



Comunicaciones orales

COMUNICACIONES ORALES SELECCIONADAS PARA MESAS OFICIALES DEL CONGRESO

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE DECISIÓN AUTÓNOMA RELATIVA AL INGRESO RESIDENCIAL DE LA PERSONA MAYOR VULNERABLE

U. Beloki Marañón

Universidad de Deusto. Bilbao.

La decisión relativa al ingreso residencial difiere cualitativamente de la decisión del paciente sobre su sometimiento a actos médicos. La decisión de ingreso residencial pertenece a la categoría de decisiones certeras (Sanfey & Hastie, 2000; Foster et al, 2008), de componente emocional y está influida por valores personales y sociales (Schaie et al, 2011; Moye et al, 2013), así como por la capacidad funcional de la persona (ABA, 2005). Las investigaciones apuntan a que las personas mayores con demencias en estadio moderado son competentes para adoptar decisiones relativas a su ingreso residencial cuando se fija el estándar en la capacidad de comprensión de su situación y de las consecuencias que se derivan de la alternativa elegida (Moye et al, 2006; Smyer, 2008; Wood, Stacey & Tanius, 2008). La decisión de ingreso residencial en la legislación estadounidense depende de la valoración de la capacidad de vida independiente en el hogar, centrada en las dimensiones de iniciativa, capacidad adaptativa y resolución de problemas. La valoración de la capacidad de vida independiente tiene especial relevancia en el caso de las personas mayores vulnerables. El ordenamiento jurídico español no prevé una figura similar a la capacidad de vida independiente estadounidense. La valoración de la capacidad de decisión del ingreso residencial oscila en la jurisprudencia entre la aplicación del artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC), previsto para el internamiento psiquiátrico, y la incapacitación del art. 760 de la LEC. Este trabajo analiza la incardinación de la capacidad de vida independiente de las personas mayores vulnerables en las figuras del internamiento residencial y de la incapacidad, a partir de las definiciones de capacidad natural y de capacidad de obrar y desde el enfoque de los Derechos Humanos (dignidad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad). Se realiza un análisis de contenido de las dimensiones consideradas en las resoluciones judiciales emitidas en uno y otro sentido. En las conclusiones se explora también el posible encaje del ingreso residencial de personas mayores vulnerables en las medidas de protección contenidas en el artículo 762.2 de la LEC.

EL AMBIENTE SOCIAL PUEDE REVERTIR LA INMUNOSENESCENCIA PREMATURA DE RATONES CON UNA HAPLOINSUFICIENCIA DE LA ENZIMA TIROSINA HIDROXILASA

M. de la Fuente¹, J. Cruces¹, I. Iriarte¹, C. Hernández², F. de Pablo² y A. Garrido¹

¹Universidad Complutense. Madrid. ²CIB CSIC. Madrid.

En las últimas décadas, debido al descubrimiento de los procesos epigenéticos que puede sufrir el ADN, se ha generado gran controversia sobre en qué proporción inciden en el mantenimiento de la salud el ambiente y los genes. La salud depende del correcto equilibrio funcional que consigan los sistemas homeostáticos (nervioso, inmunológico y endocrino) y la comunicación neuroinmunoendocrina que se establezca. En este contexto, la síntesis apropiada de catecolaminas (CAs), las cuales son capaces de modular las funciones de las células inmunitarias, podría tener un papel importante para una vida saludable. Se ha comprobado que el estado funcional y redox del sistema inmunitario es un excelente marcador de salud y que una inmunosenescencia prematura supone una menor esperanza de vida para el individuo. Dado que se desconoce el efecto que podría tener una haploinsuficiencia de la tirosina hidroxilasa (TH), enzima limitante en la síntesis de CAs, en la función inmunitaria, el objetivo del presente trabajo fue determinar si animales con esa haploinsuficiencia podrían presentar una inmunosenescencia prematura y si el ambiente social es capaz de modularla. Para ello se usaron machos ICR-CD1 adultos (9 ± 1 meses) hemizigoto (HZ) para la enzima tirosina hidroxilasa (TH-HZ) y controles (WT). Los animales fueron distribuidos en cuatro jaulas: WT > 50% (en la jaula, la proporción de WT fue mayor al 50%), WT < 50% (WT menos del 50%), TH-HZ < 50% (TH-HZ menos del 50%) y TH-HZ > 50% (TH-HZ más del 50%). En células inmunitarias del peritoneo se valoró la capacidad de fagocitosis de los macrófagos, la de quimiotaxis y la respuesta proliferativa de los linfocitos al mitógeno lipopolisacárido. También se determinó la actividad de las enzimas glutatión reductasa y glutatión peroxidasa, y el cociente glutatión oxidado/glutatión reducido. Los resultados mostraron que los TH-HZ > 50% tuvieron un deterioro funcional de todos los parámetros valorados y un estado de estrés oxidativo similar al que muestran los ratones viejos. Sin embargo, los TH-HZ < 50% tuvieron valores similares a los WT < 50%. En conclusión, una haploinsuficiencia de la enzima TH provoca una inmunosenescencia prematura, la cual puede ser revertida por el ambiente social en el que convivan los animales.

Financiación: MINECO(BFU2011-30336), UCM(910379ENEROINN) y RETICEF (RD12/0043/0018).

ÁREA CLÍNICA

OC1: Miscelánea

OC-001. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DIABÉTICOS MAYORES DE 65 AÑOS Y SUPERVIVENCIA A 5, 10 Y 13 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M. Álvarez González¹, A. Muñoz Pascual¹, S. Vega Quiroga², M. Lázaro del Nogal³ y F. Bermejo Pareja⁴

¹Hospital General de Segovia. Segovia. ²Centro Asistencial Santa Teresa de Arévalo S.L. Arévalo. ³Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es uno de los trastornos endocrino-metabólicos más frecuentes en la población general, del mismo modo, es una enfermedad metabólica crónica con un elevado impacto sociosanitario debido a su elevada prevalencia y morbimortalidad asociada. La DM es la quinta enfermedad más prevalente en el anciano, constituyendo la enfermedad endocrina más frecuente y uno de los principales problemas de salud en este grupo poblacional. Según estudios recientes, la prevalencia de la DM en el anciano se sitúa en torno al 20% en los pacientes mayores de 65 años.

Objetivos: Analizar las características sociodemográficas de los sujetos > 65 años con diabetes prevalente respecto a los participantes sin diabetes. Conocer la supervivencia de la población diabética a los 5, 10 y 13 años de seguimiento.

Métodos: El trabajo es un estudio poblacional longitudinal, y la población seleccionada ha sido de 3 zonas del centro de España. La recogida de datos se realizó mediante entrevista cara a cara y el cuestionario constaba de unos 500 ítems que evaluaban datos sociodemográficos, estado de salud, factores de riesgo cardiovascular, y características del estilo de vida.

Resultados: De los 5.278 pacientes cribados, 840 presentaron diabetes, encontrando por tanto una prevalencia de DM de 16,8%. La edad media de los pacientes diabéticos fue de 73,98 con una DE de 6,76. En la población diabética hubo un predominio significativo de mujeres respecto hombres (63,3% vs 56,4%; p < 0,001). El periodo de seguimiento se extendió hasta los 13 años. El tiempo de supervivencia promedio de las mujeres fue significativamente mayor que el de los hombres (p < 0,001) independientemente de la presencia o no de DM. Hubo un aumento significativo de muertes en hombres respecto a mujeres en la población diabética (68,8% vs 55,6%, p < 0,001).

Conclusiones: El envejecimiento de la población asociado a la menor mortalidad de la población diabética entre otros factores, han podido contribuir al aumento de prevalencia de la DM. Las mujeres presentan una mayor supervivencia quizá porque tengan asociado un menor número de factores de riesgo cardiovascular que se asocian a la mortalidad en los diabéticos.

OC-002. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO (HPTP)

EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

A. Larrad Jiménez, A. Martín-Duce, P. de Quadros, S. Buchdak y F. Sánchez-Franco

Hospital Nª Sra. del Rosario. Madrid.

Objetivos: Analizar las características del HPTP en pacientes mayores de 70 años.

Métodos: Se estudian 19 pacientes (12,5%) de un total de 151 HPTP operados en los últimos 10 años, con edad media de 75,6 años (Rg 71-83). 17 fueron mujeres. Se analiza la forma de presentación y

diagnóstico, datos bioquímicos fundamentales, localización, anatomía patológica y evolución al año.

Resultados: El diagnóstico fue casual (63,1%), por litiasis renal (15,7%) o por fracturas, artralgias, investigación de osteoporosis e hipercalciuria (5,2% respectivamente). El 57,8% presentaban osteoporosis no investigada y el 21% síntomas neuromusculares. El 52,6% presentaban HPTP grave (Ca > 11,4), con PTH media de 299,5 (Rg 86-841), el 36,8% hipercalciuria, el 15,7% aclaramientos de creatinina menores de 60 y el 100% índices calcio urinario/creatinina mayores de 0,02. La DO mostró un 42,1% de osteopenia y 52,6% de osteoporosis femoral, y un 21% y 63,1% respectivamente a nivel L2-4, aunque sólo el 15,7% mostró elevación de fosfatasa alcalina. El 89,3% mostró insuficiencia o déficit grave (21%) de 25-OHVitD. La localización lesional con MIBI fue positiva en el 57,8% y dudosa en el 15,7%. La ECO cervical fue positiva en el 47,3% y dudosa en el 15,7%, siendo ambas pruebas concordantes en el 36,8%. La ECO reveló, además, 12 pacientes (63%) con patología tiroidea 5 de los cuales recibieron actuación sobre el tiroides. Todos los pacientes fueron operados con cervicotomía mínima (4 cm) y PTH intraoperatoria, realizándose 12 (63,1%) paratiroidectomías selectivas con exploración unilateral. La intervención demostró un 78,9% de adenomas (uno doble y 4 emigrados) y 21% de enfermedad multiglandular. Se descubrió un Ca. papilar oculto. La mortalidad operatoria fue 0% y la morbilidad un 5,2% (infección urinaria). Al año, el 100% eran normocalcémicos, habían mejorado el estado general, la patología neuromuscular y normalizado la FA, el 50% había disminuido la toma de analgésico y el 73,6% mostraban estabilización y/o clara mejoría de la pérdida ósea.

Conclusiones: El HPTP en pacientes mayores de 70 años es una patología ignorada, o poco investigada, cuyo tratamiento quirúrgico aporta evidentes beneficios orgánicos y de la calidad de vida.

OC-003. EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM

DIFFICILE EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

S. Casas Rodríguez¹, R. Clivillé Abad², M.J. Moreno Martínez¹, M.A. Benítez Merelo² y L. Ferrer Ruscalleda¹

¹Hospital Dos de Maig-Consorti Sanitari Integral. Barcelona. ²Consorti de Laboratoris Intercomarcals (CLI). Sant Joan Despí. Barcelona.

Objetivos: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) es la causa más frecuente de diarrea nosocomial. La edad avanzada y el ingreso hospitalario son factores de riesgo de ICD. Tras la introducción de nuevas técnicas para su detección y del mayor conocimiento de la ICD, su diagnóstico ha mejorado. Nuestro objetivo es estudiar la evolución de su incidencia, las características clínicas y su pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de ICD en el Hospital Dos de Maig durante el período 2010-2014, mediante la detección de toxinas A/B (2010-mayo 2013) o de la realización simultánea de dicha prueba y la detección del enzima glutamato deshidrogenasa (GDH) con PCR a tiempo real en los casos con resultado discordante (junio 2013-2014). Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio, además del número total de muestras analizadas en cada período.

Resultados: Se analizaron un total de 384 muestras [199 (51,8%) en el primer período y 185 (48,2%) en el segundo] de las que 24 fueron positivas, 8 (4%) en el primer período y 16 (8,7%) en el segundo (p = 0,06). La detección de GDH mostró una sensibilidad del 100% y la de toxina A/B del 31,3%. El 54,2% eran mujeres, con una edad media de 85,5 años (DE 7), índice de Barthel 48,7 (DE 30,4), el 83,3% vivía en domicilio y la estancia media fue de 22,9 días (DE 15). El 53,2% había ingresado previamente y el 50% había consumido antibióticos en el último mes. El 95,8% de las ICD fueron de origen nosocomial. El 70,8% recibió tratamiento con metronidazol oral. Se produjeron 3 recurrencias (12,5%), 12 (50%) exitus durante el 1º año y 8 (33,3%) durante el ingreso de los que 3 (12,5%) relacionados con la ICD.

Conclusiones: Hay un incremento en la sospecha y el diagnóstico de la ICD tras la introducción de las nuevas técnicas microbiológicas. La ICD suele ser de origen nosocomial, se presenta en pacientes de edad avanzada, importante dependencia, y se asocia a una elevada mortalidad precoz. Los resultados sugieren revalorar el tratamiento de elección inicial para el manejo de la ICD en nuestros pacientes.

OC-004. LA IMPORTANCIA DEL ODONTÓLOGO EN LA SALUD MENTAL Y BUCAL

G. Hernández Ahunchain, M. Charlin y M. Volonte
Hogar Miguelete. Uruguay.

Objetivos: Promover cuidado y rehabilitación de la salud bucal para lograr buena masticación y así mantenerse mentalmente activo y nutricionalmente saludable.

