un programa universitario de formación para mayores de 50 años y se han realizado 4 entrevistas colectivas con mayores con un uso medio o intensivo de TIC.
Resultados: Entre los resultados principales, destacamos que la exclusión digital es cada vez más compleja. Mientras la exclusión absoluta de las TIC (uso vs no uso) disminuye rápidamente a medida que envejecen nuevas generaciones -sólo persiste en los más mayores y en los sectores menos formados-, cobra mayor relevancia la adquisición de competencias digitales más sofisticadas (*digital literacy*). Con la emergencia de algunos colectivos de mayores con patrones de uso equiparables a la media social a medio plazo crecerá la desigualdad interna en este grupo. Así, será necesario combinar las iniciativas de alfabetización digital básica -actualmente predominantes- con iniciativas innovadoras de desarrollo de competencias digitales más avanzadas. La jubilación supone un punto de inflexión en el aprendizaje digital, aunque aparecen críticas significativas al tipo de programas existentes de promoción de TIC en mayores. Las principales barreras identificadas son motivacionales (percepción de falta de utilidad, miedo...), funcionales y económicas, y para muchos de estos obstáculos se mencionan estrategias diversas de superación. Finalmente, los mayores consideran que las TIC favorecen la creación de dinámicas intergeneracionales y les proporcionan autonomía y calidad de vida.

PS-024. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

A. Porta Ferré y J.L. Sánchez Rodríguez
Hospital Comarcal. Amposta.

Objetivos: Describir el perfil social de pacientes clasificados como crónicos-complejos (PCC) ingresados durante un año en una unidad de subagudos (US) de un hospital comarcal, los recursos activados, y el destino al alta.
Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Subagudos con intervención por la Trabajadora Social (TS). La extracción de datos se realizó de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, incluyendo: sexo, edad, escala de Gijón, motivo de la intervención, recursos gestionados y destino del paciente al alta hospitalaria.
Resultados: n = 203 pacientes ingresados en la US en 2013, 84 pacientes (41,38%) con intervención por TS. De estos 51,19% mujeres, edad media: 83,69 años. Motivo de intervención: cuidador inadecuado (1,19%), valoración para planificación de recursos (82,14%), problemática derivada de enfermedad mental (1,19%), soporte insuficiente (5,95%), autocuidado insuficiente (3,57%), riesgo del cuidador (2,38%), recursos insuficientes (1,19%), relaciones de convivencia inadecuadas (2,38%). Escala de Gijón: situación social aceptable (11,9%), situación de riesgo social (69,05%), situación de problemática social (10,71%). En 8,34% no se aplicó. Destino al alta hospitalaria: 65,48% domicilio habitual, 30,95% hospital sociosanitario, 1,19% Nuevo servicio, 2,38% exitus. Recursos gestionados: (total 212) coordinación con servicios sociales de referencia (72,62%), coordinación con socio-sanitario (33,34%), información y trámites Ley de Dependencia (25%), información general de recursos (64,28%). Otros recursos: Banco de Ayudas Técnicas, Servicio de Atención a Domicilio público o privado, Residencia pública o privada, teleasistencia, Centro de Día público o privado, Hospital de Día, grado de discapacidad, proceso incapacitación, etc.
Conclusiones: La intervención de TS en los equipos interdisciplinares de unidades hospitalarias centradas en la atención a la cronicidad, favorece una mejor coordinación con los equipos de servicios sociales de referencia y la puesta en marcha de los recursos más adecuados a los pacientes y su entorno social. En nuestra experiencia, esto ha permitido en gran medida la vuelta de los mismos a su entorno habitual con el soporte necesario para atenuar la carga sobre los cuidadores, garantizando así el bienestar del paciente.

PS-025. SALUD-ENFERMEDAD: APLICACIÓN Y EFECTOS DE LA RISOTERAPIA EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN UN GRUPO DE POBLACIÓN MAYOR

P. Santos Marcos[1], C. Jenaro Río[1], J.A. Sánchez Martín[2] y R.M. Díez Fernández[3]
[1]Universidad de Salamanca. [2]Instituto de Neurociencias de Castilla y León. Universidad de Salamanca. [3]IFES-UGT. Salamanca.

Introducción: La salud es un constructo complejo condicionado por múltiples variables que requiere un abordaje holístico en las dimensiones, biológica, psicológica y social. A nivel intervencionista es posible enlentecer y mejorar los cambios involutivos del ser humano. La risa se conforma como una poderosa herramienta con efectos positivos en la salud.
Objetivos: Valorar cómo influye la aplicación de un taller de dinámica de la risa en diversas dimensiones que tienen que ver con la salud fisiológica y psicológica de un grupo de población mayor.
Métodos: Se han utilizado según la dimensión a evaluar distintos instrumentos. El *Stepwise abreviado* (en la primera y cuarta sesión) para evaluar aspectos de la dimensión fisiológica, así como el registro de la tensión arterial (en las 3 primeras sesiones, mediciones pre y post). Para la dimensión psicológica se ha empleado el Cuestionario de Salud General de Goldberg, GHQ-28 (en primera y cuarta sesión). Por último, mediante la aplicación de una entrevista antropológica de una muestra de los participantes se valora su motivación. El Taller se estructura en 3 sesiones de dos horas y cuarto cada una que se llevan a cabo una vez a la semana durante tres semanas consecutivas, más una cuarta sesión en la que se recogen resultados y con una charla sobre “hábitos de vida saludables”. La muestra se compone de 50

personas mayores con edades comprendidas entre 62 y 88 años de edad, de ambos géneros y socios de los Centros de Día de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Salamanca, Junta de Castilla y León.
Resultados: Se ha obtenido un perfil determinado sobre los aspectos de hábitos de consumo, actividad física y medidas físicas y bioquímicas. Relativo a las medidas de tensión arterial, se observa un aumento descriptivo de esta variable. En el caso del Goldberg, se aprecia un mantenimiento y mejora en aspectos anímicos como la depresión y la ansiedad.
Conclusiones: Según el estudio, aún con las precauciones y críticas metodológicas, es posible afirmar que la risoterapia tiene un efecto positivo en la salud (física y psicológica) de los participantes.

PS-026. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO

M. Merino Alainez
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Analizar resultados de intervención social desde la implantación del programa de atención psicosocial, para pacientes con enfermedad avanzada, en un Equipo de Soporte Hospitalario.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo recogido en base de datos. Perfil de pacientes ≥ 65 años atendidos en un Equipo de Soporte Hospitalario de primer nivel, que han requerido de valoración e intervención social. Datos del primer año del programa, desde inicio de la actividad asistencial 19-03-2013 al 28-02-2014.
Resultados: Muestra ≥ 65 años: 117 pacientes (80,1% del total). Mujeres (43,58%), hombres (56,41%). Edad media 81,11. Estado civil: casados (50,42%), viudos (36,75%), solteros (9,40%), otros (3,41%). Cuidador principal: hijos (57,26%), cónyuge (25,64%), otros (17,09%). Al ingreso proceden de: domicilio 107 (91,45%), residencia 10 (8,54%). Al alta hospitalaria: UCP 30 (25,6%), domicilio 14 (11,9%), domicilio con gestión y seguimiento de ESAD 36 (30,7%), residencia 7 (5,9%), otros 2 (1,7%). Exitus 28 (23,9%). Con instrucciones previas registradas un 3%. Motivo de intervención: organización y planificación de cuidados (49,57%), falta de cobertura de apoyo (16,23%), sobrecarga de cuidados (11,11%), dificultad en la comunicación (6,83%), situación de conflicto (5,12%), intervención en crisis (4,27%), vulnerabilidad social (4,27%) y claudicación familiar (2,56%). Se intervino en diferentes servicios de hospitalización: Urgencias (35,04%), Medicina Interna (35,89%), Oncología (11,11%), Digestivo (5,98%), Otros (11,96%). Representan diagnósticos clínicos: oncológicos el 64,10% de los cuales (digestivos 23,07%, pulmón 7,69%, próstata 7,69%, ORL 5,12%, hematológicos 4,27%, ginecológicos 4,27%, otros 11,96%); no oncológicos el 35,89% de los cuales (demencia 8,54%, EPOC 8,54%, ICC 5,98%, IH 5,12%, pluripatología geriátrica 3,41%, ELA 2,56%, otros 1,70%).
Conclusiones: 1. El principal volumen de pacientes atendidos en ESH con intervención social son ≥ 65 años. 2. Requiere de una valoración integral y una intervención específica. 3. El motivo de intervención con más demanda es la organización y planificación de cuidados. 4. El 64,10% de los pacientes valorados son oncológicos y el 35, 89% no oncológicos. 5. Durante el primer año de actividad el volumen de derivación del ESH al EAPS es cada vez mayor.

PS-027. EL SEXO ES EL ÚNICO FACTOR POBLACIONAL QUE INFLUYE EN LA INCIDENCIA DE LOS SPCD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS

A.M. Sanz Casalengua, M.I. Arias Muñana, L.C. Arranz Santamaría y M.J. Gayoso Orol
Hospital Virgen de la Poveda. Villa del Prado. Madrid.

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) en pacientes ingresados en la unidad de demencias de un hospital de media estancia. Hemos registrado el número y tipo de SPCD presentes en los pacientes. Hemos estudiado la asociación estadística con características demográficas y clínicas, tales como edad, sexo y tipo de demencia. Como objetivo posterior, queremos introducir mejoras en la supervisión de los pacientes y en los tratamientos no farmacológicos.
Métodos: Estudio observacional, de carácter descriptivo y exploratorio. La población estuvo formada por pacientes con demencia atendidos por el departamento de terapia ocupacional de la unidad, durante un periodo de tres años (N = 222). Se han extraído datos demográficos y clínicos, entre ellos el sexo, la edad y el tipo de demencia, así como 15 SPCD. Para el estudio del índice global de SPCD se ha usado un análisis ANOVA factorial, y para el análisis de cada síntoma individual se han empleado el test Chi-square y el test exacto de Fisher.
Resultados: Edad media: 82,7 años. Sexo: 56,3% mujeres. Incidencia SPCD: 86,5%, uno o más síntomas. Tipo de demencia: 43,6% Alzheimer, 27,9% mixta. Estadio: 57,6% moderado, 31% moderadamente grave. SPCD más frecuentes: inquietud, insomnio, agresividad física y depresión. Únicamente el sexo muestra una asociación significativa con el índice global de SPCD. Los hombres padecen en promedio un síntoma más que las mujeres. En cuanto a los síntomas individuales, destaca significativamente la mayor presencia de agresividad física en los hombres. Con menor claridad, el análisis sugiere otros síntomas con una posible asociación con el sexo masculino: inquietud, agitación verbal y delirios.
Conclusiones: El sexo se muestra con claridad como un factor que está asociado a la aparición de SPCD, especialmente en relación con la agresividad física. Otros SPCD podrían estar también asociados al sexo, pero los resultados no ofrecen significatividad estadística suficiente. Estos resultados sugieren la necesidad de una supervisión especial de los pacientes varones que presenten algunos de los síntomas identificados. Asimismo, parece recomendable introducir mejoras en la intervención no farmacológica en esos casos, en especial a través de terapias ambientales.

PS-028. CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA. LOS PLANES DE VIDA ESENCIAL

L. Piñol Vilamitjana, M. Alsina Altimiras, I.P. Agudo Pérez, M. Enfruns Salazar y P. Álvarez Guixé
Residència Laia. Mataró.

Objetivos: Mejorar el estado de ánimo de los residentes de la unidad de demencias. Aumentar el potencial de implicación positiva (conductas de alto potencial), mejorar la calidad de las interacciones del personal con los residentes.
Métodos: Mediante la técnica del Dementia Care Mapping se registran las conductas, estados de ánimo de los residentes con demencia y las interacciones del personal con dichos residentes. Se diseñan reuniones periódicas con el personal en el que se trabajan los mapas obtenidos, la biografía del residente y las apreciaciones del personal. Se diseñan los "planes de vida esencial" para cada uno de los residentes poniendo énfasis en la percepción positiva de la persona con demencia. Se vuelve a registrar con el Dementia Care Mapping para observar los resultados.
Resultados: Respecto al estado de ánimo positivo, en la primera mapación es del 67% de los periodos observados, mientras que en la segunda mapación pasa al 84%. En cuanto al potencial de implicación positiva, en la primera mapación es del 37% pasando al 56% en la segunda mapación. Referido a la calidad de las interacciones observamos en la primera mapación 18 detractores y 45 potenciadores, pasando a 1 detractor y 65 potenciadores en la segunda mapación.
Conclusiones: La metodología de trabajo de la atención centrada en la persona mediante "los planes de vida esencial" mejora el estado de ánimo, el potencial de implicación positiva de los residentes con

demencia y las interacciones del personal con los mismos residentes.

PS-029. DERIVACIÓN AL SERVICIO DE ACOGIDA URGENTE PARA LA VEJEZ (SAUV) DESDE UN HOSPITAL DE AGUDOS DE BARCELONA

B. Beltrán Bartés, A. Torres Corts y E.B. Villegas Bruguera
Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos: Estudiar la evolución de las derivaciones realizadas desde Trabajo Social del Hospital Dos de Maig al programa municipal de SAUV (Ayuntamiento de Barcelona).
Métodos: Descriptivo retrospectivo del periodo 2010-2013.
Resultados: Año 2010: 3 casos Edad: 74-85 (promedio 78.7 años) Sexo: 67% mujeres, 33€uro hombres Barthel (B): 33% < 20, 33% 40-55, 33% > 60, Pfeiffer: moderado 33%, importante 67%. Año 2011: 5 casos Edad: 78-88 (promedio 82 años) Sexo: 60% mujeres, 40% hombres Barthel (B): 20% < 20, 20% 40-55, 60% > 60 Pfeiffer: leve 20%, moderado 20%, importante 60%. Año 2012: 4 casos Edad: 65-89 (promedio 80.5 años) Sexo: 75% mujeres, 25% hombres Barthel (B): 25% 20-30, 75% > 60 Pfeiffer: sin errores-normal 50%, 25% moderado 25% importante 55%. Año 2013: 11 casos Edad: 73-98 (promedio 87 años) Sexo: 64% mujeres, 36% hombres Barthel (B): 55% < 20, 18% 20-30, 18% 40-55, 9% > 60 (ningún caso B: 100), Pfeiffer: sin errores 0%, leve 18%, moderado 27%, importante 55%.
Conclusiones: 1) Desde 2010 se han casi cuadriplicado el número de derivaciones a SAUV (de 3 a 11 casos), con una variabilidad para disponer de plaza residencial entre 3 y 12 días y un promedio de 7 días en 2013. 2) Se ha incrementado de 78.7 a 87 años el promedio de edad del paciente derivado a residencia SAUV. 3) La autonomía de los pacientes también se ha visto disminuida. Barthel < 20: del 20% al 55% y Barthel > 60: del 75% al 9% en el último año. 4) El 78% de los casos derivados a SAUV tenían un deterioro moderado-importante según el test de Pfeiffer. En resumen, se han incrementado la edad y la dependencia cognitivo-funcional de los pacientes derivados a este programa en los últimos 4 años.

PS-030. APLICACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVALOS TEMPORALES SOLAPADOS EN EL ESTUDIO DEL DETERIORO COGNITIVO LIGERO

D. Facal[1], J. Guàrdia-Olmos[2], C. Lojo-Seoane[1], A.X. Pereiro[1] y O. Juncos-Rabadán[1]
[1]Universidad de Santiago de Compostela. [2]Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament. Universidad de Barcelona.

Objetivos: Los estudios longitudinales constituyen herramientas de gran valor para investigar el continuum del envejecimiento cognitivo normal a las demencias. Sin embargo, estos estudios presentan especificidades en cuanto a la variable tiempo, la cual puede estar estrechamente relacionada con el cambio tanto en el rendimiento como en el estatus cognitivo. En la estrategia de intervalos temporales solapados se crean intervalos con cierto solapamiento para agrupar a los participantes, de forma que las medias de tiempo entre grupos sean escalonadas pero los participantes pueden estar incluidos en más de un grupo. Esta estrategia se utiliza en la validación de tests neuropsicológicos para maximizar el tamaño de la muestra en cada grupo de edad. El objetivo de este trabajo es desarrollar una estrategia de análisis de datos basado en intervalos temporales solapados en un estudio sobre deterioro cognitivo ligero (DCL).
Métodos: Un total de 294 participantes mayores de 50 años que acudieron a su centro de atención primaria de salud con quejas subjetivas de memoria fueron: a) evaluados y diagnosticados en línea base, de acuerdo a los criterios actuales, como DCL multidominio amnésico (22 participantes), unidominio amnésico (44), no amnésico (26) o controles (202); b) re-evaluados entre los 9 y los 30 meses.
Resultados: Se presentan los intervalos temporales solapados desarrollados para este trabajo, los cuales toman como referencia 6 momentos (12, 15, 18, 21, 24 y 27 meses entre la primera y la segunda evaluación) y describen seis intervalos temporales con un rango de 6 meses en relación al punto de referencia (9–15, 12-18, 15-21, 18-24, 21-27, y 24-30). Esta estrategia se ilustra con aplicaciones en el estudio de las tasas de cambio y en el de las probabilidades de tránsito entre categorías diagnósticas.
Conclusiones: El estudio de las tasas de cambio y de las probabilidades de tránsito en diferentes grupos, no solo en función del grupo diagnóstico sino también de las diferentes latencias, permite maximizar el tamaño de la muestra e integrar satisfactoriamente el tiempo entre evaluaciones en el estudio del DCL.

PS-031. CRITERIOS DE LA PERCEPCIÓN DE LA MUERTE EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR RURAL Y URBANA DE LIMA 2010

W.E. Pérez Mestanza
Centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos del Ministerio de Salud del Perú. Lima. Perú.

Perú, con 28 220.764 habitantes en la cual se estima que el 73% es población urbana y el 37% es población rural y de la cual cerca del 7% son adultos mayores es decir más de 2 millones de adultos mayores en la actualidad. Se estudia con el presente trabajo diversos aspectos cognitivos relacionados con el proceso de morir que generan miedo y ansiedad el saber que se está cerca de la muerte y es la muerte igual como la vemos todos y como la percibimos y que conducta adoptan frente a ello los adultos mayores. Según canal el anciano mientras goza de buena salud desdeña de hablar de la muerte y solo lo aborda cuando tiene deterioro físico y según templer la ansiedad ante la muerte es un estado emocional muy desagradable ante la contemplación de su propia muerte y ello se acompaña de un alto nivel de ansiedad. Se plantea como problema determinar si existen o no diferencias en la percepción de la ansiedad ante la muerte en la población adulta mayor de la zona chorrillos (Urbana) y de la zona Lurín (rural). Se empleo la modalidad de encuesta directa con el test de colet lester valorando datos relacionados a su propi muerte y al proceso de morir y la muerte de otros con indicadores de educación religión salud y aspectos de calidad de vida. Resultados obtenidos se demostró que la población rural en mas 83% un nivel bajo de ansiedad frente a la muerte. En la población rural su escaso nivel educativo y su percepción de calidad de vida están muy estrechamente relacionados y se señalan como satisfactorio. La religiosidad en común denominador para ambos grupos como factor atenuador o facilitador en más del 95%. El grupo urbano valoro más el auto cuidado y la prevención de la salud. Vivienda y alimentación no fueron significativos.

PS-032. PROYECTO WETAKECARE. COLABORACIÓN E INTERACCIÓN DE PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES EN EL CUIDADO, FORMACIÓN PARA MEJORAR LA AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

R. Poveda Puente[1], R. Barberà[1], H. Becker[2], I. Schädler[3], A. Wienholtz[4] y M. Ramírez[5]
[1]Instituto Biomecánica de Valencia. [2]Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Suiza. [3]Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz. Suiza. [4]Kaasa health GmbH. Alemania. [5]Centro de Producción Multimedia para la Televisión Interactiva S.L. Córdoba.

Objetivos: Desarrollar un sistema interactivo y multimodal para la formación de ADL mediante realidad virtual, fácil de usar, que capacite en el cuidado colaborativo y que fomente la vida independiente de las personas mayores.
Métodos: WeTakeCare integra a los usuarios finales en el centro del proceso, presentando su voz en las fases de definición de requisitos,

Tabla. PS-032

	España	Suiza
Grupo 1: personas mayores	Valencia: 9 participantes	Winterthur: 8 participantes Berne: 6 participantes
Grupo 2: familiares	Valencia: 9 participantes	Winterthur: 8 participantes
Grupo 3: Profesionales		Winterthur: 7 participantes

el desarrollo de conceptos y productos, así como en las distintas validaciones. Durante la primera anualidad se ha realizado una amplia revisión bibliográfica y de bases de datos con objeto de identificar las necesidades y requisitos del sistema Además se han realizado los siguientes grupos de discusión (tabla). Los potenciales usuarios del sistema WETAKECARE, son personas con edades de 50 años y más años, que presenta una pérdida inicial de las capacidades y / o con una ligera a moderada discapacidad física. Esta pérdida de capacidades aumenta la dificultad para realizar las AVD, lo que lleva con frecuencia a su pobre ejecución y mayor apoyo del cuidador. Para la correcta definición de requisitos funcionales del sistema se han aplicado las técnicas de personas, construcción de escenarios y listas de selección, donde se han definido las situaciones funcionales más características de la población mayor actual. Estos "perfiles" serán revisados y aceptados por un grupo asesor compuesto personas mayores.

Resultados: Durante la primera anualidad del proyecto se han obtenido perfiles de personas mayores y cuidadores en función de sus capacidades funcionales y necesidades de reentrenamiento de AVD. Además se han predefiniendo las características básicas de usabilidad y accesibilidad del interfaz.

Conclusiones: La participación activa de las personas mayores durante todo el proyecto, hace posible un futuro desarrollo del sistema WETAKECARE ajustado a las necesidades y expectativas reales de las personas mayores y sus cuidadores.

Financiado por el programa Ambient Assisted Living (ref AAL-2012-5-036). Web: http://www.wetakecare.ibv.org/

PS-033. UNA PRIORIDAD PARA LOS PROFESIONALES: LA IMPLICACIÓN EN LA FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE MAYORES DEPENDIENTES

M.A. García Antón[1], J.R. Campos Dompedro[2], A.M. Fernández Rodríguez[1], R. Matilla Mora[3], M. Merino Alainez[4], S. Molinero Aguilera[5], A. Moya Bernal[5], P. Ramos Cordero[7], E.M. Sanz Peces[8], M.A. Valle Martín[1] y Grupo de Trabajo Ley de Dependencia (SEGG)

[1]Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid. [2]Mapfre. Madrid. [3]http://www.terapia-ocupacional.com/. [4]Fundación Instituto San José. Madrid. [5]Trabajadora Social. [6]Centro de Salud Embarcaciones. Tres Cantos. [7]Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. [8]ESADP Dirección Asistencial Norte. Madrid.

Objetivos: Analizar el grado de formación/información de los cuidadores familiares y dificultades que encuentran en el cuidado de personas mayores con incapacidad física (ECR ≥ 3) y/o mental (ECR = 0-5).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Encuesta realizada telefónicamente a cuidadores familiares tras ingreso hospitalario de la persona mayor cuidada, periodo 20-08-2013 / 20-02-2014. Muestra inicial = 231. Muestra real = 206. Exitus = 25. Variables/estudio: persona dependiente: edad, diagnóstico, incapacidades, grado dependencia reconocida. Cuidador: edad, nivel estudios, pertenencia entorno familiar, parentesco, tiempo dedicado al cuidado, situación laboral, ayudas formal/informal, formación recibida en cuidados desde: Especializada, Primaria, Servicios Sociales y percepción necesidades formativas y dificultades en el cuidado.

Resultados: Edad media dependientes 86,64 años (DE 6,1). Incapacidades: física 3,56 (DE 0,8), mental 1,8 (DE 1,5). Diagnósticos prevalentes: demencias (27,66%), enfermedades cardiovasculares (25,72%), enfermedades respiratorias (14,07%), ACVA (9,7%). Reconocida Dependencia 48,5% (25,7% Grado II). El 91,3% de los cuidadores pertenecen al entorno familiar, siendo 65,5% hijos. Tienen más de 71 años el 26% (11% más de 80). Estudios básicos 49%. Cuidan 24 horas/día el 58,7%. Media de años de cuidado 4,02 años (DE 2,6). SAD: público 26,7%, privado 33,5%; CDía 11,1%; prestación económica 15%. Reciben información en cuidados por profesionales de especializada (65%), atención primaria (63,1%), servicios sociales (10,7%). Perciben necesidades formativas 68%. Solo 7,3% buscó cursos. Identifican dificultades en: transferencias (28,1%), afrontar sobrecarga (19,9%), habilidades de comunicación (17,5%). Preferencias formativas: transferencias (27,2%), afrontar sobrecarga (19,4%), habilidades de comunicación (16%).

Conclusiones: A pesar de las incapacidades de los dependientes sólo el 48% tienen reconocida dependencia. Aunque los cuidadores perciben información sobre cuidados por los profesionales, el 92,7% no reciben ningún tipo de formación reglada. Dado que la mitad de los cuidadores tienen estudios básicos, las estrategias formativas deberían estar dirigidas a cursos elaborados con recursos educativos sencillos y gráficos. La necesidad formativa de los cuidadores está relacionada con las transferencias, habilidades de comunicación, y como afrontar la sobrecarga, por tanto la formación debería estar encaminada no sólo al dependiente sino también en los cuidados que precisa un cuidador. Se hace patente la necesidad de que los profesionales se impliquen en la formación en cuidados de los cuidadores familiares.