Métodos: Por medio de técnica piezográfica logramos determinar una zona neutra donde existe balance de la musculatura paraprotética (lengua, mejilla, labios, piso de boca), dicha zona es el lugar que se colocan los dientes de la prótesis en maxilar inferior. Paciente 89 años femenino MMSE: 24/30 Normal para nivel de escolaridad del paciente, GDS-2. Maxilar superior desdentado total, maxilar inferior parcialmente desdentado. Se toman impresiones, confección placas de acrílico con topes oclusales. Se procede a colocar material de impresión (silicona) en placa inferior la cual se modela según técnica piezográfica de fonación: Fonemas SISISSOOO, para muro posterior, MEPETEDE para muro anterior. Confección llaves de yeso, enfilado dentario, prueba clínica determinando plenitud facial, dimensión vertical, línea media. Instalación.

Resultados: Fue posible ubicar las piezas dentarias de prótesis en zona neutra por la correcta elección de fonemas sin haber parámetros determinados debido a la marcada reabsorción del reborde y cambios de musculatura que rodea; buccinador, modeolo, orbicular de los labios, lengua producido por el largo tiempo que esta desdentada.

Conclusiones: El aumento de esperanza de vida, trae mayor cantidad de personas desdentadas. Una buena nutrición es fundamental en prevención deterioro cognitivo. Gracias al registro piezográfico permitió registrar la zona neutra paraprotética elaborando una prótesis estable y confortable, donde superficie externa y posición dentaria fue contemplada. Mayor eficacia de masticación y todas sus funcionales permitiendo correcta trituración y por ende sabor, disfrutando momentos de alimentación. Disminuyeron momentos de aspiración por correcta organización del bolo alimenticio. Sin olvidar el rol de la masticación en circulación cerebral, siendo esta selectiva, dependiendo de los diferentes alimentos blandos, duros se estimularon distintas zonas del cerebro. En el año 2020 seremos el país con porcentajes más elevados de adultos mayores de América Latina. La responsabilidad de medicina geriátrica y gero-odontología significan un reto por la lucha de calidad de vida. Para que este enfoque tenga impacto real debemos comenzar en cambiar formación profesional del odontólogo y la incorporación a equipos de trabajo multidisciplinarios.

OC-005. INFLUENCIA DEL NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN SOBRE ANCIANOS DIABÉTICOS.

ESTUDIO MADICA®

M. Pérez Eslava¹, E. Flores Cebada², P. Bellanco Esteban¹, M.J. Machuca Albertos¹ y J. Benítez Rivero¹

¹Centro de Salud Loreto. SAS. Cádiz. ²Centro de Salud La Laguna. SAS. Cádiz.

Objetivos: Conocer el grado de inercia terapéutica (IT) en los mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2 que viven en la comunidad, tras intervención a profesionales sanitarios y pacientes; así como analizar el nivel de IT según la existencia de formación médica especializada.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal retrospectivo MADICA I[®], y de cohortes MADICA II[®]. Emplazamiento: Zona Básica

de Salud "La Laguna" y "Loreto-Puntales", Cádiz. Población de estudio: pacientes mayores de 65 años diabéticos, n = 570, con un índice de confianza al 95% y un error $\alpha = 0,05$. La intervención consistió en 12 sesiones clínicas dirigidas a médicos y enfermeros del Centro de Salud "La Laguna", con grupo control en el Centro de Salud "Loreto-Puntales" sin intervención. Mediciones: se revisan las historias de los pacientes analizando variables socio-demográficas, clínicas, analítica-bioquímicas, farmacológicas, valoración geriátrica e IT según criterios establecidos desde el año 2013 a 2014.

Resultados: En el estudio MADICA I[®], previo a la intervención, la inercia resultante entre los médicos de "La Laguna" ascendía a 63,85% de los casos, los médicos vía MIR 58,79% y no vía MIR 72,81%. En "Loreto-Puntales", la IT total es 91,23%, en MIR de 92,25% y no MIR 90,38%. Tras la intervención, MADICA II[®], en "La Laguna" hay inercia en el 58,39% de los casos, en MIR 51,69% y no MIR 70,83%. En "Loreto-Puntales" se presenta en el 88,17% del total de casos, siendo entre los médicos MIR el 89,92% y no MIR del 86,67%. Al comparar las proporciones de IT de ambos centros obtenemos $p < 0,05$, tanto en la primera como en la última fase del estudio. A su vez al comparar la proporción de inercia inicial-final del grupo intervención MIR y no MIR resulta un valor $p < 0,05$.

Conclusiones: Erradicar la IT e individualizar el abordaje de la diabetes en los ancianos son factores cruciales para obtener una buena atención integral a nuestros mayores. Tras las sesiones realizadas, ha disminuido en mayor grado la inercia en el grupo intervención, más evidente en los profesionales vía MIR. La formación académica previa y continuada en diabetes es una medida indispensable para reducir el grado de IT.

OC-006. COORDINACIÓN ENTRE MÉDICOS DE URGENCIAS Y MÉDICOS DE RESIDENCIAS

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

Objetivos: Calcular el ahorro económico que puede suponer la coordinación entre médicos de urgencias y médicos de residencias si se facilita tratamiento intravenoso. Evaluar los motivos de llamadas más frecuentes de los médicos de las residencias a urgencias con un proyecto de coordinación establecido.

Métodos: Se estableció un programa de coordinación entre médicos de urgencias y médicos de residencias públicas y privadas más frecuentadoras de un hospital terciario. La coordinación se basó en la comunicación a través de un móvil de atención continuada por parte del servicio de urgencias. En dicho programa se incluía la posibilidad de administrar tratamiento intravenoso a las residencias cuyo único criterio de ingreso fuese la necesidad de dicho tratamiento. Se registraron los pacientes desde el uno de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2013. Se solicitó al servicio de admisión que codificaran sus GRDs. Otro de los registros consistió en los motivos de llamadas por las mañanas de lunes a viernes.

Resultados: En dicho período se administró tratamiento en 154 ocasiones evitando el ingreso hospitalario a los pacientes. Una edad media de 86,96 años, 74,2% de mujeres. De estos pacientes 84 fueron valorados en urgencias y 70 residentes fue solicitada la medicación directamente por el médico de la residencia. La situación basal de estos pacientes era de una gran dependencia física y mental y tenían un Índice de Charlson de 2,48. Las patologías tratadas fueron: respiratoria 33,8%, urológica: 50,5%, cutánea: 5,9%, paliativos: 4,5% y otras: 9,75%. El cálculo del ahorro ha sido en base a los GRDs. Se registraron 1.099 llamadas durante el mismo período en el horario de mañanas de las cuales algo menos del 25% eran para realizar consultas médicas. Se anularon además 32 ingresos hospitalarios. Los reingresos dentro del primer mes fue del 4,8% y la mortalidad del 3,2%.

Conclusiones: La coordinación entre médicos de residencias y médicos de urgencias permite una valoración médica conjunta entre los

dos medios asistenciales, una conexión continua con el hospital, una mejora del uso de recursos, evita ingresos hospitalarios con sus efectos secundarios y por tanto mejora la calidad asistencial de este grupo de pacientes.

OC-007. OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL ANCIANO INGRESADO EN CIRUGÍA GENERAL VÍA URGENCIAS.

UNA PROPUESTA DE COLABORACIÓN ENTRE SERVICIOS

P. González García¹, S. Solsona Fernández¹, N. Quílez Salas¹, R. Gómez Navarro¹, M. Oset García² y A. Minguillón Serrano²
¹Hospital San José. Teruel. ²Hospital General Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos: 1) Analizar si la intervención coordinada entre Cirugía y Geriatría permite reducir estancia hospitalaria y morbitmortalidad de los ancianos > 79 años que ingresan por patología quirúrgica aguda; 2) Mejorar el seguimiento postoperatorio de los ancianos con complejidad clínica debida a procesos quirúrgicos trasladados al hospital de media estancia; 3) Mejorar la comunicación entre profesionales de distintos servicios.

Métodos: Valoración por Geriatría de los > 79 años que ingresan en Cirugía vía Urgencias (VGI, estabilización y seguimiento clínico en casos de riesgo, planificación precoz del alta y colaboración en la gestión de recursos); seguimiento por Cirugía de los pacientes trasladados al hospital de media estancia.

Resultados: Entre el 68,02 y el 74,27% de los > 79 años que ingresan en Cirugía General lo hacen vía Urgencias. La estancia media de estos pacientes ha pasado de 13,32 días en 2010 a 8,22 en 2014. Desde la intervención programada de Geriatría se ha producido un descenso significativo en los partes de interconsulta urgente a Medicina Interna (13,5% de los casos en años previos, 4,5% actual). Se objetiva asimismo reducción en los índices de mortalidad (10,6 en 2010, 13,75 en 2011, 7,5 en 2012, 8,8 en 2013, 7,46 en 2014), significativa a partir de 2012 y que se mantiene desde entonces. Desde enero de 2014 el especialista en Geriatría ha adaptado su horario a la demanda de Cirugía y participa en las sesiones clínicas semanales. Los especialistas en Cirugía se desplazan semanalmente Hospital San José para asegurar el control postoperatorio de los pacientes trasladados y atender otras solicitudes a demanda de Geriatría.

Conclusiones: La intervención coordinada entre los servicios de Cirugía General y Geriatría ha permitido una reducción de la morbilidad, de la estancia media hospitalaria y de la mortalidad, además de una mejora de la comunicación y la relación entre ambos Servicios/Hospitales.

OC-008. ¿ES DIFERENTE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL PACIENTE MAYOR?

L. García-Cabrera, F. Gioia, J. Mateos-Nozal, D. Ibáñez Segura, B. Montero-Errasquín, A.J. Cruz-Jentoft y F.J. Cobo Reinoso
 Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar si existen diferencias clínicas, epidemiológicas y de gravedad en la infección por *Clostridium difficile* (ICD) en pacientes mayores de 80 años frente a los más jóvenes.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, incluyendo todos los pacientes con ICD (definida como clínica y detección de toxinas) durante un año.

Resultados: Se recogieron 156 episodios en 126 pacientes. El 37,3% (43 pacientes) era mayor de 80 años. Dentro de este grupo, el 75,6% eran mujeres, la mayoría procedían del domicilio, el 44,2% eran independientes para las ABVD y el 58,1% para la marcha; casi un tercio presentaba demencia. El 81,8% tenía polifarmacia: 38,6% con estatinas y 18,2% con antidepresivos. El diagnóstico se hizo mediante detección de toxina directa con más frecuencia en los mayores 87,5% vs 75% p = 0,005), consumían más IBPs (77% vs 59,5% p = 0,02), tenían mayor comorbilidad según Índice de Charlson (7,4 vs 4,2

p < 0,001), los episodios fueron más veces nosocomiales (79,7% vs 63,0% p = 0,02), tenían más leucocitosis (37,5% vs 19,8% p = 0,02) y mayor frecuencia de fracaso renal agudo (23% vs 10,9% p = 0,04), por lo que eran episodios más graves o graves-complicados (43,3% vs 28,6% p = 0,06). Los mayores recibieron tratamiento con más frecuencia que los jóvenes (93,7% vs 76,9% p = 0,006), dos tercios con tratamiento dirigido. Se indicó el antibiótico correcto con más frecuencia en mayores (75,0% vs 52,9% p = 0,01). No obstante el tratamiento se realizó de acuerdo con la guía de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) solamente en el 47,3% de los mayores (vs 38,2%). Se observó una tendencia a diagnosticar e iniciar el tratamiento antes en el grupo mayor. Los fármacos más usados fueron metronidazol (66,7% vs 69,9%) y vancomicina oral (36,7% vs 20,5% p = 0,03). Fidaxomicina y rifaximina sólo se usaron en mayores. Presentaron mayor número de recidivas los mayores (23,4% vs 10,9% p = 0,03). No hubo diferencias significativas en cuanto a la mortalidad.

Conclusiones: En nuestra muestra, la ICD en mayores de 80 años es de origen nosocomial, más grave, con mayor afectación sistémica y mayor prevalencia de recidiva que la que se presenta en personas más jóvenes. No obstante, no se ha observado mayor mortalidad.

OC-009. CREACIÓN DEL SERVICIO DE GERIATRÍA (SG) EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL: EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (HUMV)

J. Pérez del Molino Martín, M.J. Sanz-Aranguez Ávila, Z. Yusta, B. Pérez Pena, S. Maza, A. Herrero y M. Medina
 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Los beneficios demostrados por la Geriatría moderna son suficientes para justificar la reorganización de los servicios médicos hospitalarios que asisten a los adultos mayores, contribuyendo a una reducción de los costes. En esta comunicación se describe la estructura del SG, la creación de sus diferentes unidades asistenciales, y su metodología de trabajo.

Métodos: Nuestro SG cuenta con 28 camas ubicadas en una planta específica con un excelente grado de adecuación arquitectónica. Dispone de 3 unidades asistenciales: Unidad de Agudos del Adulto Mayor (UAM), Unidad de Tratamiento Precoz del Deterioro Funcional (UTPDF), y Unidad de Ortogeriatría (UO), además de Consultas Específicas (Apoyo al alta, Alta Resolución, Seguimiento de Pacientes Complejos, Caídas y Psicogeriatría). El equipo multidisciplinar está formado por 5 geriatras, 13 enfermeras, 1 terapeuta ocupacional, 15 auxiliares, y 1 trabajadora social. Se recogen datos de eficacia y eficiencia hasta el 31 de diciembre de 2013, describiéndose la sistemática de trabajo que puede explicar nuestros buenos resultados.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes es 85,58 ± 5,95 años, con un Índice de Barthel (IB) previo medio 50,67 ± 36,41. Un 72,5% presenta deterioro cognitivo. La estancia media en UAM es de 5,4 días, 9,1 en UTPDF y 9,6 en UO. La escala de Charlson corregida/edad 9,38 ± 2,8. Nuestra metodología se basa en una Valoración Geriátrica Exhausta con “detección oportunista de casos” (6,84 ± 3,47 nuevos diagnósticos por paciente), la comprensión de la recuperación funcional ligada a la “excelencia clínica” y el concepto de “rehabilitación 24h” a través de los cuidados de enfermería, la planificación precoz del alta con apoyo a través de una consulta específica y seguimiento telefónico, la precocidad de la intervención ante descompensaciones mediante una “consulta de Alta Resolución”, una metodología de trabajo en equipo, y un pensamiento compartido de que el conocimiento derivado de la Geriatría no es negociable.