PS-034. ESTABILIDAD EMOCIONAL Y SALUD PSICOFÍSICA COMO BASE DE LA FELICIDAD PERCIBIDA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

A.J. García González[1] y M.R. Bohórquez Gómez-Millán[2]

[1]Universidad de Sevilla. [2]Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

Objetivos: Los objetivos del estudio se centraron en comprobar si el hecho de desarrollar un programa de actividad física para mayores institucionalizados influía en la percepción de su estado emocional y su salud psicofísica como indicadores principales de su felicidad. Igualmente, se pretendía analizar la percepción de felicidad de los mayores en el pasado o en el presente según las actividades físicas realizadas.

Métodos: 398 participantes institucionalizados en residencias de mayores de Andalucía Occidental cumplimentaron voluntariamente un cuestionario de datos sociodemográficos, La Escala de Actividad Física de la Batería STEPS 2.1 (OMS, 2012) y la Escala de Felicidad (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2006). Para ello los mayores tenían que tener aptitudes lecto-escritoras que le permitieran cumplimentar los cuestionarios.

Resultados: El 41,2% de las residencias para mayores tienen programas de actividad física que mejoran el compromiso deportivo y la felicidad de personas mayores, frente al 58,80% que no los tiene. El 13,8% de los mayores estudiados centran su felicidad en gozar de salud psicofísica, el 73,7% se siente feliz al saber expresar sus emociones a través de actividades físicas colectivas y el 12,5% asegura basar su felicidad en sentirse bien emocionalmente y estar bien físicamente. El 100% de los mayores encuestados manifiestan que en las residencias de mayores es necesario incluir ofertas de actividad física que mejoran la autoestima y la autoimagen del mayor.

Conclusiones: En la hipótesis 1 existe una percepción de felicidad mayor en el pasado (8,21) en relación con el presente (5,51) en per-

sonas que realizan actividad física. En la hipótesis 2, las personas mayores que realizan una actividad física reglada y formal tienen una percepción media de felicidad en el presente, siendo un resultado significativo en el análisis post-hoc en relación con las personas que no realizan actividad física en el presente. La hipótesis 3 relaciona la percepción de felicidad en la actualidad en personas mayores según la realización o no de actividad física siempre, en el pasado sólo o en la actualidad sólo, siendo significativa la relación de felicidad en personas que hacen actividad física en la actualidad.

PS-035. ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN. DIÁLOGO ENTRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS RELATOS DE LAS PERSONAS MAYORES

M. Pérez Salanova[1], J. Subirats[1], M. Cruells[1], E. Alfama[1], M. Pla[2], R. Canal[1] y S. Ezquerra[2]
[1]Institut de Govern i Polítiques Públiques. UAB. Universitat Autònoma de Barcelona. [2]Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar. UVic. Universitat de Vic.

Objetivos: En un contexto global de envejecimiento de las sociedades y de profundos cambios en el modelo social y productivo, se plantean retos importantes para las políticas públicas que reclaman unas nuevas coordenadas. Los resultados de dos investigaciones realizadas en el marco del proyecto Envejecimiento activo, ciudadanía y participación (Proyectos Cero 2011 en Envejecimiento) ofrecen información para impulsar nuevas formas de implicación de las personas mayores.
Métodos: Análisis de las políticas locales de Envejecimiento Activo (EA) en el periodo 2002-2012 mediante 8 estudios de caso de entes locales –mitad capitales y mitad pequeñas localidades– en 4 CCAA distintas y exploración de prácticas y discursos sobre la participación social y el envejecimiento de 49 personas mayores de dos generaciones distintas (60-70 años, y mayores de 80) con diversos perfiles sociales.
Resultados: Las principales intervenciones públicas son la participación institucional (con mayor desarrollo a finales de década del 2000), la dinamización social y comunitaria –en el centro de la política, con los centros de mayores como espacios privilegiados con un claro sesgo hacia las personas sin limitaciones funcionales– y la atención en el entorno o en recursos especializados. Aunque en los últimos años se incorporan enfoques menos asistencialistas, la autonomía y el empoderamiento de las personas mayores no ocupan la posición central. La planificación, la evaluación y la transversalidad escasea y la política fundamentalmente es desarrollada desde Bienestar social. Se detectan asimismo dificultades para integrar la dimensión intergeneracional y la heterogeneidad del colectivo. Los relatos de las personas mayores presentan: una posición social altamente productiva y muy heterogénea; un grado elevado de actividad (de distintos tipos: trabajo de cuidados, asociacionismo, redes comunitarias...), a menudo sin vínculos institucionales. La concepción y defensa de la autonomía incluye la toma de decisiones y la capacidad de hacer cosas por uno mismo conectada con las limitaciones funcionales. Trayectoria vital, posición social, problemas de salud y limitaciones emergen como determinantes en los modos de participación.
Conclusiones: El diálogo entre ambas dimensiones muestra la prioridad de aplicar un enfoque integral y transversal que, en buena parte, desborda los marcos actuales de actuación de las políticas sectoriales existentes.

PS-036. INTERVENCIÓN SOCIAL EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE POSTAGUDOS

J. Leal Preciado, S. Burcet Pérez, E. Casanovas Atienza, A. Rodríguez Marcos, R. Miralles Basseda y M. Sánchez Rodríguez
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La Unidad de Postagudos es un dispositivo asistencial integrado en un centro sociosanitario para la atención después de la fase aguda de una enfermedad o proceso. Se trabaja con planes terapéuticos ínter disciplinares para dar respuestas a las múltiples necesidades de los pacientes.
Objetivos: Descripción de la intervención social realizada en la Unidad de Postagudos de abril a diciembre del 2013.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes, registrándose: sexo, edad, situación social previa [convivencia, cuidador principal (CP), escala de valoración socio familiar de Gijón, barreras arquitectónicas (BBAA) y soporte externo], requerimiento de intervención social (IS) en la unidad asistencial previa, durante el ingreso en postagudos y necesidad de recursos socio sanitarios (CSS) al alta. Vinculación previa con Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), tipo de IS realizada y destino al alta.
Resultados: Se registraron 128 pacientes (69,5% mujeres). Edad Media: 77,8 ± 10,4. Convivencia: solos (35,9%); pareja (32%); hijos (22,6%), otros (6,2%), cuidadora (2,3%); residencia (0,8%). CP: hijos (48,4%), pareja (25,8%), otros (13,3%), no CP (8,6%), cuidadora (3,1%) y residencia (0,8%). Escala de Gijón: 8,2 ± 2,24. BBAA en 53,91%. No soporte externo en 77,3%. IS: unidad previa 25 (44,6%), en el ingreso 54 (42,2%), y en el alta 21 (80,8%). Vinculación previa con SSAP 25 (44,6%). Tipo de IS: 19 orientaciones (36,5%), 13 coordinaciones (25%), 10 gestiones (19,2%), y 10 derivaciones (19,2%). Destino alta: 87 domicilio (68%), 27 CSS (21,1%), 6 nuevas residencias (4,7%), 7 traslados (5,5%) y 1 exitus (0,7%).
Conclusiones: 1. El perfil más frecuente de cuidador principal fueron los hijos. 2. La mayoría de los pacientes ingresados no disponían de soporte externo previo al ingreso. 3. Más de la mitad de viviendas presentaban BBAA. 4. El 42,2% de los pacientes ingresados requirió de IS durante el ingreso y el 78,9% la requirió a lo largo de todo su proceso sanitario. 5. Casi el 70% de los pacientes regresaron a su domicilio habitual. 6. La orientación fue la principal intervención social que recibieron los pacientes.

PS-037. SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO: REGISTRO HOSPITALARIO

P. Serrano Cuesta, M. Lázaro del Nogal, C. Fernández Alonso, M.A. Benito García, A. Santiago Sáez y M.T. Martín Acero
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Realizar un registro hospitalario informatizado de los casos detectados de sospecha de malos tratos en el anciano de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato al anciano en instituciones sanitarias elaborado en el Hospital Clínico San Carlos.
Métodos: La Comisión contra la Violencia, como órgano encargado de las estrategias para detectar el maltrato en el anciano ha elaborado un procedimiento comprometiendo a todos los profesionales sanitarios implicados (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo). Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación. Mediante la hoja de registro se ha podido conocer el tipo y características de los ancianos con sospecha de malos tratos vistos en el Hospital. Nos centramos para el análisis en el grupo de mayores de 65 años.
Resultados: Durante 5 años (2009-2013) se han registrado 189 casos de sospecha de malos tratos: 23 en pacientes > 65 años (12,1%). Edad media: 78,6 ± 8,4 (65-94) Mujeres: 78,2%. Historia de violencia previa: 20. Dependencia física: 14. Deterioro cognitivo: 10. En todos los casos el agresor convivía con el anciano. Profesional que realiza la notificación: T. social: 11 casos. Médico: 10 casos. Enfermera. 2. Lugar del registro: Urgencias: 14 casos. Hospitalización: 7. Consultas: 2. Tipos de malos tratos: físicos: 14 casos; psiquicos: 7; negligencia: 5. Mixtos: 11. Se realizó parte de lesiones en 7 casos y medidas de protección jurídica en 4 casos.
Conclusiones: 1. Retrato robot de víctima: Mujer con importante deterioro físico y cognitivo. 2. El maltrato físico es el más frecuente.

3. El servicio de urgencias es el lugar más frecuente de detección. 4. El registro hospitalario de casos de malos tratos es fundamental para la detección y seguimiento del maltrato en el anciano.

PS-038. VIOLENCIA DE PAREJA EN ANCIANOS

C. Fernández Alonso, P. Serrano Cuesta, M. Lázaro del Nogal, L. Gallego Deike, A. Santiago Sáez y M.T. Martín Acero
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Realizar un registro hospitalario informatizado de los casos detectados de violencia de pareja en ancianos de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato al anciano en instituciones sanitarias elaborado en el Hospital Clínico San Carlos.
Métodos: La Comisión contra la Violencia Hospitalaria ha elaborado un procedimiento comprometiendo a todos los profesionales sanitarios implicados (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo) para detectar la sospecha de malos tratos. Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación y creación de un sistema para la disociación de identidades en pacientes susceptibles de especiales medidas de seguridad.Nos centramos para el análisis en el grupo de mayores de 65 años.
Resultados: Durante 5 años (2009-2013) se han registrado 114 casos de violencia de pareja: 8 en pacientes > 65 años (7%).Edad media: 75,5 ± 6.4. (65-81) Mujeres: 75%. Existía historia de violencia previa en todos los casos. Tipos de malos tratos: negligencia: 3 casos; psíquicos: 6. Mixtos: 4. Lugar de notificación: Urgencias: 5 casos, Hospitalización: 2. Consultas: 1. Profesional que notifica: 4 médico; 3 t. social: 1 enfermera. Se realizó parte de lesiones en 2 casos y medidas de protección jurídica en 1 caso.
Conclusiones: 1. Los malos tratos psíquicos son los más frecuentes en la violencia de pareja 2. La urgencia es el lugar dónde se detectan el mayor número de casos. 3. El registro hospitalario de casos de malos tratos es fundamental para la detección y seguimiento de este tipo de violencia de pareja.

PS-039. ANALIZANDO LA PRESCRIPCIÓN EN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

C. Bibián Getino, C. Herrera Bozzo y E. García-Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: 1. Determinar las características de los pacientes que acuden al programa de recuperación funcional de hospital de día geriátrico. 2. Analizar la medicación de los pacientes. Criterios STOPP-START, polimedicación, receta electrónica y capacidad de administración autónoma.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Inclusión de los pacientes dados de alta de hospital de día geriátrico durante los meses de septiembre 2013 a enero 2014. Se analizan variables sociodemográficas, situación funcional (I. Barthel), estado cognitivo (SPMSQ), polimedicación, capacidad para administración autónoma de medicación, correlación entre listado de medicación del paciente y receta electrónica de atención primaria, necesidad de medicación imprescindible durante la jornada, criterios STOPP-START. SPSS.
Resultados: Inclusión de 41 pacientes. Edad media: 83,17 años. Predominio femenino (58,5%). Procedencia ortogeriatría (29,3%) y de hospitalización de agudos o convalecencia (24,4%). Motivo de ingreso al programa: Post fractura de cadera (41,5%), deterioro funcional (19,5%). El 68,3% tenía un IB previo > 65, al ingreso IB < 45, 53,7% e IB al alta > 65 el 75,6%. Ganancia funcional ≥ 20 puntos en el 75,6%. Adecuado nivel cognitivo (Pfeiffer ≤ 2) el 73,2%. El 65,9% tomaba de forma habitual más de 7 fármacos (polimedicación). El 56,1% tomaba de forma autónoma la medicación. En el 53,7% de los casos la medicación no coincidía con el listado de receta electrónica de primaria. El 12,2% tenía medicación imprescindible que precisaba en la jornada de hospital de día. El 78% cumplía criterios STOPP y el 12,2% criterios START.
Conclusiones: 1. El paciente de hospital de día geriátrico presenta adecuado nivel cognitivo en la mayoría de los casos y buen nivel funcional previo, por lo que un porcentaje elevado es capaz de manejar su medicación de forma autónoma, aun cumpliendo criterios de polimedicación en la mayor parte. 2. Se ha detectado diferencias entre el listado de medicación de los pacientes y el registrado en la receta electrónica de atención primaria. 3. El paciente de hospital de día geriátrico presenta un elevado porcentaje de prescripciones potencialmente inapropiadas según los criterios STOPP-START.