Conclusiones: Es posible el desarrollo de SG con una metodología asistencial basada en los fundamentos de la moderna medicina geriátrica, aportando excelentes resultados clínicos y funcionales, y con alta implicación en la gestión asistencial. Posiblemente constituyan en estos momentos una pieza clave para asegurar la sostenibilidad del sistema público.

OC2: Fracturas 1

OC-010. FACTORES ASOCIADOS A RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS UN AÑO DE SUFRIR UNA FRACTURA DE CADERA

M.E. Castro Vilela¹ y M.P. Mesa Lampré²

¹Hospital San Juan de Dios. Zaragoza. ²Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Describir los factores asociados a recuperación funcional tras un año de sufrir una fractura de cadera.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo (enero 2010-diciembre 2012). Pacientes de 70 años o más, ingresados en la Unidad de Ortopediatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia, tras intervención quirúrgica de fractura de cadera. Criterios de exclusión: fractura patológica, dependencia grave (índice de Barthel < 20) o que previamente no podían deambular. A los 12 meses de seguimiento los supervivientes fueron divididos en dos grupos: Recuperación funcional (sí/no): alcanzar la funcionalidad previa a la fractura medida por el índice de Barthel. Variables analizadas: edad, sexo, comorbilidad (Í. Charlson), vivienda habitual, tipo de fractura, estado funcional (Í. Barthel), estado cognitivo (test de Pfeiffer), situación nutricional (MNA-SF), complicaciones, ganancia funcional (Í. Barthel alta-Í. Barthel ingreso ≥ 20) y destino al alta.

Resultados: De los 354 pacientes que ingresaron en el estudio, participaron en el seguimiento al año de la fractura 266. Edad media: 84,6 años. Mujeres: 79,3%. Vivían en domicilio antes de la fractura: 75,2%. Recuperación funcional (Grupo 1): 31,6%, No recuperación funcional (Grupo 2): 68,4%. Factores asociados a recuperación funcional: edad < 80 años ($p < 0,042$), no tener demencia ($p < 0,001$), test de Pfeiffer < 3 ($p < 0,001$), tener < 3 complicaciones durante la hospitalización ($< 0,019$), no tener delirium ($p = 0,004$), presentar dependencia leve-moderada para ABVD al alta ($p = 0,006$), ser independiente para AIVD previo a la fractura ($p = 0,036$), caminar con ayuda de bastón al alta ($p = 0,001$), ganancia funcional al alta ($p = 0,014$), no precisar convalecencia ($p = 0,019$), volver a su lugar de origen ($p = 0,021$).

Conclusiones: Al año tras una fractura de cadera, el perfil del paciente que presenta mayor probabilidad de recuperar su situación funcional previa es el de un anciano(a) menor de 80 años, con buena capacidad cognitiva, independiente para sus AIVD previamente, con menos de 3 complicaciones durante la hospitalización, que no presentó delirium en el ingreso, que al alta hospitalaria ya presentaba mejoría funcional y que regresa a vivir a su lugar de origen. En nuestros pacientes, el estado funcional en el momento del alta hospitalaria, determina en gran parte la recuperación funcional a los 12 meses del seguimiento.

OC-011. ESTUDIO DE MARCADORES DE RIESGO DE MORTALIDAD AL INGRESO DE PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA

B. González Glaría, A. García Baután, I. Iraizoz Apezteguia e I. Gaminde Inda

Complejo Hospitalario Navarra. Pamplona.

Objetivos: Analizar los marcadores de riesgo de mortalidad al ingreso en pacientes con fractura de cadera mayores de 75 años.

Métodos: Valorados los pacientes ingresados por fractura de cadera en la unidad de ortopedia del Hospital de Navarra entre marzo 2008 y febrero 2013. Se recogen datos demográficos incluyendo lugar de procedencia, administrativos (estancia media y tiempo para cirugía), de la fractura (tipo y cirugía), antecedentes personales, comorbilidad, síndromes geriátricos, funcionales (actividades básicas e instrumentales), consumo de fármacos (número y grupo terapéutico). Se realiza descripción de la muestra, análisis bivariante y regresión logística de las variables significativas de la correlación con el exceso.

sión logística de las variables significativas de la correlación con el exceso.

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/troncáteres: 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; EPOC: 8,5; i. renal: 16,7; enf. cerebrovascular: 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; déf. auditivo: 16. Funcional: Lawton: 2,34; Barthel 69,34. Fármacos más de 3: 76,8. AAS/AOC: 39,9. AntiHTA: 65,2; antiosteoporótico: 15,1. Analgésico: 19. Antisecretor gástrico: 42,2. Psicotropo: 71,8. S. social: solos 13,9, residencia 26,9. Exceso 6,4% (56% antes de la cirugía). El análisis bivariante mostró una relación significativa entre la mortalidad y: fractura múltiple; DM2; EPOC; enf. cerebrovascular. Demencia, alt. conductual, dolor. Más de 3 fármacos, cualquier analgésico, ACO-AAS, diuréticos, neuroléptico y dependencia instrumentales y básicas. Con el análisis multivariante se mantiene la significación con: fractura múltiple, alt. conductuales, ACO/AAS, dolor y uso de analgésicos.

Conclusiones: La mortalidad se relacionó con la presencia de fractura múltiple, diagnóstico de EPOC, uso de ACO/AAS, dolor, uso de analgésicos y alteración conductual. No se encontró relación con edad ni género.

OC-012. REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA TRAS 2 AÑOS DE SU PUESTA EN MARCHA

E. Roquer, M. Bonillo, L. Vega y A. Rodríguez

Hospital Universitari Sant Joan. Reus.

Objetivos: Determinar el impacto en la morbi-mortalidad perioperatoria de los pacientes > 65 años ingresados por fractura de cadera, tras puesta en marcha y consolidación de la unidad de ortogeriatría.

Métodos: Estudio observacional prospectivo comparativo de dos años (2013 versus 2014) de una cohorte de pacientes > 65 años ingresados por fractura de cadera en la unidad de ortogeriatría, en funcionamiento desde 2013. Se describen datos sociodemográficos, situación funcional y cognitiva previa y se compara mortalidad y morbilidad del 2013 vs 2014. Se registra incidencia de delirium, ulceras por presión, insuficiencia cardíaca, neumonías, broncoaspiraciones, infecciones del tracto urinario, retenciones agudas orina e insuficiencia renal aguda.

Resultados: Se incluye 348 pacientes, 179 en 2013 y 169 en 2014. Los grupos son similares, con una edad media en 2013 de 84,3 (rango 65-98) y de 84,5 (rango 66-101) en 2014. El 74% fueron mujeres en 2013, 78% en 2014. Índice de Barthel previo, de 70 en 2013 y 73 en 2014. Se detectaron 57% polimedicados (≥ 5 fármacos) en 2013, 59,1% en 2014 y un 37% y 35% respectivamente de pacientes con deterioro cognitivo previo. Se detecta una reducción de la mortalidad de un 5% en 2013 a un 2,2% en 2014, de incidencia de delirium (28,57% en 2013 a 20% en 2014), de úlceras por presión (de 1,8% en 2013 a 1,6% en 2014), de retenciones agudas de orina (del 10% en 2013 al 7,1% en 2014), insuficiencia cardíaca (del 8,5% al 2,9% en 2014), neumonías (del 3,7% al 0,1% en 2014), broncoaspiraciones (del 3% en 2013 al 0,5% en 2014) e insuficiencia renal aguda del 5% al 2,9%.

Conclusiones: Los resultados objetivan que desde la puesta en marcha de la unidad de ortogeriatría se reducen algunas de las complicaciones más frecuentemente descritas en la bibliografía en pacientes con fractura de cadera ingresados, destacando una baja incidencia de delirium ya en 2013. Comparando los datos de los dos años se objetiva una reducción de la mortalidad (hasta un 56%) en el segundo año, así como en diversas complicaciones, mejora en resultados que se orienta en relación a la consolidación de la unidad.

OC-013. EL PAPEL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN ORTOGERIATRÍA

M. Bonillo, L. Vega, E. Roquer y A. Rodríguez
Hospital Universitari Sant Joan. Reus.

Objetivos: Disminuir la incidencia de los síndromes geriátricos, mejorando la seguridad del paciente. Educación sanitaria en las necesidades alteradas, sobre todo en la prevención de caídas de repetición y prevención de osteoporosis. Gestionar los recursos más apropiados para el alta del paciente. Garantizar la transición interniveles y el continuum asistencial.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de ortogeriatría en 2013-2014. Población diana, mayores de 65 años con fractura de femur. Se recogen datos sociodemográficos y situación previa de salud. Análisis de la base de datos de elaboración propia: síndromes geriátricos y complicaciones, necesidades alteradas y educación sanitaria impartida tanto a los cuidadores principales como al paciente. Registro nutricional ingesta de calcio al ingreso. Recursos activados al alta y coordinaciones con atención primaria.

Resultados: La muestra es de 348 pacientes. Edad media, 84 años (rango 65-101), Barthel previo 72 y Barthel al alta 35. 76% mujeres. Se han valorado los sd. geriátricos de mayor impacto: impactación fecal 3%, RAO 9%, sd confusional 24%, broncoaspiración 2%, UPP 1,7%. Educación sanitaria específica en un 50% casos, las necesidades más prevalentes han sido; disfagia, recomendaciones dietéticas para prevención de osteoporosis, cuidados de la piel, prevención de caídas. 38% retorno domiciliario, 3% exitus, 19% residencia, 39% css. Un 12% se ha activado rehabilitación domiciliaria, 6% PADES, 3% se han enviado a la consulta de Geriatría. En los casos de retorno domiciliario o residencial, se ha realizado un 100% de coordinación con los equipos de atención primaria.

Conclusiones: La DUE Gestora de casos en ortogeriatría ayuda a la elaboración de Planes de cuidados personalizados e individualizados de calidad. Se observa un índice de delirium reducido, debido a la prevención no farmacológica. Interacción con las familias para prevención de caídas de repetición, osteoporosis, dieta rica en calcio... Con la disminución de los sd. geriátricos contribuye a la reducción de las estancias y posibles complicaciones. Así con coordina de forma transversal el proceso asistencial, evita duplicidades. Minimiza al máximo los efectos de la transición interniveles, gestionando los recursos más apropiados en cada proceso.

OC-014. MORTALIDAD AL AÑO Y CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON DEMÉNCIA SEVERA TRAS UNA FRACTURA DE FÉMUR

M. Méndez Brich, A. Llopis Calvo, I. Crespo Núñez, S. Font Ritort, M. Artús y R. Cristófol Allue
Hospital de Mataró. Mataró.

Objetivos: 1. Analizar mortalidad y recuperación funcional de pacientes con Demencia evolucionada tras una fractura de fémur. 2. Analizar factores relacionados con mortalidad. Pacientes >80 años que ingresaron en la Unidad de Ortogeriatría por fractura de fémur afectos de demencia GDS 6-7, años 2013-2014. Estudio retrospectivo: revisión informes de alta. Variables al ingreso: edad, sexo, procedencia y destino al alta, estancia hospitalaria, complicaciones, Hb y Alb. Comorbilidad (Charlson), Barthel previo y capacidad de deambulación. Disfagia, negativa a la ingesta. Seguimiento al año: fecha de defunción, capacidad de marcha.

Resultados: 60 pacientes. 52 mujeres (86%); 8 hombres (13%). Edad: 87,81 años. GDS: 40 GDS 6, 20 GDS 7. Charlson 2,16. Barthel: 27/100. Procedencia: 40/60 Residencia (66%), 2 CSS (3%), domicilio 18 (30%). Destino al alta: 42 p. de Residencia/CSS regresaron a su origen. 18 p. de domicilio: 1 domicilio, 1 exitus, 16/18 (88%) a CSS. EM: 9,83 días. Albúmina: 40% Alb < 3, 78% Alb < 3,5, 43% disfagia. 16% negativa a la ingesta. Deambulación previa: 20% No deambulaban, 50% con ayuda, 20% autónoma, 3% con andador. Seguimiento al año: 22 pacientes 2013. Mortalidad 12/22 54,54%. Mortalidad hombres 4/5 (80%), muje-

res 8/17 (47%). Charlson 1-2 7/15 (46%); Charlson > 2: 5/7 (71,4%). Edad fallecidos 90,16, supervivientes 86,8 (p < 0,005). Deambulación previa con/sin ayuda 20/22. Solo 3/20 (15%) volvieron a caminar.

Conclusiones: Atención compleja y alta necesidad de recursos asistenciales: Muchos pacientes están institucionalizados previamente y tras la fractura muy pocos vuelven a domicilio. 1. Alta prevalencia de desnutrición y disfagia. 2. Capacidad de recuperación de deambulación muy limitada. 3. Elevada mortalidad al año > 50%. 4. Factores relacionados: edad (p < 0,005); sexo (varón) y comorbilidad (Charlson > 2) también muestran diferencias aunque no alcanzan significación estadística. 5. Pendiente analizar los pacientes de 2014.