PS-040. RIESGO DE INSTITUCIONALIZACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS HIPERFRECUENTADORES EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Fernández Alonso, P. Serrano Cuesta, A. Martín Martín, M. Lázaro del Nogal, J. González del Castillo y F.J. Martín-Sánchez
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir el riesgo de institucionalización según la escala de Gijón abreviada en los pacientes mayores de 65 años hiperfrecuentadores valorados por la trabajadora social en un servicio de urgencias de un hospital terciario.
Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva de pacientes mayores de 65 años que frecuentaron al menos 10 veces el servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos durante 2012. El riesgo de institucionalización se calculó mediante la escala de Gijón abreviada en aquellos pacientes con historia social electrónica recogida por la trabajadora social a demanda del urgenciólogo.
Resultados: Del total 1.548 atenciones urgentes, se detectaron 43 (42,2%) ancianos hiperfrecuentadores, de los cuales 15 (60,0%) fueron varones. La intervención social se solicitó en 25 (58,1%) casos. Según la escala de Gijón abreviada, la situación familiar fue: 3 (12,0%) vive con pareja y/o familia sin conflicto; 10 (40,0%) vive con pareja de similar edad; 6 (24,0%) vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo; 4 (16,0%) vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades; 2 (8,0%) vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia. Ningún paciente estaba institucionalizado. Las relaciones y contactos sociales fueron: 3 (12,0%) mantiene relaciones sociales fuera del domicilio; 3 (12,0%) sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa; 6 (24,0%) Sólo se relaciona con familia, sale de casa; 13 (52,0%) no sale de su domicilio pero recibe familia o visitas (> 1 por semana). Los apoyos red social fueron: 5 (20,0%) recibe apoyo de la familia y/o vecinos; 2 (8,0%) recibe apoyo social formal suficiente; 17 (68,0%) tiene soporte social pero es insuficiente; 1 (4,1%) no tiene ningún soporte social y lo necesita. El riesgo de institucionalización fue: bajo en 3 (12,0%); intermedio en 8 (32,0%) y alto en 14 (56,0%) pacientes.
Conclusiones: El riesgo de institucionalización según la escala de Gijón abreviada en los pacientes ancianos hiperfrecuentadores es mayoritariamente alto.

PS-041. FACTORES SOCIALES Y FUNCIONALES DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE POSTAGUDOS EN FUNCIÓN DEL SERVICIO DE PROCEDENCIA

J. Leal Preciado, S. Burcet Pérez, R. Miralles Basseda, O. Vázquez Ibar, S. Águila Soriano y M.D. Sánchez Rodríguez
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Comparar la capacidad funcional y otros factores sociales de pacientes ingresados en Postagudos que proceden del servicio de Rehabilitación y de otros servicios.
Métodos: Se registraron 128 pacientes [abril-diciembre'13], 70 (54,69%) del servicio de Rehabilitación del H. de la Esperanza (RHB), 58 (45,31%) de otros servicios del H. del Mar (No RHB). Variables:

sexo, edad, Barthel (previo, ingreso y alta), Lawton previo, convivencia y cuidador principal (CP), escala Gijón, presencia de barreras arquitectónicas (BBAA), soporte externo, requerimiento intervención social (IS) [previa, durante ingreso y al alta en recursos socio sanitarios (CSS)], vinculación previa con Servicios Sociales (SSAP), tipo de IS realizada y destino al alta.
Resultados: Procedencia (RHB vs No RHB); Mujeres 74.3% vs 36.3% ($p < 0,05$). Edad 72,6 ± 10,0 vs 84 ± 7,1 ($p = 0,0003$). Barthel previo; 93,15 ± 11,61 vs 70,17 ± 27,46 ($p = 0,0004$), al ingreso; 56,64 ± 16,41 vs 28,90 ± 19,60 ($p = 0,0001$) y al alta; 82,37 ± 16,25 vs 55,68 ± 28,77 ($p = 0,0001$). Lawton previo; 6,35 ± 2,19 vs 2,82 ± 2,90 ($p = 0,0002$). Convivencia; hijos 10% vs 39,7%, pareja; 38,5% vs 24,1%; solos 42,8% vs 27,5%; cuidadora 0% vs 5,1%; otros 7,1% vs 5,2%, residencia 1,4% vs 0% ($p = 0,0014$): CP; hijos 34,3% vs 65,5%; No 12,8% vs 3,4%; pareja 37,1% vs 12,1%; otros 14,3% vs 12,1%; cuidadora 0% vs 6,9%; residencia; 1,4% vs 1,7% ($p = 0,003$). Escala de Gijón; 6,98 ± 1,46 vs 9,60 ± 2,17 ($p = 0,0005$). Soporte externo; No 85,7% vs 67,2%; Si 14,2% vs 32,7% ($p = 0,0129$). SSAP: Sí 58,6% vs 29,6%; No 41,3% vs 70,3% ($p = 0,02$). Destino al alta; domicilio 82,8% vs 50%, CSS 14,2% vs 29,3%; nueva residencia 1,4% vs 8,6%; traslados 1,4% vs 10,3%; exitus; 0% vs 1,7% ($p = 0,0014$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables estudiadas [BBAA, IS (previa, ingreso y alta), tipo IS].
Conclusiones: 1. Las características de los pacientes NO procedentes del servicio de rehabilitación son: menor soporte externo, menor vinculación previa con SSAP, población mayor, mayor dependencia funcional previa, al ingreso y alta, mayor riesgo social y mayor institucionalización al alta. 2. La IS en el proceso asistencial no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

PS-042. EFICACIA DE LA MUSICOTERAPIA PASIVA PARA PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES GERIÁTRICOS. ESTUDIO PILOTO

J.G. Castilla[1], D. Zarzalejo[1], E. Fuentetaja[1], M.D. Jiménez[1], M. Tribaldo[1], I. Muñagorri[2] y G. Plaza[2]
[1]Sanyres Aravaca. Madrid. [2]Sanyres La Cañada. Madrid.

Introducción: Existen muy pocos estudios en personas mayores, en fases avanzadas de sus enfermedades, en donde se intervengan desde la musicoterapia pasiva, mientras que en personas con situaciones vitales "paralelas" (neonatos o discapacidades severas) se ha demostrado que tiene efectos beneficiosos en el ritmo cardíaco, respiración, sueño, sistema inmunológico o sistema digestivo entre otros.
Objetivos: Demostrar si la musicoterapia pasiva mejora la calidad de vida de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Especiales Geriátricos (UCEG) a nivel nutricional y digestivo, mejora de calidad de vida y el sistema inmunológico, y satisfacción en sus familiares.
Métodos: Estudio comparativo entre pacientes mayores de 65 años ingresados en UCEG. Se selecciona 2 grupos: Grupo experimental (N = 10) reciben musicoterapia pasiva VS Grupo control (N = 10) sin tratamiento con musicoterapia. Se valora el nivel nutricional (MNA largo, EAT-10 disfagia, SNAQ), cognitivo (Escala "Rancho de los amigos"), funcional (Barthel), escala de incapacidad (DRS), escala coma (NOMA y Glasgow), mediciones de constantes vitales (frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, glucemias y peso), biomarcadores (albumina, proteínas, transferrina, prealbúmina, linfocitos, colesterol, glucosa, dopamina, epinefrina, norepinefrina, Acidovanilmandelico (AVM) y metanefrina), valoración observacional de la tensión muscular y la valoración subjetiva de familiares y profesionales.
Resultados: La musicoterapia pasiva tuvo efecto positivo en frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión muscular, en alguno de los biomarcadores estudiados y en la satisfacción subjetiva de las familias en comparación con el grupo control.
Conclusiones: La musicoterapia pasiva en pacientes en UCEG, puede mejorar la calidad asistencial de forma objetiva con parámetros cuantitativos (marcadores bioquímicos, constantes vitales, nutricionales, etc.) y con parámetros cualitativos (valoraciones subjetivas de familiares y trabajadores). Es necesario más tiempo de seguimiento y mayor número muestral.

PS-043. PERFIL SOCIAL DEL PACIENTE DE ORTOGERIATRÍA DEL BAIX LLOBREGAT

I. Guerrero Martín, M. Andreu Aranda y D. Richart Caballero
Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

Métodos: Muestra de 449 pacientes atendidos en 2013, del área de influencia que comprende 12 municipios, mayores de 75 años o menores con comorbilidad y cuyo diagnóstico principal es fractura de fémur. Variables al ingreso: sexo, edad, autonomía previa, procedencia, convivencia, cuidador principal. Indicadores sociales del proceso asistencial: demanda social, diagnóstico social y recurso al alta.
Resultados: Edad media: 84,7 años. Sexo: 74% mujeres 26% hombres. Autonomía previa: 50,8% autónomos. Barthel leve: 56,7%. Procedencia: domicilio 76.6%, institucionalizado 22,4%. Convivencia: Solos 17,1%, familia 52%, residencia 22,4%, cuidador privado 8,5%. Cuidador principal: Cónyuge 22,4%, 29,5% hijos-nietos, sin cuidador 17,1% y 31% institucionalizados o cuidador privado 24h. Demanda: información, orientación y asesoramiento 3,1%, atención relacionada con el proceso asistencial 32,2%, centro socio sanitario 61,6%, Asistencia domiciliaria 2,6%, ayuda económica 0,5% Diagnóstico social: dificultad de retorno a domicilio: 30,6%, dinámica familiar alterada: 33,3%, Ausencia de problemática social 28,7% y otras demandas 7,4%. Recurso al alta: centro socio sanitario 51,01%, residencia 21,93%, domicilio 19,81%, exitus 7,97%.
Conclusiones: El perfil de paciente de ortogeriatría previo al ingreso es mayoritariamente mujer, de 85 años, con una autonomía total o leve que vive sola o con marido en su domicilio. La demanda principal en el proceso asistencial es de ingreso en centro socio sanitario, con un carácter temporal y un objetivo terapéutico, ante la dificultad de retorno a domicilio por su pérdida de autonomía, por falta de cuidador principal, sobrecarga del mismo o fragilidad. Todo ello conlleva a un reajuste de roles en el núcleo familiar que comporte alteraciones en sus dinámicas, aunque sean de carácter puntual. Los pacientes y/o familias que no presentan demanda de intervención social corresponden con el porcentaje de pacientes institucionalizados en recursos definitivos. Elevado porcentaje de demanda-recurso de centro socio sanitario dada la disponibilidad del sector.

PS-044. ¿EN QUÉ NOS MIENTEN LOS PACIENTES?

M.P. García Díaz[1], L. Ortiz Paredes[2] y N. Català Tella[2]
[1]Fundación Hospital de Mollet. [2]CAP Eixample. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que nos mienten en la consulta de un Centro de Salud.
Métodos: 178 pacientes autoencuestados. Anónimas. Valoradas por χ^2 y ANOVA.
Resultados: Mujeres (64,8%), trabajadores activos y jubilados (38%/32,4%), edad media de 53,87 (15 a 89 años). El 37,4% refiere haber mentido alguna vez. Mienten más referente a la dieta (33.5%). Causas de mentiras: desconfianza y desacuerdo solo el 6,6% y los olvidos el 24%. La principal forma de mentira es quitar importancia de los síntomas (15,1%). El 36.9% refieren que mentir puede ayudar en la relación médico-paciente. Los jubilados son los que mejor cumplen las indicaciones (60,3%). Los estudiantes exageran síntomas en un 18,2% y niegan hechos 27,3%. Exageran síntomas a medias de edad

de 39,71 años a diferencia de los que no 54,45 años. Niegan información a una media de edad de 17,33 años a diferencia de los que no 54,49 años.
Conclusiones: Una tercera parte de nuestros pacientes reconocen no haber sido sinceros en algún momento. Las principales dificultades encontradas son: dieta, ejercicio y tabaco. Algunos pacientes no siguen las indicaciones médicas por olvidos. La forma de mentira más habitual es minimizar síntomas, excepto los jóvenes que tienden a exagerar síntomas o negar hechos. Las personas mayores son los que menos mienten y más cumplen. Uno de cada tres usuarios considera que mentir puede ayudar en la relación médico-paciente.

PS-045. LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES "MATA" Y DEPRIME: ¡EL POWERHAND (PH) DA ALEGRÍA Y LA VIDA!