OC-015. ¿CÓMO AFECTA LA ANEMIA AL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA?

S. Fernández Villaseca, P. Fernández Montalbán, M.L. Álvarez Nebreda, L. García Cabrera, E.M. Sánchez García, M.N. Vaquero Pinto y A.J. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Describir las características y evolución de los pacientes de 80 o más años que ingresan con fractura de cadera y anemia en una unidad de ortogeriatría.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 80 años, ingresados en la unidad de ortogeriatría de un hospital terciario, con fractura de cadera, durante un periodo de 7 meses (2014-2015). Se definió la anemia según criterios OMS (Hb: mujeres ≤ 12 g/dL y hombres ≤ 13 g/dL). Se recogieron variables sociodemográficas, situación basal, valores analíticos, comorbilidad, estancia, complicaciones posquirúrgicas y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 218 pacientes, 74% mujeres, edad 87,2 ± 4,7 años. 21% institucionalizados, 52% Barthel ≥ 85, 70% FAC ≥ 4 y 38,5% con demencia. El 36,2% presentó anemia al ingreso y, comparados con los no anémicos, fueron en mayor porcentaje hombres (50,9% vs 31,1%, p = 0,007) con mayor independencia para la marcha (FAC 4,2 vs 3,8, p = 0,024). Además presentaron mayor prevalencia de ERC (44,2% vs 25,9%, p = 0,006), sin diferencias en otras comorbilidades ni medicación antiagregante o anticoagulante previa. La fractura per/persubtrocantérea fue más frecuente en aquéllos con anemia (68,4% vs 54,7%, p = 0,048), interviniéndose mediante clavo gamma (64,9% vs 48,9%, p = 0,001). Los pacientes con anemia al ingreso tuvieron más anemia en el periodo perioperatorio (93,6% vs 39,6% p < 0,001), mayor número de transfusiones antes (25,3% vs 6,5%, p < 0,001) y después de la intervención (65,8% vs 28,8% p < 0,001), requiriendo más concentrados de hematíes postquirúrgicos (1,7 vs 0,6 unidades, p < 0,001) que los pacientes sin anemia al ingreso. Los pacientes con anemia presentaron también más complicaciones médicas: infección respiratoria (27,8% vs 16,5%, p = 0,048), ileo (12,7% vs 3,6%, p = 0,011) y fallo renal agudo (29,1% vs 12,9%, p = 0,003), sin diferencias en las complicaciones cardiovasculares, quirúrgicas, estancia ni mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con fractura de cadera y anemia en el momento del ingreso no difieren del resto en sus características básicas, salvo en la mayor prevalencia de varones y el antecedente de enfermedad renal crónica. Mantienen la anemia durante toda la hospitalización requiriendo más transfusiones. Aunque presentan un aumento de complicaciones médicas tras la intervención, este estudio no ha demostrado un impacto de la anemia prequirúrgica en las complicaciones cardiovasculares, estancia hospitalaria ni en la mortalidad.

OC-016. DELIRIUM COMO FACTOR PRONÓSTICO EN ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA OPERADOS DE FRACTURA DE CADERA

J. Marttini Abarca, M. García-Salmones Fragoso, R. Sosa Suárez y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Estudiar el impacto, causas precipitantes y factores de riesgo asociados a delirium en la evolución y seguimiento de ancianos intervenidos por fractura de cadera.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes > 75 años con fractura de cadera ingresados en la Unidad de Ortopediatría agosto 2014-enero 2015 y seguimiento al mes del alta. Se excluyeron fracturas patológicas, múltiples y antecedentes oncológicos. Se analizaron características demográficas, analíticas, funcionales (Barthel, FAC) y antecedentes médicos y farmacológicos. Se analizó el impacto del delirium en la funcionalidad y mortalidad al mes. Estudio estadístico: comparación de medias y proporciones. Regresión logística. Nivel de significación $p < 0.05$. SPSS 15.0.

Resultados: n: 106, mujeres 81,1% edad media 85,2 años (DE 5,7). Dependencia leve 58,5%, deambulación independiente 56,6%, demencia 41,5%, polifarmacia 52,8%. Estancia prequirúrgica 4,2 días (DE 3,5), estancia media de 12,9 días (DE 7,3). Presentaron delirium 38,7% (hiperactivo: 68,3%). Causa precipitante: a) inherente al proceso actual 55,8%, (de ellos 66,7% tienen demencia), b) Anemización 11,6%, c) mal control del dolor 11,6%. Delirium al alta: 17,9%. Duración 7 días (RIC 4,5-12,5). Inicio al primer día 56,1%, primera semana: 34,1%. El delirium se asoció de forma significativa con demencia moderada o grave ($p < 0,001$), edad ($p < 0,001$), peor FAC ($p = 0,031$) y Barthel ($p < 0,001$) previos. Los pacientes con delirium presentaban mayor estancia prequirúrgica ($p = 0,026$), estancia media ($p < 0,001$) y más destino a residencias ($p = 0,032$). Al mes de seguimiento habían fallecido 2 pacientes y del resto mantenían el delirium 19,4%. Además se observó peor Barthel ($p = 0,014$) y FAC ($p < 0,001$) posterior de mediana. Como factores independientes asociados a delirium se describieron en la regresión logística la demencia OR: 8,09 (IC 2,2-29,3; $p < 0,001$), estancia prequirúrgica mayor OR: 1,17 (IC 1,01-1,3; $p < 0,001$), edad OR: 1,17 (IC 1,06-1,3; $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra muestra los paciente con delirium son mayores, tienen peor situación funcional previa y se describe la situación cognitiva basal como causa inherente más habitual. Aparece predominantemente en el primer día y previo a la cirugía. Tienen más probabilidad de ser institucionalizados y peor recuperación funcional, donde pueden actuar como factores de confusión la edad y la presencia de deterioro cognitivo.

OC-017. PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA CON FRACTURA DE FÉMUR: CARACTERÍSTICAS Y COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE ANCIANOS DE MENOR EDAD

C.M. Béjar Calzada¹, J. Ventura Junyent¹, L.A. Canchucaya Gutarrá¹, H. Manjón Navaro¹, S. Martínez Díaz², R. Miralles Basseda¹ y M.J. Robles Raya¹

¹Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Comparación entre pacientes nonagenarios y pacientes de menor edad con fractura de fémur, sometidos a intervención quirúrgica.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de 321 pacientes mayores de 65 años ingresados en Ortopediatría por fractura de fémur, en un periodo comprendido entre junio de 2013 y enero de 2015, distribuidos en 2 grupos: nonagenarios y de menor edad. Variables registradas: sexo, edad, domicilio, estado funcional y cognitivo (Barthel, Lawton y existencia de deterioro cognitivo), movilidad pre-fractura, tratamiento osteopenizante, tipo de fractura (pertrocantárea, subcapital, otras) tratamiento quirúrgico [DHS, clavo endomedular, prótesis parcial (Moore), prótesis total (PTC), osteosíntesis con tornillos canulados], ASA, nutrición (albúmina), Mini-mental Folstein abreviado al ingreso (MMSE); demora quirúrgica (horas entre ingreso y cirugía), mortalidad intrahospitalaria, estancia media (días), delirium, úlcera por presión (UPP) y destino al alta.

Resultados: De los 321 pacientes, fueron 70 nonagenarios [edad media 93,4 ± 3,2 (82,9%)] y 251 de menor edad [82,1 ± 5,4

(74,1%)]. En el análisis bivariado, los nonagenarios presentaron diferencias respecto a: procedencia [domicilio 68,6% vs 88,8%; institución 31,4% vs 10,8% ($p < 0,001$)]; Barthel 57,1 ± 33,1 vs 80,9 ± 25,5 ($p < 0,001$); Lawton 1,7 ± 2,6 vs 4,2 ± 3 ($p < 0,001$); deterioro cognitivo 67,1% vs 39% ($p < 0,001$); movilidad previa [sin ayudas 37,7% vs 54,7%, andador 23,2% vs 12,7%, sin movilidad 10,1% vs 4,4% ($p = 0,013$)]; tratamiento osteopenizante 10,1% vs 29,5% ($p < 0,001$); tratamiento quirúrgico [Moore 47,1% vs 20,2%; PTC 1,5% vs 14,2%; clavo 35,3% vs 45,7% ($p < 0,001$)]; ASA ≥ 3 80,9% vs 64% ($p = 0,007$); albúmina 2,9 ± 0,4 vs 3,2 ± 1,9 ($p < 0,001$); MMSE 5,6 vs 10,8 ($p < 0,001$); mortalidad intrahospitalaria 10% vs 2,4% ($p = 0,010$); delirium 45,7% vs 28,8% ($p = 0,008$); UPP 11,4% vs 3,6% ($p = 0,016$); destino al alta [institución 27,1% vs 10,0% ($p < 0,001$)].

Conclusiones: 1. Los pacientes nonagenarios tienen al ingreso peor situación funcional y peor estado nutricional, son la mayoría tributarios a colocación de prótesis parcial y tienen alta probabilidad de institucionalización al alta, peores resultados funcionales y aumento en la mortalidad intrahospitalaria. 2. Así mismo, presentan un mayor porcentaje de deterioro cognitivo con el consecuente mayor riesgo de presentar delirium.

OC-018. DISMINUCIÓN DE LA DEMORA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA PERTROCANTÉREA DE CADERA

P. González García¹, C. Martín Hernández², M.J. Vicente Romero¹, R. Vial Escolano¹, E. San Martín Igual¹ y C. Barrio Adiego³

¹Hospital San José. Teruel. ²Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³Hospital General Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos: Demostrar que la intervención coordinada entre Traumatología, Geriatría y Anestesiología permite reducir el tiempo de demora quirúrgica (TDQ) de la fractura pertrocantárea de fémur. Analizar la repercusión de la reducción del TDQ sobre la estancia hospitalaria, la morbilidad, la mortalidad y la recuperación funcional de los pacientes con fractura pertrocantárea.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las fracturas pertrocantáreas tratadas en el Hospital Obispo Polanco, antes de la creación de la unidad de Ortopediatría (2007), a partir de la instauración de la vía clínica de fractura (2011-12) y tras la adaptación de la vía con anestesia (2013-14). Se realiza análisis de la estancia prequirúrgica (hasta fijación de la fractura), estancia hospitalaria, estancia media global del proceso; mortalidad; complicaciones hemorrágicas; morbilidad y situación funcional basal y al alta de la hospitalización.

Resultados: Estimando como TDQ óptimo < 48 horas desde el ingreso, en 2007 sólo un 17% de las fracturas pertrocantáreas se intervenían dentro de ese período, pasando al 36% con la instauración de la unidad, y al 77,6% tras la adaptación de la vía clínica con anestesia. La estancia prequirúrgica ha pasado de 4,97 días a 2,1 en el mismo período, y la estancia hospitalaria de 13,65 a 6,47 días. Actualmente se deriva un 53% de los pacientes con fractura pertrocantárea al Hospital San José, con una estancia media de 14 días y una ganancia funcional de 25 puntos en el índice de Barthel, similar a la de años previos. En 2011-12 sólo el 3,8% de los ancianos con fractura pertrocantárea requirieron atención urgente por Medicina Interna y 2,3% en 2013-14. No se ha objetivado ninguna complicación hemorrágica relacionada con la anestesia. La mortalidad de la fractura de fémur en 2007 alcanzaba el 9,15%, bajando al 3,6 en 2012 y a 3,52% en 2014.

Conclusiones: La intervención coordinada entre los servicios de Traumatología, Geriatría y Anestesiología ha permitido una reducción significativa del tiempo de demora quirúrgica de los pacientes con fractura pertrocantárea de fémur, que asocia una reducción de la estancia hospitalaria y la morbilidad postoperatoria, sin producir complicaciones hemorrágicas relacionadas con la anestesia, mayor mortalidad ni empeoramiento funcional.

OC3: Fracturas 2

OC-019. ¿PATOLOGÍA ENMASCARADA DETRÁS DE UNA FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD ÓSEA?

J. Castellà Aumedes, E. Duaso Magaña, M. Sandiumenge Escobedo, P. Marimon, J. Miquel y R. Sellarés
Hospital de Igualada. Igualada.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos respecto a los niveles de calcidiol, así como la coexistencia con hipertiroidismo, insuficiencia renal y anemia en pacientes con osteoporosis atendidos, en la Unidad Geriátrica de Agudos de un Hospital Comarcal, por fractura de cadera por fragilidad ósea. Valorar la necesidad de ampliación de estudio de dichos factores para la detección precoz y mejora de la aproximación diagnóstica en pacientes con osteoporosis fracturados.

Métodos: Estudio descriptivo en que se determinó el nivel de Hemoglobina, y MDRD como parámetros indirectos nutricionales y de función renal y presencia de hipertiroidismo mediante determinación de TSH. También se recogieron niveles de calcidiol. Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS modelo 19.0.0.

Resultados: Del 1 de junio de 2010 al 31 de mayo de 2013, hemos atendido 369 pacientes de forma consecutiva, por fractura de cadera, en los que la hemoglobina al ingreso era superior a 12 g/L en 137 pacientes (37,1%) e inferior a este nivel en 232 pacientes (62,9%). En 368 pacientes se analizó la presencia o ausencia de insuficiencia renal, presentando un filtrado glomerular ≥ 60 en 198 pacientes (53,8%) y < 60 en 170 pacientes (46,2%). De 332 pacientes a los que se determinó el nivel de TSH, 29 pacientes (8,7%), presentaban niveles inferiores a 0,55, compatibles con hipertiroidismo. También fueron valorados los niveles de calcidiol en 306 pacientes, presentando en 269 casos (87,9%) niveles de calcidiol inferiores a 20 (déficit moderado o grave de calcidiol).