P. Adolfo Morais y J. Parra Marujo
Casa de Repouso Santa Madalena. Portugal

Objetivos: Validación de la importancia del pH como una herramienta para: promover la movilidad de los mayores en los edificios e instituciones públicas o privadas; estimular la psicomotricidad de los mayores con dificultades para caminar; permitir a los mayores para salir de la residencia geriátrica a la calle; fomentar la socialización entre los ancianos y combatir la soledad y depresividad.
Métodos: La investigación con PH se celebró en residencia geriátrica - Casa de Repouso Santa Madalena (CRSM), Alhandra - Portugal. El PH, inventado por Paulo Morais con la colaboración de Parra Marujo, es un carril dinámico que permite a los mayores utilizar las escaleras sin ayuda y se compone de una estructura metálica sin dispositivos eléctricos o electrónicos, fijado en las escaleras, permitiendo el deslizamiento del soporte de manos y detener con el peso o con esfuerzo. Las sesiones alentaron a los mayores salir de sus habitaciones, del primero y segundo piso, para planta baja para vivir, socializar y deambular por la calle. En las sesiones diarias, llevadas a cabo en 6 meses, de subir y bajar escaleras con PH participaran 19 ancianos con una edad media de 78 años del CRSM.
Resultados: En Portugal, en 2012, según datos de la policía, fueron encontrados muertos en sus casas 2872 ancianos. Estos datos han contribuido a construir PH. El PH permitió a los mayores subir y bajar las escaleras de CRSM sin miedo a caer. Con PH, los mayores empezaron a hacer ejercicio físico, estimulando sus habilidades motoras y la psicomotrocidad. La soledad y depresión mejoraron significativamente, basadas por una batería de pruebas: Escala de Soledad de UCLA, Escala de Depresión Geriátrica y Escala de Hamilton.
Conclusiones: Los resultados de este estudio demuestran la importancia de PH para romper la soledad y depresión las personas mayores y pierden todo su miedo a subir y bajar escaleras. Todos los mayores sentirán más activos y el ejercicio físico ha proporcionado bienestar y más fuerza muscular.

PS-046. ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS MODELOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS

M. Andreu Aranda e I. Guerrero
Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: En 2013 se crea el Hospital Transversal, esto conlleva la incorporación de los servicios: Geriatría y Ortogeriatría.
Métodos: Análisis comparativo de dos modelos de intervención social: total de ingresos en Geriatría (paciente médico): 605. Total de ingresos en Ortogeriatría (paciente geriátrico quirúrgico): 449.
Resultados: Muestra con intervención de trabajo social (tabla).
Conclusiones: Diferencia de muestra entre servicios directamente relacionada por procedimiento de intervención de trabajo social (Proactivo versus demanda). Corroborándose que Ortogeriatría son valorados la totalidad de pacientes ingresados y en Geriatría la intervención va sujeta a la demanda (ver variable demanda). Mayor porcentaje de mujeres en Ortogeriatría hace plantearse la hipótesis que al tratarse de Fractura de Fémur (asociadas caídas) la actividad doméstica que desarrollan podría ser factor de riesgo. Cumplimiento de la sectorización es efectivo en el paciente geriátrico y quirúrgico. Salvo en aquellos casos que por ubicación del Hospital (rodeado de

Tabla. PS-046

	Geriatría	Ortogeriatria
	24,80%	100%
Sexo	M 47,3%-H 52,7%	M 74%-H 26%
Edad	80,80%	84,70%
Sectorización territorial:		
Sí	98%	99,60%
No	2%	0,40%
Destino alta		
CSS:	58,70%	51,01%
Residencia:	6,70%	21,93%
Domicilio:	16,60%	19,81%
Exitus:	18%	7,97%
Demanda		
Familia:	6%	
Servicios externos:	4,70%	
Enfermera	2%	
Facultativo	77,30%	
Procedimiento:		
	Trabajo Social: 10%	Proactividad Ortogeriatría: 100%
Diagnóstico		
Dificultad retorno domicilio	44%	30,60%
Dinámica familiar alterada	8,70%	33,30%
Ausencia problemática social	0,60%	28,70%
Angustia enfermo y/o familia	44%	0%
Otras demandas	2,70%	7,40%

tres Hoteles) y tratándose de accidentes (caídas), se han asumido como desplazados. Alto porcentaje de altas a residencia en Ortogeriatría debido a ser el domicilio habitual. El perfil de paciente en Geriatría: cronicidad, reingresos, pérdida de autonomía (escaso pronóstico rehabilitador) conllevan que el síndrome de fatiga del cuidador principal sea mayor. Por ello, paciente y familia muestran síntomas de angustia relacionadas directamente con el proceso de patología crónica. Con un abordaje preventivo se disminuiría el riesgo de claudicación familiar. Analizar diferentes modelos de intervención social posibilita aproximarse a un modelo de intervención en pro de la excelencia.

PS-047. RED DE BUENAS PRÁCTICAS MODELO Y AMBIENTE: AVANZANDO JUNTOS EN LA AICP

P. Castejón Villarejo, A. García Mendoza y P. Rodríguez Rodríguez
Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.

Introducción: La Red de Buenas Prácticas Modelo y Ambiente tiene como fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad o en situación de dependencia, mediante la extensión del Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona (AICP). Así, el diseño ambiental, la tecnología, los servicios formales y las relaciones e intervenciones profesionales se conciben y constituyen como apoyos para incrementar el bienestar de las personas, partiendo del pleno respeto a su dignidad, derechos, intereses y preferencias, y contando con su participación efectiva.
Objetivos: General: extender el conocimiento y la aplicación del Modelo AICP. Específicos: aumentar la visibilidad de iniciativas coherentes con el Modelo, y reconocer públicamente el valor de las más destacadas. Impulsar la coalición española de la Asociación Europea WeDO por la calidad en los cuidados de larga duración destinados a personas mayores. Continuar desarrollando un espacio web para el conocimiento, innovación y cooperación para mejorar la calidad en la atención a quienes necesitan apoyos.
Métodos: La Fundación Pilares creó en 2012 la Web: www.modeloyambiente.net para dar soporte a la Red. En ella se alojan materiales, noticias y eventos relacionados con el modelo, junto al catálogo de Buenas Prácticas. Este año hemos convocado los 1º Premios Fundación Pilares a las Buenas Prácticas relacionadas con la AICP con objetivo de dar impulso a la Red y reconocer las mejores buenas prácticas. Se organizará una jornada para la muestra de las BBPP ganadoras y la presentación oficial de la Coalición Española de la Asociación Europea WeDO.
Resultados: La convocatoria del premio tuvo gran impacto en los medios del sector, y provocó un efecto llamada de nuevas Buenas Prácticas: en menos de dos meses se recibió un 125% más de iniciativas. Entre amigos/as y miembros la Red suma cerca de 150 organizaciones y profesionales.
Conclusiones: La Red cumple su función en cuanto a la construcción de una comunidad de aprendizaje y extensión del Modelo AICP, a través de la cooperación de profesionales y entidades que apuestan por su desarrollo. Se han hecho notables avances en cuanto a la visibilidad de las iniciativas y nuevas adhesiones.

PS-048. LOS GERIATRAS EUROPEOS RECIBEN ESCASA FORMACIÓN SOBRE EL MALTRATO HACIA LOS MAYORES

C. Sánchez-Castellano, I. Lozano-Montoya, L. García-Cabrera, M. Baeza-Monedero, M. Álvarez-Nebreda y A. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Averiguar los conocimientos y el manejo del maltrato hacia las personas mayores que tienen los geriatras europeos.
Métodos: Se distribuyó una encuesta, a través de un enlace a una dirección de internet, a un número aproximado de 2800 geriatras europeos, de los cuales contestó el 11,8% (N = 343). La encuesta tenía 10 preguntas relacionadas con el maltrato a los mayores, que admitían como respuesta sí, no y no sabe/no contesta; sólo una de ellas permitía la respuesta abierta.
Resultados: Se obtuvieron respuestas de 21 países, 19 de ellos europeos. El 72,1% de los encuestados cree que no tiene formación adecuada sobre la detección del maltrato en personas mayores, y un 79,2% no conoce ninguna herramienta de cribado, ascendiendo al 93,8% el porcentaje de geriatras que no emplea de forma rutinaria alguna de ellas. Sin embargo, un 68,2% opina que sí sería necesario valorar de forma rutinaria la posibilidad de que el paciente sufra maltrato y el 53,7% ha sospechado alguna situación de maltrato en los 3 meses previos. Además, un 65,1% ha denunciado algún caso a lo largo de su práctica profesional. No se utilizan protocolos de detección y manejo de situaciones de maltrato a personas mayores en los centros de trabajo de un 83% de los encuestados, sin embargo el 86,6% refiere que comenta los casos sospechosos con otro profesional, en la mayoría de los casos un trabajador social. Las diferencias entre países son significativas ($p = 0,002$) en cuanto a la percepción de conocimientos en este ámbito. También se discrepa en cuanto a la necesidad de preguntar rutinariamente sobre esta posibilidad ($p = 0,005$). Y hay diferencias en la presencia de protocolos de actuación ($p = 0,000$), siendo mayor su uso en países no mediterráneos (12,3% frente al 2,8%).
Conclusiones: Aunque entre los profesionales de la Geriatría se reconoce la importancia de la formación en detección y manejo de los malos tratos hacia los mayores, se considera que las habilidades y herramientas en este campo son escasas, y está muy poco protocolizada la actuación ante un caso sospechoso.

PS-049. PREVALENCIA DE DEMENCIA Y DEPRESIÓN EN FUNCIÓN DE LA EDAD EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

L. Pérez del Tío
Iubilate Ballesol. Madrid.

Introducción: La prevalencia de demencia y depresión en la población institucionalizada ha sido objeto de numerosos estudios con resultados dispares. Dada la importancia de estas dos patologías, por su incidencia directa en la calidad de vida de las personas que las padecen, se hace necesario seguir aportando datos que permitan conocer la prevalencia actual en nuestro país.
Objetivos: Analizar la prevalencia de demencia y depresión en personas mayores institucionalizadas en función de su edad.
Métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional en el que participaron 45 centros geriátricos de España. Se evaluó la función cognitiva mediante la escala Pfeiffer y el estado de ánimo depresivo mediante la escala Goldberg depresión. Se agruparon a los pacientes por lustros para el análisis de los resultados.
Resultados: Se revisaron un total de 4494 residentes (edad 85,60 ± 7,09 años, el 74,7% mujeres). La prevalencia de demencia fue del 51,7% y la de depresión del 37,4% en el total de la muestra. Para el intervalo 60-64 años demencia 20,9%, depresión 48,8%, para el intervalo 65-69 años demencia 24,7% depresión 45,9%, para el intervalo 70-74 años demencia 46,3%, depresión 43,5%, para el intervalo 75-79 años demencia 54,6%, depresión 41,7%, para el intervalo 80-84 años demencia 51,8%, depresión 40,8%, para el intervalo 85-89 años demencia 53,2%, depresión 38,1%, para el intervalo 90-94 años demencia 52,9%, depresión 33,1%, para el intervalo 95-99 años demencia 52,8%, depresión 27,4%, para el intervalo > 100 años demencia 44,9%, depresión 16,3%.
Conclusiones: En la muestra examinada mientras que en el caso de la demencia la prevalencia inicial a los 60 años es de un 20,9%, aumenta hasta los 80 años alcanzando el 54,6% y a partir de esta edad se mantiene o desciende mínimamente, la prevalencia de la depresión sigue el patrón contrario. Su prevalencia a los 60 años es de 48,8% y desciende progresivamente llegando al 16,3% en centenarios.

PS-050. PSICOLOGÍA POSITIVA, GANAS DE VIVIR Y ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO

M. Izal, I. Montorio y G. Jiménez
UAM. Psicología. Madrid.

Objetivos: Levy et al (2002) publicaron un impactante estudio que mostraba como personas mayores que presentaban una auto-percepción más positiva del envejecimiento vivían como promedio 7.5 años más frente a aquéllas que asumían una visión más negativa del envejecimiento. Esta diferencia se mantenía tras controlar edad, género, nivel socioeconómico, soledad y salud funcional. Añadían que las *ganas de vivir* sería un mediador de que las personas con esta visión positiva vivieran más. En este sentido, el objetivo de este trabajo es proporcionar un perfil de las personas que muestran unas significativas "ganas de vivir".
Métodos: A una muestra de conveniencia de 105 personas mayores de 65 años que acuden a centros sociales se les aplicó una batería de pruebas que incluían dimensiones de envejecimiento con éxito y de psicología positiva. La muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres (70%), con una edad media de 70 años (D.T: 6,5). A todas las personas se les preguntó "¿Con qué frecuencia piensa que los beneficios de vivir compensa las adversidades de la vida?", a lo que debían responder sobre una escala ordinal de cinco puntos. Las personas fueron divididas en dos grupos según la mediana de la puntuación en esta escala.
Resultados: Las personas con elevadas ganas de vivir se caracterizaron por mayores niveles de felicidad ($t = 2,7$, $p = 0,025$), afecto positivo ($t = 3,4$, $p = 0,001$), resiliencia ($t = 2,8$, $p = 0,005$), satisfacción con la vida ($t = 2,6$, $p = 0,01$), control sobre sucesos no deseados ($t = 2,2$, $p = 0,02$), regulación emocional ($t = 2$, $p = 0,06$), autoeficacia ($t = 1,9$, $p = 0,049$), prosperidad psicológica ($t = 3,6$ $p = 0,001$) y bajos niveles de soledad ($t = -2,8$, $p = 0,03$). Asimismo, no se diferencian significativamente las personas con elevadas ganas de vivir de las que no las tienen en variables como edad, sexo, estatus socieconómico o salud percibida.
Conclusiones: Los resultados muestran cómo una variedad de dimensiones que caracterizan el envejecimiento con éxito y la psicología positiva están presentes en las personas con significativos niveles de ganas de vivir. Po ello, programas de intervención que contemplen ambas dimensiones bien pudieran contribuir, al menos, a la salud de las personas mayores.