Conclusiones: Se observa que hay un porcentaje muy elevado de pacientes con fractura de cadera por fragilidad ósea, que presentan anemia, así como insuficiencia renal, y un número no despreciable de estos, que presentan hipertiroidismo. En la mayoría de pacientes que han presentado fractura por fragilidad ósea, se detecta niveles de calcidiol bajos. Factores como anemia, insuficiencia renal, hipertiroidismo, así como déficit de calcidiol podrían asociarse a la aparición de osteoporosis, por lo que podría ampliarse el análisis de dichos factores para la detección precoz y mejora de la aproximación diagnóstica en pacientes con fractura por fragilidad ósea.

OC-020. EFECTO DE UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A PACIENTES MAYORES DE 69 AÑOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Duaso Magaña, J. Castellà, M. Sandiumenge, P. Marimon, A. Romero y J.D. Sulbaran
Hospital de Igualada. Igualada.

Objetivos: Analizar cohorte de pacientes mayores de 69 años con fractura de cadera atendidos en el Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de un Hospital Comarcal entre junio de 2007 y mayo de 2010 (cohorte ortopédica) y compararla con cohorte de pacientes, con las mismas características, atendidos en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del Servicio de Geriatría entre junio de 2010 y mayo de 2013 (cohorte geriátrica). Demostrar que la cohorte geriátrica consigue mejoras clínicas y asistenciales respecto a la ortopédica.

Métodos: Estudio descriptivo pre-post con recogida de variables demográficas (edad, sexo); período de espera quirúrgica (EQ); mortalidad hospitalaria (MH), 6 (M6) y 12 (M12) meses; complicaciones médicas; destino alta (DA); reingreso traumatológico o médico al mes (RT/RM) y refractura de fémur al año (RF). Estudio estadístico utilizando el SPSS modelo 19.0.0.

Resultados: De 1 junio 2007 a 31 mayo 2013 hemos atendido 792 pacientes de forma consecutiva (421 (53,2%) cohorte ortopédica y 371 (46,8%) geriátrica. 75,6% mujeres. Edad 84,69 (DE \pm 6,1) años. Comparativa ambas cohortes (ortopédica/geriátrica/p =): EQ 2,7 (DE \pm (1 a 8))/1,86 (DE \pm 1,192)/ $< 0,001$ -0,045; MH 19 (4,5%)/5 (1,3%)/0,010; complicación hemorrágica 254 (60,3%)/151 (44,3%)/0,010; complicaciones cardíacas 48 (11,4%)/31 (9,1%)/0,298; complicaciones respiratorias 29 (6,9%)/15 (4,4%)/0,143; complicaciones infecciosas 32 (7,6%)/13 (3,8%)/0,027; estancia media 15,76 (DE \pm 8,39)/5,90 (DE \pm 2,59)/0,001; alta sociosanitaria 158 (37,5%)/143 (38,5%)/ns; RT 18 (4,4%)/8 (2,2%)/0,085; RM 23 (5,6%)/14 (3,8%)/0,234; RF 14 (3,4%)/11 (3%)/0,723; M6 6 94 (23,7%)/81 (22%)/0,570; M12 108 (27,3%)/100 (27,5%)/0,951.

Conclusiones: En los pacientes con fractura de cadera atendidos de forma multidisciplinar en una UGA por un equipo interdisciplinar, se les aporta claras mejoras clínico-asistenciales. De forma estadísticamente significativa se aprecia reducción de periodo de espera quirúrgico, mortalidad hospitalaria, complicaciones hemorrágicas transfundidas, complicaciones infecciosas, estancia media y reingresos al mes (por luxación artroplastia). Se observa tendencia a reducción complicaciones cardíacas y respiratorias, reingresos médicos y otros traumatológicos, refractura de fémur al año y mortalidad a los 6 meses.

OC-021. RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS FRACTURA DE CADERA EN UNA MUESTRA DE SUJETOS MENORES Y MAYORES DE 90 AÑOS DE UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

S.A. Alfonso Silguero¹, P. Peña¹, J.L. González Oliveras¹, M.C. Venico¹, J. Yanguas², I. Antón¹ y M. Ariztia¹

¹Hospital Ricardo Bermingham. Donostia. ²Instituto Matia. Donostia.

Introducción: La fractura de cadera es una patología frecuente en la población anciana y se estima que su incidencia va en aumento debido a mayores expectativas de vida de la población. Dado el deterioro funcional que provoca, las unidades de recuperación funcional, tienen el objetivo de reducir la incapacidad funcional y secundariamente favorecer la permanencia en su domicilio.

Objetivos: Valorar la ganancia funcional en sujetos menores y mayores de 90 años con fractura de cadera y relacionar con el sexo, el delirium, las infecciones nosocomiales y comorbilidad.

Métodos: Estudio de diseño longitudinal y observacional, con datos apareados. Los datos fueron recogidos entre marzo del 2010 a febrero de 2015, de URF del Hospital Ricardo Bermingham Fundación Matia de una corte de sujetos de Guipúzcoa. El motivo de ingreso fue deterioro funcional secundario a fractura de cadera. Se recogió la situación funcional y comorbilidad con Índice de Barthel modificado e índice de Charlson reducido respectivamente y variables clínicas que fueron el delirium e infecciones nosocomiales.

Resultados: Se estudiaron 1.272 sujetos distribuidos en 20,7% de varones y un 79,3% mujeres. En cuanto a la muestra analizada de nonagenarios son un total de 248 sujetos, un 11,3% varones y un 88,7% de mujeres. Fue realizado análisis de medias y desviaciones típicas con test de Wilcoxon de la ganancia funcional, índice de Montebello, delirium, infección nosocomial y comorbilidades. Se evidencia resultados significativos de ganancia funcional y la eficacia del tratamiento en ambos grupos de edades. Menores de 90 años, media de 36,68 y mayores de 90, media de 33,59 con $p < 0,014$. Índice de Montebello para menores de 90 años con media de 54,04 y mayores con 58,92 con $p < 0,001$. Presentaron delirium 74 pacientes menores de 90 años y 35 mayores con resultado significativo $p < 0,001$. Estancia media de 23,58 días para menores de 90 años y 25,01 para mayores $p < 0,001$.

Conclusiones: Se evidencia una buena recuperación funcional y eficacia del tratamiento en ambos grupos de edades y ambos sexos. Los más ancianos tardaron más en alcanzar la recuperación funcional. La presencia de delirium fue significativamente mayor en nonagenarios.

OC-022. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD A LOS TRES MESES

C.M. Béjar Calzada¹, L.A. Canchucaya Gutarra¹, J. Ventura Junyent¹, F. Santana Pérez², R. Miralles Basseda¹, O. Vázquez Ibar¹
y M.J. Robles Raya¹

¹Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: 1. Conocer y analizar los factores predictivos de mortalidad a los tres meses en pacientes que han sido intervenidos por fractura de fémur proximal.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de 321 pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad de Ortopediatría por fractura de fémur, en un periodo comprendido entre junio de 2013 y enero de 2015. Las variables registradas fueron: sexo, edad, domicilio de procedencia, estado funcional (Barthel, Lawton), estado cognitivo (existencia o no de deterioro cognitivo), movilidad pre-fractura, tratamiento osteopenizante, tipo de fractura (pertrocantárea, subcapital, otras), tratamiento quirúrgico [DHS, clavo endomedular, prótesis parcial (Moore), prótesis total (PTC), osteosíntesis con tornillos canulados], ASA, nutrición (albúmina), Mini-mental Folstein abreviado (MMSE) al ingreso; demora quirúrgica (horas entre ingreso y cirugía), mortalidad intrahospitalaria, estancia media (días), delirio, úlceras por presión (UPP), destino al alta, reingreso por complicación relacionado con fractura, movilidad recuperada y mortalidad a los 3 meses.

Resultados: Hubo 25 pacientes (7,8%) que murieron a los tres meses. El análisis multivariado mostró que las variables que se relacionaron con mayor riesgo de mortalidad fueron: edad ≥ 90 (OR = 3,18; p = 0,019); albúmina $\leq 3,1$ (OR = 3,31; p = 0,042); ASA ≥ 4 (OR = 8,25; p < 0,001) y reingreso por complicación relacionado con fractura (OR = 4,84; p = 0,03). La capacidad predictiva del modelo multivariado medida mediante el área bajo la curva (ROC) mostró un valor de 0,796 (p < 0,001).

Conclusiones: La edad, el estado nutricional, la clasificación ASA de anestesia y la presencia de complicaciones relacionadas con la fractura que motiven el reingreso son factores predictivos de mortalidad a los tres meses.

OC-023. SUPERVIVENCIA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA: SEGUIMIENTO A DOS AÑOS

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

Objetivos: Determinar los factores relacionados con mortalidad en pacientes intervenidos por fractura de cadera tras un seguimiento de dos años.

Métodos: Estudio de seguimiento de dos años de duración tras el alta hospitalaria por fractura de cadera. Pacientes > 65 años, intervenidos entre agosto 2011 y mayo 2012. No se incluyeron aquellos que fallecieron durante la hospitalización. Se recogieron variables basales sociodemográficas, funcionales (índice de Barthel, FAC-functional ambulation classification), comorbilidad (índice de Charlson ajustado por edad (ICH)), deterioro cognitivo, tipo de fractura, estancia prequirúrgica y valores de anemia al ingreso y al alta. Se contempló la mortalidad como evento final, con un último contacto telefónico a los 24 meses de la fractura. Análisis estadístico: curva de supervivencia (Kaplan-Meier); análisis multivariante (regresión de Cox), IC95% (p < 0,05). SPSS15.0.

Resultados: n: 278 pacientes, 80,2% mujeres, edad media 84,8 años (DE 7,0). Un 50,7% tenían un Barthel > 80, ICh > 5 un 30,2%, deterioro cognitivo 40,3%. El 54,0% tuvo Fractura pertrocantárea, el 51,1% retraso prequirúrgico > 3 días y el 23,3% anemia al ingreso. Análisis de supervivencia: se observó una supervivencia a 1, 12 y 24 meses tras el alta

hospitalaria de 99,3%, 85,2% y 74,5% respectivamente. Análisis univariante: se encontró asociación entre mortalidad y edad > 80 años (p < 0,001), Barthel ≤ 80 (p < 0,001), ICh > 5 (p = 0,015), Deterioro cognitivo (p = 0,005), Fractura pertrocantárea (p = 0,001) y anemia al ingreso (p = 0,001). En el análisis multivariante permanecen como factores predictores de mortalidad la edad > 90 años (RR = 2,9; p = 0,011), Barthel ≤ 80 (RR = 2,9; p = 0,008), fractura pertrocantárea (RR = 1,8; p = 0,023) y anemia al ingreso (RR = 2,0; p = 0,006).

Conclusiones: En nuestra muestra se identifican factores basales relacionados con una mayor mortalidad en pacientes con fractura de cadera como el ser nonagenario, deterioro funcional previo y anemia al ingreso. Llama la atención la presencia de fractura pertrocantárea como factor independiente de mortalidad.

OC-024. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE COMPLICACIONES EN ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR

D. Ruiz¹, M. Barceló¹ y D. Ruiz-Balet²

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Ciencias. Barcelona.

Objetivos: Desarrollar un modelo productivo de complicaciones en ancianos con fractura de fémur (FxF) al ingreso en el hospital basado en la comorbilidad crónica y la función física previa al ingreso.

Métodos: Se incluyeron en el estudio ≥ 65 años con FxF que ingresaron durante los años 2012 y 2013 en un hospital universitario. La variable dependiente fue el número de complicaciones después del ingreso. Las variables dependientes exploradas en el modelo fueron la edad, el sexo, la comorbilidad previa (índice Charlson - ICH-), la función previa (índice de Barthel -IB-) y el tiempo de espera quirúrgica (EQ) en días. Se aplicó el modelo lineal generalizado (GLM) Zero Inflated Poisson (ZIP Model). La validación del modelo se realizó mediante técnica de bootstrap aleatoria.

Resultados: De 971 pacientes con FxF, entraron en el análisis 888 (83 se descartaron por data missing). La edad media fue de 85,3 años, 77,5% mujeres, el ICH fue de 1,3, el IB previo de 75,7 y la estancia preoperatoria 3,4 días. El número medio de complicaciones fue de 0,95 ([IC95%] 0,8-1,0). No tuvieron complicaciones un 53%. Se obtuvieron 2 modelos probabilísticos: Modelo 1 ("pacientes protegidos") = $1/1+\exp(-1,576 + 0,037 \times \text{edad} - 0,014 \times \text{IB})$ y el Modelo 2 ("pacientes de riesgo") = $1/1+\exp(-2,082 - 0,025 \times \text{edad} - 0,053 \times \text{EQ} - 0,115 \text{ ICH})$.

Conclusiones: Este estudio ha identificado un grupo de pacientes con FxF que no desarrollarán complicaciones independientemente del tiempo de espera quirúrgica ("pacientes protegidos"). La protección frente a las complicaciones la confiere una menor edad y tener una función física adecuada. Este hallazgo no hubiera sido posible sin la aplicación de técnicas estadísticas avanzadas de uso habitual en biomedicina. Las aplicaciones prácticas a nuestro entender pasarían por la evaluación de calidad del proceso asistencial de la FxF y en la priorización de decisiones clínicas. Los pacientes que deben intervenirse de forma precoz y prioritaria deberían ser siempre los "pacientes en riesgo" (mayor edad y comorbilidades médicas previas).