PS-051. ANALIZAR PARA PREVENIR: PERFIL DE USUARIOS QUE SUFREN CAÍDAS EN CENTROS SARQUAVITAE

J. Pascual Torramadé, I. Ancizu García, R. Vaca Bermejo, D. Moya y L.I. Soto Bagaria
SARquavitae. Barcelona.

Introducción: Las caídas son la causa más frecuente de lesiones físicas y, cuando se producen, a menudo provocan un declive físico y psicológico en personas mayores de 65 años que condiciona enormemente su calidad de vida.
Objetivos: Identificar el perfil de usuarios mayores de 65 años atendidos en centros SARquavitae que presentan alguna caída durante el año 2013.
Métodos: Se realiza un análisis exploratorio de los datos sobre caídas recogidos en el Sistema de Información Asistencial GCR durante el 2013. Las variables incluidas en el presente análisis son: Número de caídas, edad, género, estado funcional (Índice de Barthel), estado cognitivo (MMSE) y equilibrio y marcha (Escala de Tinetti). La información evaluada corresponde a caídas ocurridas en alguno de los 60 centros residenciales que SARquavitae tiene repartidos por todo el territorio español.
Resultados: Se produjeron un total de 9.270 caídas durante el 2013 correspondientes a 3.697 personas de 65 o más años. La media de caídas es de 2,51 (dt: 2,76) con una edad media de 84,55 (dt: 7,22) siendo un 67,6% mujeres. Un 62,4% de las personas tienen una dependencia moderada o grave (Índice de Barthel inferior a 60 puntos) con un 70,5% del total necesitando algún tipo de ayuda para los desplazamientos y un 54,9% para la deambulación. Estado cognitivo: un 71,3% de las personas presentan deterioro cognitivo moderado o grave. Escala Tinetti: Únicamente un 8,7% de las personas que sufrieron alguna caída estaban clasificadas previamente como sin riesgo de caídas según la Escala de Tinetti. Finalmente, se encontraron correlaciones negativas significativas entre la edad y la puntuación en la Escala de Tinetti y de ellas con el número de caídas por separado. Los hombres presentan un número de caídas significativamente mayor que las mujeres.
Conclusiones: En el origen de una caída concurren diferentes factores intrínsecos y extrínsecos que aumentan o disminuyen la probabilidad de sufrirla. Para realizar una correcta prevención, se debe intervenir a nivel ambiental y clínico, adaptando las actuaciones a los perfiles de las personas. Conocer las características de la población atendida que sufre caídas es el primer paso para establecer estrategias de prevención integrales.

PS-052. ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD AVANZADA. NECESIDADES SOCIALES Y FAMILIARES DE LAS PERSONAS MAYORES

M.P. Gómez Martín[1], M. Carreras Barba[2], V. de Luis[2], M.J. Boya Cristia[3], A. Domínguez Cruz[3] y P. Larena Grijalva[4]
[1]Fundación Instituto San José/ESH Hospital Getafe /ESAPD Sur Getafe. Madrid. [2]Fundacion Instituto San José. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Madrid. [3]ESH. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. [4]ESAPD Sur Getafe. Madrid.

Objetivos: Analizar los resultados de la valoración social inicial en personas mayores con enfermedad avanzada, mostrar las necesidades sociales y familiares de los pacientes mayores de 65 años, en la intervención con dos equipos de cuidados paliativos, (ESH) Hospital de Getafe - (ESAPD SUR Getafe) y dos escenarios de intervención: hospital y domicilio.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Análisis variables: sexo, edad, estado civil, diagnóstico, lugar intervención, existencia cuidadores, impacto enfermedad, comunicación paciente-familia, riesgo claudicación familiar, recursos económicos y recursos externos. La valoración e intervención se realiza por un Trabajador Social en ESAPD SUR y ESH Getafe.
Resultados: Actividad asistencial, 1 año, enero 2013-diciembre 2013. Muestra: 146 Excluidos pacientes < 64 años: 44. N = 102 Edad media: 70,28.61% hombres, 39% mujer, estado civil: 68% casados, 22% viudos, 9% solteros, 1% divorciados. Equipo de primera intervención: 35% ESAPD y 65% ESH. Diagnóstico: 10% no oncológico (40% demencia, 20% EPOC, 10% ICC, 20% insuficiencia hepática, 10% Parkinson) 90 oncológico: 26% colorrectal, 16% pulmón, 11% próstata, 10 glioblastoma.74% tienen más de un cuidador, principal y secundario y el 6% no tiene cuidador. Impacto enfermedad: 86% de los familiares proceso de ajuste. Comunicación con familia: posible 88%. Los cuidadores presentan riesgo de claudicación 46% leve, 26% moderado, 10% grave. Recursos económicos: 26% superiores media 39% inferior media. Disponen recursos externos: 69% no.
Conclusiones: La atención integral precisa de valoración e intervención social con paciente y familiares, la intervención simultánea en ámbito hospitalario y domiciliario permite la continuidad asistencial y la gestión del caso. La edad avanzada de cuidadores principales o secundarios, riesgo de fragilidad y riesgo de claudicación leve-moderado les expone a una situación de vulnerabilidad social y familiar, que hace necesaria la planificación y organización de cuidados, dotar de apoyo externo, facilitar la comunicación y facilitar solucionar temas pendientes y aspectos prácticos y legales de final de vida.

PS-053. PERFIL SOCIOFAMILIAR DEL PACIENTE ATENDIDO POR LA TRABAJADORA SOCIAL DE UNA UFISS DE GERIATRÍA

R.M. Chito Perona, R. Ojeda Cintado, S. Ortega Salamanca, S. Loutfi Jodra, M. Salvador Clua y M. Llonch Masriera
Consorci Sanitari de Terrassa.

Objetivos: El Plan de Atención a la Cronicidad 2011-2015 del CatSalut propone un modelo de atención al paciente crónico complejo (PCC) centrado en el paciente y sus necesidades. El objetivo de este estudio es describir el perfil sociofamiliar de los pacientes que se han sido valorados por la trabajadora social de una Ufiss de Geriatría.
Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de una muestra total de 221 pacientes atendidos durante los meses de enero a junio del 2013. Se ha revisado la historia social; las variables relevantes analizadas son, la edad, núcleo de convivencia, estado civil, tipo de soporte familiar, perfil del cuidador, condiciones de la vivienda y recursos sociales disponibles.
Resultados: Edad: 44,8% pacientes tienen entre 81 a 90 años; 58,9% son mujeres. 34,3% presentan algún tipo de déficit cognitivo, 83% presentan deterioro funcional; 38% ha requerido derivación a la Unidad de convalecencia; 21,2% están etiquetados como PCC; 23% fueron exitus durante el año 2013. Perfil sociofamiliar: 49,7% son viudos, y un 26,6% viven solos. Los cuidadores son: 55,6% mujeres; 44,5% son familiares de primer grado (hijos); 21,2% los cuidadores tienen > 70 años. 50, 6% tienen viviendas con ascensor, y la problemática social más común es la derivada del aumento del nivel de dependencia en un 78,2%. El soporte familiar es limitado en un 29,4% y en un 11,3% es insuficiente. El 22,6% disponen de ayudas por el LAPAD, el 44% no dispone de ayudas.
Conclusiones: El perfil valorado es un paciente mayor, con deterioro funcional y en el que la problemática social más común detectada deriva del aumento del nivel de dependencia. Destaca que casi la mitad no dispone de ningún tipo de recurso social formal. En el momento del estudio solo el 21% estaba etiquetado como PCC. Tenemos un número creciente de pacientes dependientes y con necesidades sociosanitarias; creemos que el etiquetaje y la implementación del Programa de Cronicidad nos pueden ayudar a detectar y prever sus necesidades, y gestionar mejor los recursos.

PS-054. PROGRAMA DE REUNIONES FORMATIVAS CON FAMILIAS Y PACIENTES DE ESTANCIA TEMPORAL DEL CENTRO SARQUAVITAE MIRASIERRA (MADRID)

N. Rebaldería Rodríguez[1], G. Fernández Castro[1], M.E. Compadre Azorín-Albiñana[1], S. del Castañedo Arenas[1] y J. Pascual Torramadé[2]
[1]Centro SARquavitae Mirasierra. Madrid. [2]Centro SARquavitae. Barcelona.

Objetivos: Se plantea desde el equipo técnico del centro SARquavitae Mirasierra (Madrid) mantener reuniones con los familiares y con los propios usuarios de plazas de estancia temporal para formarles y prepararles para su vuelta al domicilio o entorno habitual y haciendo este paso más sencillo y menos traumático para ambos.
Métodos: El equipo técnico se reúne y determina si la evolución y pronóstico probable del usuario del centro hacen necesario tener una reunión con los familiares para adaptar el regreso o solventar problemas de convivencia o manejo que se puedan dar al alta. En caso afirmativo, se cita al familiar o familiares más cercanos o de referencia y se les reúne con el equipo técnico (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y psicólogo). En esta entrevista se tratan los aspectos más relevantes que pueden condicionar su adaptación y vuelta al domicilio.
Resultados: Todos los familiares entrevistados manifestaron al final de la reunión una impresión positiva de la misma, percibiendo una mayor sensación de control y de información, no sólo del proceso actual de recuperación sino de la resolución de los posibles problemas y conflictos que se puedan dar en un futuro. Además, por parte del equipo técnico, se realiza observación clínica y seguimiento de las actitudes y comportamientos del paciente y de la familia durante los días posteriores a la reunión, con el fin de determinar si las pautas y consejos dados han sido eficaces y han disminuido los posibles comportamientos disruptivos o ideas de prejuicio en torno al paciente, que puedan desembocar en una mala readaptación a su entorno de origen.
Conclusiones: La realización de estas reuniones parece que ha facilitado tanto el proceso de alta del centro como la vuelta al domicilio de los usuarios del centro SARquavitae Mirasierra y sus familiares. Por un lado, ayuda a superar los miedos y dudas sobre la capacidad para vivir fuera de un entorno controlado y libre de riesgos como es el centro residencial. Por otro lado, facilita la adaptación mediante la prevención e identificación de los posibles riesgos que puedan surgir al volver al entorno habitual de la persona.

PS-055. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LAS UNIDADES DE TRASTORNOS DE CONDUCTA DE SARQUAVITAE

R. Vaca Bermejo, J. Pascual Torramadé, I. Ancizu García, M. de las Heras y D. Moya Galera
Centro SARquavitae. Barcelona.

Objetivos: Conocer el perfil de las personas atendidas y la actividad asistencial de las unidades de trastornos de conducta (UTC) de SARquavitae.
Métodos: Se realiza un análisis descriptivo del perfil de las personas atendidas en las UTC de los centros SARquavitae repartidos por todo el territorio español. Los datos se encuentran recogidos el Sistema de Registro Asistencial – GCR.
Resultados: Se atendió a un total de 134 personas (51% mujeres) de las cuales 17 fueron nuevos ingresos y se produjeron 13 altas (71,4% exitus) y ningún reingreso con una estancia media de 3,67 años. En un 47,8% de los casos procedían de su propio domicilio, con un 19,4% proveniente de un centro de atención primaria y un 17,9% de un recurso sociosanitario. En referencia a la edad del ingreso un 43,3% tenía entre 60 y 69 años. El estado cognitivo se encontraba en la mayoría de los casos (59,7%) deteriorado moderada o gravemente medido con el MMSE; no siendo así el estado funcional con únicamente un 34,3% de las personas en situación de dependencia moderada o grave (índice de Barthel). Un 42,6% de los usuarios tenía activos 3 o más diagnósticos CIE-9, siendo el 61,2% de relativo a trastornos mentales y un 10,4% a algún tipo de demencias. En cuanto a las alteraciones de conducta más significativas un 58,6% presenta algún grado de alteración del sueño, un 50,4% algún grado de ansiedad, un 46,6% delirios y un 45,1% irritabilidad. El consumo medio de fármacos en las UTC es de 7 por persona con un predominio (23,03%) de los antipsicóticos.
Conclusiones: Los datos obtenidos resaltan la complejidad del perfil de usuarios atendidos en las UTC de SARquavitae cuya finalidad es la atención integral y específica de personas que presentan un nivel de alteraciones conductuales que les impiden continuar viviendo en su medio habitual, familiar o institucional. El conocimiento del perfil clínico de estos usuarios es un elemento más que, junto con la información obtenida por otros instrumentos tales como la historia de vida de los usuarios, que permitirán adaptar las intervenciones y cuidados a las preferencias, deseos y necesidades reales de las personas a las que van dirigidas.