OC-025. ESTUDIO FEMCATALONIA. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y COSTES DE LA FRACTURA DE FÉMUR EN CATALUNYA

J.M. Cancio¹, E. Vela², S. Santa Eugenia¹, M. Inzitari¹, M. Clèries², D. Ruiz¹ y Grupo Ortopediatría SCGiG¹

¹SCGiG. Barcelona. ²Servei Català de la Salut. Barcelona.

Objetivos: Describir y analizar la utilización de recursos sanitarios en ancianos fractura de fémur (FxF).

Métodos: Se trata de un análisis de datos secundarios de la base de datos administrativa de la población de Cataluña. Se seleccionaron

23.019 sujetos ≥ 65 años que ingresaron en hospitales por FxF durante los años 2011-2013. Se analizaron la utilización de recursos sanitarios y el gasto sanitario durante el año anterior y posterior a este evento.

Resultados: La tasa anual de FxF fue de 5,9 por 1.000 habitantes ≥ 65 años. La edad media fue de $84,2 \pm 6,9$ años con una proporción de mujeres del 75%. La supervivencia anual fue del 76%. El 46% ingresaron en un centro socio-sanitario (CSS) después del alta hospitalaria. En los 6 primeros meses post FxF se realizaron una media de 2,2 visitas más en Atención Primaria, 1,2 en Hospital 1,2 y 2,5 desplazamientos en transporte sanitario no urgente. Un 33% utilizaron servicios de rehabilitación con financiación pública. El gasto sanitario el año anterior a la FxF fue de 93.825.444 € (4.076 € por paciente) y en el año posterior de 248.536.143 € (10.797 € por paciente). La FxF supuso un incremento del gasto de 154.710.699 € (6.721 € por paciente). El 80% se produjo en el primer semestre. La diferencia entre el gasto anterior y posterior a la FxF fue debida a los ingresos hospitalarios (62%), el uso recursos socio-sanitarios (31%), la rehabilitación ambulatoria (3%) y el transporte sanitario no urgente (3%).

Conclusiones: La FxF supone un aumento importante del consumo de recursos sanitarios y del gasto derivado principalmente del uso de recursos de internamiento (hospital y CSS) que se consumen preferentemente en los 6 primeros meses de la FxF.

OC-026. ESTUDIO FEMCATALONIA. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DE LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR EN CATALUNYA

J.M. Cancio¹, E. Vela², M. Clèries², M. Inzitari¹, D. Ruiz¹

y Grupo Ortogeriatría SCGiG¹

¹SCGiG. Barcelona. ²Servei Català de la Salut. Barcelona.

Objetivos: Conocer los factores de la mortalidad a medio plazo en ancianos con fractura de fémur (FxF).

Métodos: Estudio de análisis secundario de datos de la base de datos administrativa de la población de Catalunya. Se seleccionaron 23.019 mayores de 65 años que ingresaron por FxF (2011-2013). Se analizó la supervivencia actuarial y se realizó una regresión de Cox por pasos donde la variable dependiente fue la mortalidad al año del alta hospitalaria. Se introdujeron como variables dependientes la edad, sexo, comorbilidades, tipo de fractura, intervención quirúrgica, transfusiones, medida de complejidad (GMA) y consumo de vitamina D al alta.

Resultados: La tasa anual de FxF durante el periodo estudiado fue del 5,93 por 1.000 habitantes >65 años. La edad media fue de 84,2 años y 75% fueron mujeres. La mortalidad hospitalaria fue del 5,0% y la anual del 24%. Las comorbilidades más frecuentes fueron las relacionadas con el sistema locomotor (50%), diabetes (28%), demencia (19%), depresión (18%), insuficiencia cardíaca (17%), AVC (16%) y neoplasias (14%). Los factores de riesgo de mortalidad fueron la edad (OR 1,072 IC95% 1,066-1,074), ser hombre (OR 1,616 IC95%: 1,581-1,745), no realizar la intervención quirúrgica (OR 2,181 IC95% 2,022-2,352), la cirrosis hepática (OR 1,669 IC95% 1,439-1,936), la demencia (OR 1,522 IC95% 1,452-1,596), la insuficiencia cardíaca (OR 1,346 IC95% 1,272-1,424), el cáncer (OR 1,243 IC95% 1,175-1,315), la insuficiencia renal crónica (OR 1,185 IC95% 1,118-1,256), la enfermedad pulmonar crónica (OR 1,154 IC95% 1,089-1,223), la incontinencia urinaria (OR 1,122 IC95% 1,071-1,176), haber sido transfundido (OR 1,109 IC95% 1,056-1,164) y la complejidad (OR 1,027 IC95% 1,024-1,031). El tipo de fractura y el tipo de intervención quirúrgica no influyó en la mortalidad. El consumo de vitamina D fue un factor protector de mortalidad (OR 0,909 IC95% 0,856-0,966).

Conclusiones: La mortalidad a medio plazo se relaciona con la edad, ser hombre y diferentes comorbilidades médicas, así como con la complejidad del paciente. Destaca el consumo de vitamina D como factor protector de mortalidad, cosa que apoya la necesidad de aumentar la prescripción de vitamina D al alta del hospital en los ancianos que han tenido una FxF.

OC-027. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA. INFLUENCIA DEL DETERIORO FUNCIONAL

F. Uriz Otano¹, B. del Olmo Huici¹, L. Gil Guerrero¹,

M.A. Arizcuren Domeño² y V. Malafarina³

¹Hospital San Juan de Dios. Pamplona. ²Residencia Landazábal. Burlada. ³Clinica Los Manzanos. Lardero.

Objetivos: Identificar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con fractura de cadera (FC), ingresados en una unidad media estancia rehabilitadora.

Métodos: Estudio longitudinal. Se incluyeron pacientes >65 años, con FC. Se recogieron variables demográficas, clínicas, la situación funcional (Barthel) y cognitiva (MMSE), la capacidad de la marcha (FAC). Se registró la mortalidad durante el ingreso, a 1 y a 3 años tras el alta. Análisis estadístico SPSS 21.

Resultados: 377 pacientes, $84,4 \pm 6,3$ años, 73% mujeres, estancia media 37 días. El 46% alta comorbilidad (Charlson ≥ 3) y Barthel >60 en el 75% de los casos. El 50% presentan deterioro cognitivo (en el 23% MMSE < 15). Entre las complicaciones más prevalentes hemos observado que el 35% precisaron transfusión, el 29% presentó infección urinaria, el 28% delirium, y el 21% insuficiencia cardiaca. El 89% recibieron tratamiento rehabilitador. Al alta: el 55% recuperaron la marcha, y el 46% tenía IB > 60 . El 75% volvieron al domicilio. Un 5% fallecen durante el ingreso, el 20% al año, 38% a los 3 años. En el estudio univariable se observa que los factores asociados a la mortalidad son la edad, el sexo, la comorbilidad, la estancia, el retraso quirúrgico, la polifarmacia, la presencia de complicaciones, la situación funcional y cognitiva ($p < 0,05$). En el estudio multivariable se observa que los factores predictivos de mortalidad son la edad (OR 1,07 IC: 1,03-1,11) y la comorbilidad (OR: 1,42 IC: 1,23-1,65). La situación funcional al alta predice la mortalidad a largo plazo (OR: 0,98 IC: 0,96-0,99) mientras que el deterioro cognitivo y el delirium no han demostrado ser factores predictivos de mortalidad ($p > 0,05$).

Conclusiones: La situación funcional al alta ha demostrado ser un factor predictivo importante de mortalidad a largo plazo, junto con la edad y la comorbilidad. Un programa de rehabilitación individualizado que tenga como objetivo revertir el deterioro funcional podría reducir la mortalidad. La presencia de deterioro cognitivo y el delirium no predicen la mortalidad en los pacientes con fractura de cadera ingresados en nuestra unidad.

OC4: Cognición, nutrición y fármacos

OC-028. HETEROGENEIDAD EN LA ALTERACIÓN DE MEMORIA ASOCIADA A LA EDAD. ESTUDIO TRASVERSAL DE UNA MUESTRA DE 8.168 USUARIOS MAYORES DE 64 AÑOS SIN DETERIORO COGNITIVO

P. Montejano Carrasco¹, M. Montenegro Peña¹, M.L. Delgado Losada², A.I. Reinoso García¹, A. García Martín¹ y B. Álvarez Crespo¹

¹Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Psicología Básica I (Procesos Cognitivos). Madrid.

Objetivos: Estudiar, en una muestra de mayores de 64 años, el rendimiento de memoria para observar el patrón de cambio según la edad.

Métodos: Estudio trasversal descriptivo. Muestra: 8168 mayores de 60 años sin deterioro cognitivo, media de edad 69,91 (DE = 5,10); 27% varones; Rango 60-89. Captación: mayores que han acudido a los centros de Madrid Salud medios de comunicación y otro usuario. Captación no probabilística consecutiva. Evaluación: test Con-

ductual de Memoria Rivermead (RBMT, memoria cotidiana; variable criterio), lista de Pares Asociados (memoria asociativa) y Mini Examen Cognoscitivo (MEC, Rendimiento cognitivo general). Para estudiar el patrón de cambio se considera como base el grupo de 60-64 años.

Resultados: El 28,2% tienen memoria normal, el resto tienen alteración de memoria. Por grupos de edad presenta memoria con algún tipo de alteración desde el 66,7% para el grupo de 65-69 años hasta el 88,5% para el grupo de 85-89 años. La disminución de memoria tomando como base el grupo de 60-64 años es del 27,5% para memoria cotidiana desde los 65 hasta los 89 años. Para memoria asociativa la disminución es del 22,1%. Se observa que, según aumenta la edad, la heterogeneidad de la muestra va aumentando, desde un intervalo de confianza de la media en RBMT de 0,080 en el grupo de 65-69 años, hasta 0,665 en el grupo de 85-89 años. En memoria asociativa y en rendimiento cognitivo general se observa el mismo fenómeno. La disminución en el MEC es del 3,61%. La correlación entre ambos tipos de memoria es "r" = 0,46. El MEC correlaciona más con memoria cotidiana ($r = 0,43$) que con memoria asociativa (0,34).

Conclusiones: El porcentaje de los problemas de memoria se incrementa de forma importante con la edad, sin embargo, no todos los mayores presentan esta alteración de memoria. La disminución en el rendimiento de memoria cotidiana y asociativa desde los 60-64 años es lenta pero constante y es mayor que la disminución en el rendimiento cognitivo general. Según avanza la edad, aumenta la heterogeneidad de los mayores en su rendimiento cognitivo general y de memoria.

OC-029. ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y EL ESTADO COGNITIVO DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE ANTOFAGASTA, CHILE

A.J. Ledezma Dames, J. Ramírez Cuadra y K. Valdez Rojas
Universidad Santo Tomás. Escuela de Kinesiología. Chile.

Introducción: La evidencia indica que los estilos de vida físicamente activos pueden prevenir el deterioro cognitivo (DC) y disminuir su progresión. Una baja actividad física (AF) durante la adultez, está relacionada con mayor probabilidad de padecer demencia en la vejez, al contrario, un mayor nivel de AF puede estar asociado con un retraso en su aparición.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el nivel de actividad física realizada por adultos mayores autovalentes de Antofagasta, con sus estados cognitivos.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo-correlacional. La muestra se compuso por 161 mujeres y 42 varones con una edad promedio de 74 ± 7 años. Los Adultos mayores (AM) provinieron de agrupaciones sociales, se excluyeron quienes presentaban discapacidades físicas, sensoriales y puntajes inferiores a 21 pts. en el Minimental-Blesa (MMSE). Para determinar el nivel de AF se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), el estado cognitivo global fue valorado por el MMSE, La función ejecutiva y visoconstructiva, por el Test de Reloj (CLOX1) y la memoria a corto plazo, a través del Memory Impairment Screen (MIS).

Resultados: El grupo con AF de baja intensidad (97AM), presentó un MMSE = $26,01 \pm 3,5$, CLOX1 = $10,19 \pm 3,1$ y MIS = $6,64 \pm 1,6$; el grupo de moderada intensidad (65AM), presentó un MMSE = $27,41 \pm 2,37$, CLOX1 = $11,33 \pm 2,5$ y MIS = $7,07 \pm 1,5$ y el grupo de alta intensidad (41AM), un MMSE = $27,97 \pm 1,8$, CLOX1 = $11,94 \pm 2,5$ y MIS = $7,29 \pm 1,4$. La prueba t indica una diferencia significativa entre el grupo de baja intensidad, respecto a los grupos de moderada y alta AF, presentes en el MMSE ($p = 0,01/p = 0,004$ respectivamente) y en el CLOX1 ($p = 0,03/p = 0,006$ respectivamente), no hubo diferencias entre los grupos de alta y moderada intensidad. El test MIS no mostró diferencias entre grupos. Considerando la presencia de DC leve (MMSE =

26-21 pts), el Odds-Ratio revela que es 2,8 veces más probable presentar DC leve si los AM realizan un bajo nivel de AF.

Conclusiones: El nivel de actividad física realizado por los adultos mayores influye en sus estados cognitivos, independiente de la edad y los años de escolaridad. Tanto la actividad física de moderada y alta intensidad parecen ser un factor protector del deterioro cognitivo leve y preservar un mejor estatus de las funciones ejecutivas y visoconstructivas de estas personas.