ÁREA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

PB-001. EL TRATAMIENTO CON ATENOLOL REVIERTE EL DETERIORO INMUNOLÓGICO CARACTERÍSTICO DE RATONES VIEJOS

J. Cruces, I. Mate, A. Gómez, G. Barja y M. de la Fuente
Departamento de Fisiología Animal. Facultad de Biología. UCM. Madrid.

Durante el envejecimiento tiene lugar una serie de cambios en el sistema inmunitario, lo que se denomina inmunosenescencia, que están en la base del aumento de morbilidad que sucede al envejecer. En ratones, las funciones de las células inmunitarias peritoneales muestran variaciones con el envejecimiento semejantes a las de los leucocitos humanos de sangre periférica, y han sido propuestas como marcadores de salud y de velocidad de envejecimiento. También, se ha comprobado que al envejecer hay una mayor liberación adrenérgica y una alteración de la respuesta inmunitaria a la noradrenalina. El atenolol, un bloqueante beta-adrenérgico utilizado tradicionalmente en patologías cardiovasculares, mejora algunas funciones de leucocitos esplénicos en animales viejos. El objetivo del presente trabajo fue valorar el efecto de un tratamiento de larga duración con atenolol sobre una serie de funciones de células inmunitarias peritoneales en ratones viejos. Se utilizaron ratones B6D2F1 machos de 72 semanas (viejos) subdivididos en dos grupos experimentales: 8 ratones recibieron una dosis de atenolol en su agua de bebida (0,1 g/L; Viejo-AT) desde las 8 semanas de edad, mientras que otros 8 no recibieron el tratamiento (Viejo-C). Además, se incluyeron 8 ratones de 24 semanas como control de edad (adulto-C). Tras la obtención de los leucocitos peritoneales se procedió a valorar una serie de funciones que disminuyen al envejecer, como la fagocitosis de macrófagos, la quimiotaxis de macrófagos y linfocitos, la actividad citotóxica de las células Natural Killer (NK), y la respuesta linfoproliferativa frente a los mitógenos concanavalina A y lipopolisacárido. Los viejos-C mostraron, en comparación con los adultos-C, una disminución de la fagocitosis, quimiotaxis de macrófagos y linfocitos, actividad NK y respuesta linfoproliferativa ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,001$, $p < 0,01$ y $p < 0,05$, respectivamente). Sin embargo, en los viejos-AT se apreciaron unos valores mayores que en los viejos-C, siendo similares a los obtenidos en los adultos-C. El tratamiento de larga duración con atenolol mejora las funciones inmunitarias de leucocitos peritoneales de ratones viejos, alcanzando incluso valores propios de la edad adulta. Dado que las funciones estudiadas son marcadores de salud, el atenolol podría proponerse como una estrategia válida para conseguir un envejecimiento saludable.

Financiación: MINECO (BFU2011-30336; BFU2011-23888); RETICEF (RD12/0043/0018) ISCIII-FEDER.

PB-002. EN RATONES VIEJOS EL CONSUMO DE UNA LECHE FERMENTADA CON LA PRESENCIA DE BACTERIAS PROBIÓTICAS MEJORA LA CONDUCTA Y LA FUNCIÓN INMUNITARIA

C. Hunsche, I. Mate, J. Cruces y M. de la Fuente
Departamento de Fisiología Animal. Facultad de Biología. UCM. Madrid.

Al envejecer se produce un deterioro progresivo de todos los sistemas fisiológicos, especialmente de los homeostáticos como el sistema nervioso y el inmunitario, afectando también la comunicación que existe entre ellos, lo que explica la mayor morbilidad que suele aparecer en el envejecimiento. El sistema inmunitario es particularmente afectado con el avance de la edad, dándose una serie de cambios en sus funciones (inmunosenescencia), que tienen como base la oxidación-inflamación. En la búsqueda de estrategias que permitan una mejor calidad de vida en la vejez, los alimentos funcionales, y específicamente los probióticos, parecen apuntarse como beneficiosos a nivel neurológico e inmunitario. El objetivo del presente trabajo fue investigar, en ratones viejos, los posibles efectos producidos por un alimento de este tipo en una serie de parámetros conductuales, de funcionalidad de las células inmunitarias y de actividad antioxidante de las mismas. Para ello, a ratones hembras (ICR-CD1) de 72 ± 4 semanas de edad se les administró una leche fermentada con *Lactobacillus casei* (DN114001) durante 2 semanas. Además, también fue estudiado el efecto *in vitro* del producto en la funcionalidad de linfocitos. Los resultados demuestran que el consumo de este alimento, disminuyó los niveles de ansiedad y mejoró la capacidad sensoriomotora y exploratoria de los animales viejos. En las células inmunitarias estimuló significativamente funciones deterioradas en la vejez, como la fagocitosis de macrófagos, la quimiotaxis, la proliferación de los linfocitos en respuesta a mitógenos y la actividad antitumoral de las células *natural killer* (NK). También aumentó la actividad de la enzima antioxidante catalasa. Los resultados *in vitro* demostraron una acción directa del producto en los linfocitos, al aumentar la quimiotaxis y la actividad NK. Puesto que los parámetros inmunológicos analizados son considerados buenos marcadores de salud, se podría concluir que el consumo de este tipo de alimento puede ser una buena estrategia para promover una longevidad saludable.

Financiación: MINECO (BFU2011-30336), UCM (910379ENEROINN), RETICEF (RD12/0043/0018).

PB-003. PROTECCIÓN FRENTE AL ESTRÉS OXIDATIVO EN LA LONGEVIDAD EXTREMA

K.M. Abdelaziz[1], C. Mas-Bargues[1], M. Dromant[1], M. Inglés[2], C. Borrás[1] y J. Viña[1]
[1]*Facultad de Medicina;* [2]*Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valencia.*

Introducción: La longevidad humana es un fenómeno complejo y multifactorial en el que influyen factores genéticos y ambientales. Aunque la teoría de los radicales libres y el envejecimiento ha sido criticada en los últimos años, el estrés oxidativo sigue jugando un papel importante para entender éste. El envejecimiento exitoso y la longevidad extrema podrían estar influenciados por la habilidad del organismo para hacer frente al estrés oxidativo.
Objetivos: El objetivo del estudio es comparar los niveles de malondialdehído y proteínas oxidadas entre sujetos mayores de 97 años (centenarios) y sujetos con edades entre70 y 80 años.
Métodos: Seleccionamos tres grupos de individuos: jóvenes (de 20 a 40 años, n = 31), septuagenarios (de 70 a 80 años, n = 31) y centenarios (≥ 98 años, n = 27). Determinamos en plasma la peroxidación lipídica, midiendo los niveles de malondialdehído (MDA) por HPLC y la oxidación proteica, detectando los grupos carbonilos mediante Western Blotting.
Resultados: En cuanto a los niveles de MDA en plasma, los jóvenes y centenarios tienen niveles similares y significativamente más bajos que los septuagenarios. La carbonilación proteica en plasma de los centenarios es significativamente más baja que los jóvenes y septuagenarios, siendo igual entre estos dos últimos grupos.
Conclusiones: Los centenarios, el mejor ejemplo de un buen envejecimiento, tienen un menor estrés oxidativo que los sujetos de edad avanzada (septuagenarios); y en algunos casos, incluso menos que los jóvenes.

Agradecimientos: Este trabajo se ha financiado con las siguientes ayudas: SAF2010-19498; ISCIII2006-RED13-027, ISCIII2012-RED-43-029 (RETICEF), PROMETEO 2010/074, 35NEURO, EU Funded

CM100, FRAILOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2 y fondos FEDER de la Unión Europea.

PB-004. IDENTIFICACIÓN DE POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO SIMPLE (SNP), AGRUPADOS POR VÍAS DE SEÑALIZACIÓN, CARACTERÍSTICOS DE CENTENARIOS COMO POSIBLE CAUSA DE SU EXTREMA LONGEVIDAD

L. Gimeno-Mallench, V. Bonet-Costa, K.M.A. Abdelaziz, M.D. Dromant, J. Gambini y J. Viña
Departamento de Fisiología. Universidad de Valencia.

Debido al envejecimiento de la población humana en las últimas décadas es un reto actual el estudio de poblaciones que presentan extrema longevidad. Existen variaciones de una base por otra en un lugar especifico de la secuencia genómica, polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) estos pueden encontrarse en la región codificante del genoma, afectando a la estructura de la proteína y por tanto a su función, o en la no codificante afectando a la regulación génica. El objetivo de este trabajo es la identificación de SNPs agrupados por vías de señalización en centenarios como posible causa de su extrema longevidad. Se reclutaron desde el hospital de la Ribera en Alzira 28 centenarios, 30 individuos jóvenes y 30 ancianos, a los cuales se les extrajo sangre total para el aislamiento del ADN. La secuenciación fue llevada a cabo mediante la tecnología Axiom® Exome Genotyping Array, analizándose 295.988 SNPs. Dado que la probabilidad para llegar a ser centenario es de aproximadamente 1/10.000 individuos, se han comparado los 30 centenarios (casos) con los 60 (controles) individuos jóvenes y ancianos. El análisis de los datos se realizó por vías de señalización, entre las cuales se seleccionaron117 vías de tres bases de datos: KEGG (42 vías total 3.485 genes), Biocarta (24 vías total 517 genes), Reactome (51 vías total 3071 genes). Los resultados muestran un total de 16 SNPs con un p valor menor de 0.05, situados en 13 genes diferentes, presentes en 10 vías de señalización. Cinco de los SNPs están localizados en genes implicados en los procesos de respuesta inmune e inflamatoria, cinco en los procesos de diferenciación celular y apoptosis, tres en el metabolismo y trasporte de ácidos grasos. Por lo tanto la presencia de SNPs en centenarios podría ser una nueva herramienta para localizar las vías de señalización implicadas en la longevidad.

SAF2010-19498; ISCIII2006-RED13-027, ISCIII2012-RED-43-029, PROMETEO 2010/074, 35NEURO, EU Funded CM100, FRAILOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2 y fondos FEDER de la Unión Europea.

PB-005. EL EJERCICIO FÍSICO DE ALTA INTENSIDAD SOBRE LA CALIDAD MUSCULAR Y EL EQUILIBRIO DINÁMICO EN PERSONAS MAYORES

S. Romero-Arenas[1], M. Martínez-Pascual[2], C. Marín-Pagán[3] y P.E. Alcaraz[3]
[1]Universidad Católica de Murcia. [2]Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. [3]UCAM Research Center for High Performance Sport. Murcia.

Objetivos: El propósito del estudio fue evaluar los efectos de 12 semanas de entrenamiento de alta intensidad (85% de una repetición máxima; 1RM) sobre las adaptaciones neuromusculares y el equilibrio dinámico en una población de edad avanzada.
Métodos: Treinta y siete personas (edad: 61,6 ± 5,3 años; estatura: 1,55 ± 0,07 m; peso 71,9 ± 11,2 kg) fueron asignadas al azar a un grupo de entrenamiento de fuerza tradicional (ET) (n = 14, 85% del 1RM, 1-3 series), a un grupo de entrenamiento de fuerza en circuito (EC) (n = 16, 85% del 1RM, 1-3 series) o a un grupo control (GC) (n = 7, ningún tipo de entrenamiento). El programa consistió en realizar un entrenamiento de pesas dos veces por semana durante 12 semanas. Antes y después del programa de entrenamiento, el equilibrio se evaluó con el test "Timed Up and Go". Además, la fuerza por unidad de masa muscular (es decir, la calidad muscular: MQ) se evaluó mediante el cociente entre el torque isocinético ($90°·s^{-1}$) y la masa magra de las extremidades inferiores obtenida a partir de una densitometría. Los efectos principales y la interacción de los grupos se analizó utilizando ANOVA de medidas repetidas ($p \leq 0,05$).
Resultados: Después del periodo de entrenamiento, la calidad muscular aumentó en ambos grupos experimentales (EC: 23,9%, $p < 0,001$; y ET: 20,0%, $p < 0,001$), estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales y GC ($p < 0,05$). Se observaron mejoras estadísticamente significativas en el equilibrio dinámico. El tiempo en el test "Timed Up and Go" disminuyó un 13,1% en el grupo EC ($p < 0,001$) y un 7,8% en ET ($p = 0,012$), y no se observaron modificaciones en GC.
Conclusiones: Ambos, la calidad muscular y el equilibrio dinámico, están fuertemente relacionados con el riesgo de caídas y el desempeño de tareas de la vida diaria en los adultos mayores. Tanto el entrenamiento de fuerza tradicional como el entrenamiento de fuerza en circuito con altas cargas (85% del 1RM) mejoran la calidad muscular y el equilibrio. Pero este último, entrenamiento en circuito, debido al escaso periodo de recuperación entre series es mucho más eficiente en el tiempo.