OC-030. DÉFICIT DE MEMORIA TEMPOROMEDIAL Y BIOMARCADORES EN LCR

I. Huedo Rodenas¹, M. Fernández Sánchez², P.A. Hernández Zegarra², T. Flores Ruano², S. Salmerón Ríos², M. Martínez Reig²
y P. Abizanda Soler²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ²Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Analizar la asociación entre los biomarcadores en LCR y los diferentes test neuropsicológicos en ancianos diagnosticados de deterioro cognitivo.

Métodos: 108 pacientes atendidos en consultas de Geriatría del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete diagnosticados de deterioro cognitivo. Se realizó determinación de biomarcadores en LCR para aumentar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico. Recibieron valoración neuropsicológica y neuroimagen. Se analiza la asociación entre los diferentes biomarcadores y ratios propuestos en la literatura con puntuaciones en los principales test neuropsicológicos.

Resultados: 108 participantes. Edad media 73,9. 75 mujeres (69,4%). Nivel educativo: Analfabetos 3 (2,8%), primarios incompletos 66 (61,1%), primarios completos 30 (27,8%), secundarios 2 (1,9%), universitarios 7 (6,5%). HTA 58 (53,7%), DM 26 (24,1%), Dislipemia 49 (45,4%), tabaquismo 18 (16,7%). Puntuaciones en la escala Wahlund: 0 = 48 (44,4%), 1 = 44 (40,7%), 2 = 16 (14,8%), 3 = 0. MMSE 22,7 (4,2). Test del reloj 7,3 (DE 2,3). TAAVR total 22,7 (DE 7,4). TAAVR lista B 2,5 (DE 1,3). TAAVR inmediato 2,8 (DE 1,6). TAAVR demorado 2,6 (2,3). Dígitos directos 4,4 (DE 0,8). Dígitos inversos 2,8 (DE 0,6). Fluencia fonética 18,1 (DE 9,4). Fluencia de animales 11,0 (DE 3,9). Boston 10,8 (DE 5,0). VOSP 12,6 (DE 4,8). Valores de A β 42 860 (DE 314), tau total 600 (DE 410), p-tau 93 (DE 108). Número y% de participantes con valores positivos de punto de corte: A β 42 9 (8,3%), tau total 72 (66,7%), A β 42/p-tau 23 (21,3%). El ratio A β 42/p-tau se asoció con puntuaciones en el MMSE ($B = -3,4$; IC95% -5,0 a -1,7; $p < 0,001$) y test del reloj ($B = -1,4$; IC95% -2,5 a -0,2; $p < 0,05$) como test globales. Se asocia con el TAAVR aprendizaje ($B = -6,0$; IC95% -11,5 a -0,6; $p < 0,05$), con el TAAVR lista B ($B = -1,2$; IC95% -2,0 a -0,3; $p < 0,01$) y con el TAAVR demorado ($B = -2,4$; IC95% -3,9 a -0,9; $p < 0,01$) ajustado por edad, género, nivel educacional, escala Wahlund, y factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo no hubo asociación con memoria inmediata, fluencia fonética y semántica, lenguaje y capacidades visuoespaciales y ejecutivas.

Conclusiones: Los biomarcadores en LCR, especialmente el ratio A β 42/p-tau, se asocian con afectación de la memoria temporomedial en pacientes con deterioro cognitivo.

OC-031. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE NEUROLÉPTICOS EN RELACIÓN A LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES PRESENTES EN EL ANCIANO EN UN CENTRO GERONTOLOGICO

I. Iturrioz¹, I. Beobide², C. Buiza¹, I. Gamio¹, A. Olaizola¹, L. Goicoechea¹ y V. Orozco¹

¹C. Gerontológico J. Rezola Matia Fundazioa. Donostia. ²Farmacia Hospitalaria Matia Fundazioa. Donostia.

Objetivos: Los neurolépticos son fármacos que pueden utilizarse para el control de trastorno conductuales, psicológicos en la demencia y otras

patologías psiquiátricas.. Según los estudios estos neurolépticos tienen un efecto modesto en la demencia y se suelen acompañar de otro tipo de terapias. Se quiere analizar aquellos síntomas en los que se utiliza habitualmente tratamiento neuroléptico, tipo, frecuencia y posible relación con el diagnóstico (demencia, trastorno psiquiátrico u otras).

Métodos: La muestra son los 120 residentes del centro (febrero 2015) incluyendo una Unidad psicogeriatría de 40 residentes con deterioro cognitivo y trastornos del comportamiento. Se recogió el tratamiento y las dosis de neuroléptico así como datos de los usuarios tales como edad, capacidad funcional, diagnóstico de la patología psiquiátrica o neurológica principal, síntomas conductuales que motivaron el tratamiento.

Resultados: Del total de la población en el centro el 42.5% tomaba neurolépticos 72% perteneciendo a la unidad psicogeriatría. La edad media fue de 85,5 con Barthel medio de 36,56. El 76% eran mujeres y el 23% hombres. La patología neurológica más frecuente fue la enfermedad de Alzheimer (51 casos) seguida de la demencia vascular (14) y en menor medida otras demencias y enfermedades psiquiátricas. El 51% de personas con Alzheimer tomaba neurolépticos el 35% con demencia vascular, 100% de los residentes con demencia frontal y demencia C. Lewy, 75% en demencia alcohólica. Los síntomas motivaron principalmente el tratamiento fueron la inquietud/agitación y los delirios (90% y 76% respectivamente). Ambos presentes en 70% de casos. Otros síntomas: 27% vagabundo, 27% conducta inapropiada y 27% agresividad y en un 9% alucinaciones acompañados de sintomatología delirante o agitación. Los fármacos utilizados fueron quetiapina en 47%, risperidona 33%, olanzapina 11% y 9% otros.

Conclusiones: El análisis ha determinado que el número de residentes que toman neurolépticos es alto aunque similar a otros centros de nuestro entorno. Los síntomas tratados son los habitualmente descritos en la literatura y corresponden a síntomas heterogéneos, complejos y de difícil evaluación. Un factor a añadir es la dificultad a la hora de valorar efectividad sobre todo cuando van asociados a otros tratamientos.

OC-032. ALZHUP: I+D+I EN ATENCIÓN INTEGRAL EN DEMENCIAS

J.A. Sánchez Martín, M. Valenzuela Mena
y R. Espinosa de los Monteros
Reta al Alzheimer. S.L. Salamanca.

AlzhUp es un servicio socio sanitario, surgido de la unión de las nuevas tecnologías y las terapias no farmacológicas (TNF), puestas al servicio del avance terapéutico, la investigación y la intervención dirigidas al bienestar de la persona con enfermedad de Alzheimer y su entorno (cuidadores y familiares). En este servicio se unen la experiencia en el emprendimiento y creatividad de Reta al Alzheimer, S.L. y los antecedentes en investigación del CRE de Alzheimer de Salamanca (IMSERSO) y el Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL). AlzhUp presenta varios pilares importantes: Por un lado, terapias digitales en base a componentes cuidadosamente elaborados, que siguen los principios validados de metodologías de la rehabilitación neuropsicológica y las terapias no farmacológicas (TNF). Concretamente, uno de los aspectos más importantes es la digitalización del PACID, programa de estimulación del CRE Alzheimer. A ello, se une la utilización del Banco de Recuerdos Personal, reforzando la memoria autobiográfica, a través de la etiquetación de recuerdos en diferentes formatos sobre las categorías del "Arte de la memoria". Esta inclusión, permite la generalización de los aspectos en rehabilitación, y la personalización de las actividades del PACID. Por último, se emplean técnicas de gamificación para aumentar la interconexión en todos los ámbitos de la red sociosanitaria de la persona afectada. La figura del cuidador es fundamental dentro del servicio, pero también la continua intervención y seguimiento del profesional. De esta forma, el esquema de intervención de AlzhUp contempla los aspectos terapéuticos, motivacionales, emocionales y sociales, creando un ecosistema único hasta la fecha en la lucha contra el Alzheimer. Dicho ecosistema tiene como objetivos fundamentales la medición y la

investigación, diferenciando a AlzhUp de las alternativas conocidas como "Brain Games" en su metodología de validación científica. De esta forma se crea un test propio de valoración de deterioro, se propone una metodología de validación del propio programa, de valoración continua del estado de la persona con Enfermedad de Alzheimer, del proceso a través del punto de vista de los cuidadores (formales e informales) y finalmente la validación general de AlzhUp como prueba de su efectividad terapéutica.

OC-033. USO DE ESTRATEGIAS SERIALES Y SEMÁNTICAS: DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS Y EVOLUCIÓN TEMPORAL

M. Campos-Magdaleno, D. Facal Mayo, O. Juncos-Rabadán
y C. Lojo-Seoane
USC. Santiago de Compostela.

Objetivos: Analizamos la utilización de estrategias seriales y semánticas en el Test de Aprendizaje Verbal de España-Complutense (TAVEC) en tres grupos diagnósticos. Utilizando un diseño longitudinal con evaluaciones en dos momentos diferentes, determinaremos las diferencias existentes entre los grupos en un primer momento, y los cambios que han experimentado en la evaluación de seguimiento.

Métodos: Se utiliza una muestra de 274 adultos mayores de 50 años a los que se administra el TAVEC en dos ocasiones con un periodo de 18 meses entre ellas. Se seleccionan 6 de las 8 variables del TAVEC para medir la utilización de estrategias. Se realizaron análisis no paramétricos para medir las diferencias entre grupos y el tamaño de efecto del cambio en la evaluación de seguimiento.

Resultados: Existen diferencias significativas entre el grupo Control y los dos grupos DCL en todas las variables analizadas. No existen diferencias significativas entre ambos grupos DCL, excepto en estrategias seriales en el recuerdo inmediato. El efecto cambio es alto en Multidominio, medio en Unidominio y bajo en Controles.

Conclusiones: Los grupos DCL utilizan menos estrategias semánticas que los controles mientras no se revela explícitamente la naturaleza semántica de la misma. Cuando esto ocurre, son capaces de beneficiarse de la misma en mayor medida que el grupo Control. La utilización de estrategias seriales es menor que las semánticas en todos los grupos, lo que se relaciona con un intento de optimización del recuerdo por parte de todos los participantes, y no tanto con un rendimiento deteriorado tal y como se defiende en estudios previos. En cuanto al cambio entre evaluaciones, el grupo Multidomino es el que más se beneficia de la exposición repetida al instrumento, tanto para las estrategias seriales como semánticas. El grupo Control tiene menor efecto de cambio, pero lo hace en todas las variables semánticas, revelando un recuerdo de la estructura de la prueba y beneficiándose de ella entre las evaluaciones.

OC-034. PATRÓN DE USO DE PSICOFÁRMACOS PREVIO, DURANTE Y AL ALTA DEL INGRESO EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

R. Rodríguez Herrero, N. Güerre, L. Morlans, E. Ubis, A. Sanjoaquin, J. Landazuri y J. Olivera
Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.

Objetivos: Definir patrones de consumo de psicofármacos en pacientes ancianos, previo a hospitalización, durante la misma y al alta de una Unidad de Geriatría.

Métodos: Estudio descriptivo de una muestra de 200 pacientes ingresados en una Unidad de Geriatría (unidades de agudos, rehabilitación, convalecencia y cuidados paliativos) durante los últimos tres meses de 2014. Revisión historias clínicas al ingreso y al alta, registrando: a) Datos sociodemográficos (edad, sexo, ubicación previa y al alta); b) Datos clínicos: motivo de ingreso, comorbilidad, Barthel previo, ingreso y al alta. Resultados de estancia media y consumo de psicofármacos previo, al ingreso y al alta.

Resultados: Muestra de 200 pacientes en total, con una edad media de $84,45 \pm 7,2$. Mujeres 54%. 56% proceden de Urgencias; 34% de otra

Unidad Hospitalaria; 7% de Consulta Externa Geriatría; 3% Atención Primaria. Al alta: 48,5% regresan a domicilio y 30,5% a residencia. El 19% presentan sd. depresivo; 36,5% algún tipo de demencia; 24,5% enfermedad de Parkinson; 34,5% sd. confusional agudo durante el ingreso. La estancia media global es 19,52 (\pm 16,06) días. La media del índice de Barthel previo es 55,75 (\pm 37,15); al ingreso 17,40 (\pm 25,13); al alta; 34,37 (\pm 31,24). Consumían psicofármacos un 64,5% previo al ingreso; 81% durante el ingreso; 62,5% al alta. De ellos un psicofármaco previo el 24%; al ingreso 27,5%; al alta 25%. Dos psicofármacos el 18% previo; 23% al ingreso; 23% al alta; tres psicofármacos el 12,5% previo; 18,5% ingreso y 9% al alta; \geq 4 psicofármacos el 10% previo; 11% ingreso y 5,5% al alta. Ansiolíticos previo 23%, al alta 11,6%; hipnóticos previo 3,5%; al alta 1,5%; Antidepresivos previo 44%; al alta; 44,5%; antipsicóticos típicos previo 2,5%; al alta; 0,5%; atípicos previo 18,5%; al alta 17,5%.

Conclusiones: Destaca un elevado consumo de psicofármacos y combinaciones de los mismos en los ancianos. La comorbilidad psiquiátrica es importante en este grupo de población. La hospitalización geriátrica demuestra eficiencia en la prescripción, reduciendo el consumo de psicofármacos previo al alta. El mayor beneficio se produce en los grupos terapéuticos de mayor riesgo en esta población: ansiolíticos, hipnóticos y antipsicóticos típicos.

OC-035. UTILIDAD DE SUPLEMENTO ALIMENTICIO RICO EN ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN LA PREVENCIÓN DE LA DEMENCIA, EN RELACIÓN CON EL NIVEL NUTRICIONAL BASAL, EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA: ESTUDIO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO

J. Baleztena Gurrea¹, M. Ruiz-Canela², M. Pardo³, M.C. Castellanos⁴,

M.J. Gozalo⁴, T. Añorbe⁵ y M. Bes-Rastrollo²

¹Centro Residencial Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra. Pamplona. ³Centro Gerontológico Amma Argaray. Pamplona.

⁴Centro Gerontológico Amma Oblatas. Pamplona. ⁵Centro Gerontológico Amma Mutilva. Pamplona.

Introducción: En torno a 24 millones de personas en el mundo padecen demencia. Previsiblemente se duplicarán cada 20 años hasta superar 80 millones en 2040. Existen controversias sobre el papel preventivo de los ácidos grasos omega-3 (AG- ω^3) en demencia y escasa evidencia científica en personas de edad avanzada.

Objetivos: 1. Valorar el efecto del consumo de un complemento alimenticio rico en AG- ω^3 en prevención o retraso de demencia en ancianos institucionalizados sin deterioro o con deterioro cognitivo leve. 2. Definir qué grupo poblacional puede beneficiarse de estos suplementos según su estado nutricional.

Métodos: Ensayo aleatorizado multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo. Se aleatorizaron los pacientes a tomar 3 veces/d una cápsula rica en AG- ω^3 (350 mg/cápsula) frente a placebo. Se valoró su estado cognitivo basal y tras un año mediante el Mini Examen Cognitivo (MEC) de Lobo y se valoró su estado nutricional mediante el *Mini-Nutritional Assessment* (MNA). Se analizó la interacción entre la intervención y el estado nutricional mediante regresión lineal. Para comparar diferencias en la puntuación del MEC se utilizó la t de Student.

Resultados: 99 pacientes aleatorizados (edad media: 86,9 años, de: 6,2); 68% hombres. Puntuación basal media del MEC en grupo control: 24,2 (DE 0,70) y 24,5 (DE 0,67) en grupo intervención. Al año toda la población disminuyó su puntuación con mayor descenso en el grupo control respecto al grupo intervención (-1,18, DE 0,53 y -0,82, de: 0,63; respectivamente) (comparación entre grupos $p = 0,67$). La puntuación del MEC en el apartado memoria presentó mejoría (+0,26, DE 0,18) en el grupo intervención frente a empeoramiento en el control (-0,11, de: 0,14; comparación entre grupos $p = 0,09$). Estratificando por grupos se observó interacción sumatoria en la puntuación del MEC apartado

memoria en el grupo de tratamiento en pacientes bien nutridos (MNA \geq 24) (+1,03, $p = 0,025$ y p de interacción = 0,05).

Conclusiones: En promedio todos disminuyeron su puntuación en el MEC después del año de seguimiento. Se observó mejoría en el apartado memoria del MEC en el grupo intervención. Se observó sinergia positiva en los pacientes del grupo de intervención que presentaban buen estado nutricional en la mejoría del apartado memoria del MEC.

OC-036. PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES CON DEMENCIA: ESTUDIO SOBRE ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA DEGLUCIÓN

E. Sánchez García¹, M. Llorente², E. Pérez², E. González Ingelmo², B. Montero Errasquin¹, R. Sánchez² y J. Gay²

¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y Otras Demencias. Salamanca.

Introducción: La disfagia supone un grave problema en pacientes con enfermedades neurodegenerativas; sus complicaciones (desnutrición, infecciones, deshidratación) son graves, por lo que requiere una evaluación y manejo específicos.

Métodos: Se incluyeron todos los usuarios ingresados en el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer, durante un periodo de 15 días. Logopedia evalúa a todos los pacientes al ingreso; los usuarios que presentan alteración de la seguridad o eficacia de la deglución son derivados a la unidad de disfagia, donde se pauta tratamiento específico del que se informa a familiares y cuidadores. Un investigador entrenado evaluó según un protocolo preestablecido, distintos momentos de la alimentación de los usuarios, mediante observación directa (postura paciente y cuidador, modificación consistencia, dobles texturas...).

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes con edad media de 76,9 \pm 11, 65% mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron demencia EA (65,8%) y mixta (14,6%), con gravedad GDS4 (24,4%), GDS5 (31,7%), GDS6 (41,7%). Presentaban disfagia el 31,7% ($n = 13$) en su mayoría funcional (24,4%). Todos los pacientes recibían psicofármacos. Se realizaron 370 observaciones, como media 9 observaciones por paciente, de las que 110 fueron en pacientes con disfagia. En el 44% de las observaciones los pacientes recibían ayuda para alimentación por cuidadores o familiares. En el 19% presentaban somnolencia o letargia. Con respecto a las recomendaciones posturales, en el 75% se mantenía la postura de seguridad. En el 72% el cuello del paciente estaba recto y el 7% en flexión anterior. En el 25% se ofreció alimento por encima de los ojos. Con respecto a la consistencia, en el 6% se administraron dobles texturas y en el 22% no se usó espesante. La consistencia obtenida en los líquidos, era variable en un mismo paciente. El cambio con el tiempo de la consistencia de los líquidos espesados, dificulta la valoración de la adherencia. En el 23% se administraron volúmenes de 25 cc.

Conclusiones: La adherencia a las recomendaciones generales para pacientes con disfagia fue superior a las específicas entre nuestros pacientes. Sería necesario diseñar estrategias para mejorar la adherencia y evaluar si el cumplimiento de estas recomendaciones, reduce el riesgo de complicaciones relacionadas con la disfagia.

OC5: Crónicos 1

OC-037. PREVALENCIA DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS DEL PERÍODO DE ENERO DE 2012 A DICIEMBRE DE 2014

M. Barrera de Jesús
ISSSTE. México Distrito Federal.

Objetivos: Determinar la prevalencia de síndromes geriátricos en el servicio de geriatría y compararla con la encontrada en el servicio de geriatría de un centro hospitalario y con la reportada en la bibliografía geriátrica.

Métodos: Consistió en un estudio descriptivo, transversal, efectuado en pacientes que ingresaron al servicio de geriatría, a quienes se les realizó una valoración geriátrica integral.

Resultados: Se contempló un universo de 1.666 pacientes de los cuales el 68% n = 1.133 son mujeres y 32% n = 533 hombres; con un promedio de edad de 82,7 años. Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron síndrome de fragilidad con 61,8% y pérdida de la autonomía con prevalencia de 46,3%; los menos frecuentes fueron: incontinencia fecal con 0% y abuso-maltrato con 0,06%. Los padecimientos dentales tuvieron la misma prevalencia reportada tanto en el hospital como en la literatura.

Conclusiones: La prevalencia de los síndromes geriátricos en nuestro universo está determinada por: una homeostasis inestable y por el nivel socioeconómico-cultural, siendo estos factores los que hacen a nuestra población de estudio más vulnerable a padecerlos. El conocimiento de la frecuencia de los síndromes geriátricos en nuestra población con nivel socioeconómico medio, permite desarrollar programas de educación, promoción a la salud, detección oportuna, de actividad física e intervenciones individuales y de grupo que mejoren la calidad de vida de los adultos, así como la racionalización y optimización de los recursos sanitarios en los diferentes ámbitos de atención geriátrica.

OC-038. FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (HDPCC) INSTAURADO EN EL CONSORCI SANITARI DEL MARESME (CSDM). PRIMEROS RESULTADOS

C. Vázquez Roa¹, F. Alzaga², M. Méndez², R. Montejos², E. Sánchez² y R. Cristófol²

¹Consorti Hospitalari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró.

²Consorti Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: Implementar un programa transversal entre diferentes niveles asistenciales, para efectuar una atención sanitaria específica, y mejorar la eficiencia de nuestras actuaciones a los PCC. Facilitar la coordinación, el seguimiento, y derivación de PCC, en situación de descompensación clínica, procedentes de alta hospitalaria, urgencias, atención primaria, residencias, Centros sociosanitarios (CSS), susceptibles de valoración en el HDPCC. Integrar esta actuación en un solo acto: valoración geriátrica, exploraciones y decisiones clínicas, incluyendo tratamientos sin precisar ingreso. Reducir consultas a urgencias y reingresos hospitalarios. Evaluar el impacto en la actividad del HDPCC.

Métodos: Realizamos sesiones informativas en áreas básicas de salud, y contactamos con el personal médico de las residencias geriátricas de la zona sobre el funcionamiento del HDPCC. Criterios de inclusión: > 75 a, dos o más ingresos urgentes en < 1 año con estancia > 9 días, y al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: ICC, MPOC, c. isquémica, demencia, AVC, hepatopatía crónica o diabetes. Reingreso precoz, comorbilidad moderada-severa, polifarmacia, curas complejas. Dos o más ingresos (programados-urgentes) en un año en Cx. Vascular. Criterios de exclusión: dependientes sin cuidador principal, situación terminal, alta dependencia.

Resultados: Período analizado: mayo-octubre-2014. Pacientes atendidos: 464. Visitas realizadas: 536 (67,7% mujeres). Primeras visitas: 186 (54 urgentes), seguimiento: 350. Edad media: 84,3 a. Procedencia de las derivaciones: CAP: 43, UGA 41, Urgencias 25, Residencias-CSS: 31, M. Interna 14, Ortoperiátria 13, Cirugía 11, PADES 4, Otros 4. Principales diagnósticos: demencia 120, insufic. cardíaca 82, anemia 54, insufic. respiratoria 39, insufic. renal 31, fracturas 21, sd. ansioso-depresivo 20. Interconsultas realizadas: 29. Exploraciones complejas

mentarias realizadas: 387. Barthel: > 60: 299 pacientes. < 40: 116 pacientes. 56 pacientes precisaron tratamiento. Altas: 114: Domicilio 63, Residencia-CSS 36, PADES 5, Ingresos 7, M. Interna: 3. 129 pacientes motivaron: 156 atenciones en urgencias, 174 ingresos hospitalarios, y 32 ingresos en CSS. Exitus: 27.

Conclusiones: Hemos conseguido un notable nivel de accesibilidad para los diferentes niveles asistenciales. Hemos logrado una asistencia integral-interdisciplinaria en la atención al PCC. Se han disminuido los ingresos desde urgencias al derivarlos al HDPCC. Hemos disminuido el consumo de recursos sanitarios. Debemos incidir más en los pacientes potencialmente reingresadores. Debemos aumentar el índice de altas de nuestra unidad.

OC-039. EFECTIVIDAD DE UN HOSPITAL DE DÍA QUE ATIENDE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (HDPCC)

R. Montejos Cahis¹, M. Cabré¹, E. Sánchez Barbas¹, E. Palomera Fanegas², M. Serra-Prat² e I. Amenós¹

¹Hospital de Mataró. Mataró. ²Consorti Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: Evaluar si una intervención multidisciplinar centrada en las necesidades del paciente a través de un HdDPCC coordinado con atención primaria, hospitalaria y socio-sanitaria permite reducir los ingresos hospitalarios y las visitas en el servicio de urgencias de estos pacientes.

Métodos: Estudio casi experimental de tipo antes-después en el que se ha seguido una cohorte de 200 pacientes atendidos desde el 1/9/2012 hasta el 1/9/2014. Se compararon los ingresos y visitas a urgencias de este periodo con los 12 meses previos a la intervención de los mismos pacientes. Factores de estudio: edad, sexo, comorbilidades, síndromes geriátricos, grado de fragilidad, estado cognitivo, estado funcional, estado nutricional, depresión, disfagia orofaríngea, calidad de vida, trastornos del sueño, polifarmacia, mortalidad, número de reingresos hospitalarios y número de visitas en el servicio de urgencias. Intervención: control de las enfermedades y las condiciones crónicas, conciliación de la medicación y coordinación con los distintos niveles asistenciales a través de enfermeras gestoras de casos de atención primaria con el equipo de enfermería y médico del HdDPCC.

Resultados: Se estudiaron 200 pacientes (63% mujeres), edad media de 85,77 DE 6,7 años. Mortalidad al año 92 (46,2%). La densidad de incidencia (DI) de ingresos hospitalarios el año previo fue de 1,48 por persona/año (IC95% 1,31-1,65) y después de 1,30 (IC95% 1,12-1,47). La DI de visitas al servicio de urgencias el año previo fue de 1,89 por paciente/año (IC95% 1,69-2,08) y después 1,18 (IC95% 1,01-1,35). De los supervivientes al año el estado funcional (Barthel 59,62 ± 23,1 a 47,1 ± 25,7); p < 0,001), cognitivo (Pfeiffer 3,6 ± 2,7 a 4,7 ± 3,3; p < 0,001) y nutricional (MNA-SF 8,8 ± 2,8 a 7,8 ± 2,9; p = 0,001), la somnolencia (Epworth: 5,7 ± 4,4 a 4,1 ± 3,93 puntos) p < 0,001 y la percepción del estado de salud (60,5 ± 21,6 a 63,0 ± 20,7; p = 0,416).

Conclusiones: La población atendida en el HdDPCC es muy anciana y frágil, con mucha carga de comorbilidades y condiciones crónicas, con una elevada mortalidad al año. Esta intervención redujo los ingresos hospitalarios y las visitas al servicio de urgencias. A pesar de que al año había empeorado el estado funcional, cognitivo y nutricional con mejoría de la somnolencia y sin cambios en la percepción del estado