PB-006. EFECTOS DE UN ENTRENAMIENTO DE FUERZA EN CIRCUITO DE ALTA INTENSIDAD SOBRE LA FUERZA Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PERSONAS MAYORES

S. Romero-Arenas[1], M. Martínez-Pascual[2], C. Marín-Pagán[3] y P.E. Alcaraz[3]
[1]Universidad Católica de Murcia. [2]Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. [3]UCAM Research Center of High Performance Sport. Murcia.

Objetivos: Determinar la eficacia de un programa de entrenamiento de fuerza en circuito de alta intensidad (EC), y comparar los efectos de un programa de entrenamiento de fuerza tradicional de alta intensidad (ET) con los de un programa de entrenamiento de fuerza de circuito fuerza muscular y la composición corporal en ancianos sanos.
Métodos: Treinta personas de edad avanzada (edad: 62,3 ± 5,9 años; estatura: 1,55 ± 0,07 m; y peso: 71,9 ± 11,2 kg) fueron asignados al azar al grupo ET (n = 14) o al grupo EC (n = 16). El entrenamiento consistió en el levantamiento de pesas dos veces por semana durante 12 semanas, con una intensidad del 85% de una repetición máxima (1RM). Antes y después del programa de entrenamiento se evaluó la fuerza isocinética máxima ($90º·s^{-1}$) y la composición corporal, a través de una densitometría. Los principales efectos y la interacción de los grupos se analizó utilizando ANOVA de medidas repetidas ($p \leq 0,05$).
Resultados: Tras las 12 semanas de entrenamiento, la masa libre de grasa (EC: 3,4%, $p < 0,001$); ET: 2,2%, $p = 0,025$) y la densidad mineral ósea (DMO) (EC: 1,2%, $p = 0,025$; ET: 1,1%, $p = 0,018$) incrementó en ambos grupos. Sólo el grupo en circuito, redujo el porcentaje de grasa corporal (-4,4%, $p = 0,011$), estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre EC y ET ($p = 0,039$). Se observó un aumento significativo de la fuerza isocinética en ambos grupos experimentales para la velocidad angular de $90°·s^{-1}$ extremidades superiores e inferiores ($p < 0,001$).
Conclusiones: En este estudio, se observo que el EC fue tan eficaz como el ET en la mejora de la fuerza isocinética, la masa libre de grasa y la densidad mineral ósea. Sólo el programa de EC promovió descensos de la masa grasa. Por lo tanto, el programa de EC se presenta como una herramienta eficaz en el tiempo que nos ayude a combatir la sarcopenia, la osteoporosis y otras enfermedades relacionadas con la edad.

PB-007. LAS CÉLULAS MADRE DE PULPA DENTAL CULTIVADAS A PRESIÓN DE OXÍGENO ATMOSFÉRICA TIENEN MAYOR ESTRÉS OXIDATIVO Y MENOR PLURIPOTENCIA QUE A PRESIÓN FISIOLÓGICA

C. Más Bargues, K.M. Abdelaziz, M. Dromant, M. El Alami, C. Borrás y J. Viña
Universidad de Valencia. Valencia.

Introducción y objetivos: Aunque la presión parcial de oxígeno ambiental (21% de O_2) es ampliamente utilizada *in vitro*, la tensión de oxígeno fisiológica es menor (3-6% de O_2). Tales condiciones hiperóxicas han demostrado favorecer la producción de ERO (especies reactivas del oxígeno), causantes del daño oxidativo, estrechamente relacionado con el envejecimiento. El primer objetivo trata de determinar la producción de ERO y su efecto sobre el potencial de membrana mitocondrial (PMM), indicador de daño por estrés oxidativo. El segundo objetivo compara la expresión de genes relacionados con la pluripotencia en función de la concentración de oxígeno y del número de pases acumulados en células madre de pulpa dental (CMPD).
Métodos: Se cultivaron CMPD al 3% O_2 y al 21% O_2, provenientes dientes deciduos de 4 pacientes de entre 20 y 32 años. Los niveles de peróxido de hidrógeno (H_2O_2) intracelulares y el PMM se evaluaron por citometría de flujo, empleando los marcadores dihidrorodamina-123 y JC-1 respectivamente. Tras extraer el RNA y retrotranscribirlo a cDNA, los genes relacionados con la pluripotencia SOX2, C-MYC y KLF4 fueron analizados mediante qPCR. Todos los experimentos se hicieron por triplicado.
Resultados: Las CMPD cultivadas al 21% O_2 producen alrededor de 3 veces más peróxido de hidrógeno que sus homólogas cultivadas al 3% O_2, lo cual se ve reflejado por colapso del PMM indicativo de un peor estado de sus mitocondrias. Los genes SOX2, C-MYC y KLF4 implicados en el mantenimiento de la pluripotencia se expresan más en las CMPD cultivadas al 3% que al 21% O_2. Además dichos genes ven reducida su expresión conforme las CMPD acumulan pases.
Conclusiones: El estrés oxidativo producido por el cultivo bajo condiciones de oxígeno ambiental empeora el estado de las mitocondrias y reduce la expresión de genes implicados en la pluripotencia. Esto podría suponer un envejecimiento prematuro al verse acelerada la pérdida de las propiedades características de las CMPD.
Agradecimientos: Este trabajo ha sido apoyado por las becas SAF2010-19498, ISCIII2006-RED13-027, PROMETEO2010/074, 35NEURO GentxGent y financiado por UE COSTB35 y CM1001. Este trabajo ha sido cofinanciado por fondos FEDER de la Unión Europea.

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(**Espec Cong**):150-156

Índice de autores

Aa Qnnetta, R., 112
Abad, E., 27
Abad Sanzatornil, R., 87
Abdelaziz, K.M., 147, 149
Abdelaziz, M.A.K., 148
Abizanda Soler, P., 2, 5, 13, 10, 11, 43, 44, 45, 45, 93, 115
Adolfo Morais, P., 143
Afonso Argilés, F.J., 74, 88, 123
Agramunt Cabrera, I., 39
Agudo Pérez, I.P., 137
Águila Soriano, S., 141
Aguilar Zerpa, N., 73
Aguilera Zubizarreta, A., 80, 85, 96
Aivar Casanova, D., 57
Aizpurua, A., 132
Alaba Trueba, J., 42
Alarcón, T., 83
Alarcón García, L.J., 44
Alba Travieso, A., 57
Alberich Vendrell, R., 92
Albiol Pérez, S., 113
Albiol Tomàs, N., 6, 75
Alcalá Cerrillo, M., 90
Alcalde, G., 107, 108
Alcalde Tirado, P., 102, 107, 110
Alcaraz, P.E., 148
Alcaraz Bellver, E., 87
Aldoradín Cabeza, H.J., 97
Alfama, E., 33, 136, 140
Alfaro Riveros, H., 50, 51
Alkorta, L., 41
Alonso, J., 103
Alonso Álvarez, M., 4
Alonso de la Torre López, A., 39
Alonso-Fernández, M., 130
Alonso Fernández, P., 12, 79, 80, 81
Alonso Fernández, T., 5, 124
Alonso García, N., 44
Alonso Rodríguez, L., 13, 121
Alonso Tarrés, C., 11
Alsina Altimiras, M., 137
Altimiras Roset, J., 14
Altirriba Vives, J., 85
Alvarado, M., 123
Alvarado Cárdenas, M., 103
Álvarez, F., 71
Álvarez de Abajo, F., 78
Álvarez de Arcaya Vitoria, M., 41
Álvarez Guixé, P., 137
Álvarez-Nebreda, M., 144
Álvarez-Nebreda, M.L., 19, 111, 112
Álvarez Vela, E., 102
Alvira Rasal, B., 94
Alzaga Fernández, F., 77
Amblàs Novellas, J., 2, 14, 95, 99
Amenós Alcaraz, I., 61, 62
Amigo Liñares, L., 45
Amurrio, J.M., 117
Anaut, P., 107
Ancizu García, I., 29, 115, 119, 145, 146
Ancochea Robles, A., 31
Andia, B., 42
Andreu Aranda, M., 142, 143
Angulo-Díaz Parreño, S., 50
Antelo Martelo, M., 25
Araguás, C., 1
Arche Coto, J.M., 3, 4, 104, 122
Areán García, J., 55
Arellano, M., 118
Arellano Pérez, M., 58, 85, 86
Argentina, F., 5
Arias Muñana, M.I., 137
Arias Pastor, A., 20, 50, 114
Arias Pastor, A.V., 18
Arias Valera, O., 63, 64
Ariño, S., 2, 19
Ariño Blasco, S., 12, 91, 92, 102, 107, 110
Ariza, D., 83
Ariza Zafra, G., 45, 115
Ariztia Sarratea, M., 41
Arnal Carda, C., 103, 123
Arnau Bartés, A., 14, 63, 75
Aroca Martínez, J., 94
Aros, F., 108
Arranz, D., 106
Arranz Santamaría, L.C., 137
Arregi Fernández de Arroiabe, N., 52, 53
Arribas, L., 133
Artaza, I., 115
Artaza Artabe, I., 117
Arús Figa, M., 109
Asensi Batlle, E., 20, 44
Atienzar Núñez, P., 5
Aurre, I., 115
Ávila Torres, J.M., 69, 70
Avilés Cobo, M.E., 92
Ayago Flores, D., 98
Ayala Jové, V., 35
Azcoitia, X., 133
Azkoitia, X., 133

Badani Prado, H.F., 20
Baeza-Monedero, M., 144
Baeza Monedero, M.E., 8, 96, 101
Ballestar Tarín, M.L., 39, 41, 48
Baquero Úbeda, J.C., 35, 81
Baraldés Farré, A., 103
Barbe, J., 54, 123
Barberà, R., 138
Barberà Rubió, N., 53
Barbero Espín, S., 67
Barceló Trias, M., 20, 21, 41
Bárcena Goitiandia, L.A., 124
Barja, G., 147
Barranco Rubia, E., 12, 82
Barrera, M.T., 2
Barrera Ortega, S., 112, 113
Barrios Franquesa, A., 73
Barroso, J., 107
Bartés Tubau, A., 75
Bartolomé, J., 8
Bartolomé Martín, I., 23, 66, 124, 127
Bas Costas, N., 7
Bayo Pérez, M.C., 82
Bayo Tallón, E., 129
Baztán Cortés, J.J., 6, 11, 68, 71, 77, 78
Becker, H., 138
Béjar Calzada, C.M., 50, 51
Belda, J.M., 26
Belda, R., 133
Bello Ponce, D.C.R., 73
Bello Santamaría, C., 92
Beltrán Bartés, B., 138
Benavent, R., 2
Benavides Pando, E.V., 24
Benedicto Martín, C., 49
Benito Budia, E., 59, 60
Benito García, M.A., 140
Bermejo, J.C., 133
Bermejo Corrales, F., 5
Bermejo García, L., 28
Bernal Berlanga, R., 67
Bernard, S., 15
Berrocal Berrocal, M.F., 28
Bertrán Galofré, S., 12
Besga, A., 107, 109, 110
Besga Basterra, A., 108
Bibian Getino, C., 12, 93, 102, 141
Biel, S., 131, 131
Birghilescu, A.M., 10
Blanca Tamayo, M., 77
Blancas Bernuz, N., 49
Blanco, S., 18
Blanco Blanco, J.F., 100
Blanco Ornelas, J.R., 24
Blanco Reina, E., 115
Blanquer Cencerrado, A., 99
Blasco, E., 19, 114
Blasco Martín, E., 50, 53
Blásquez Carrasco, J.L., 116
Bohórquez Gómez-Millán, M.R., 139
Bonell Cabot, M., 47
Bonet-Costa, V., 36, 148
Bonet-Costa, V.B.C., 36
Bonete López, B., 113
Borde, B., 32
Borrás, C., 36, 147, 149
Borrás Estevan, C., 84
Boya Cristia, M.J., 145
Brítez, L., 61
Bueno Martín, I., 82
Buiza, C., 27, 29
Bullich Marín, I., 91
Burbano, P., 61
Burcet, S., 39
Burcet Pérez, S., 64, 131, 140, 141
Bureo Dacal, J.C., 13
Burgos Fuentes, E., 85
Burgos Fuentes, E.M., 82

0211-139X/$ - see front matter © 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados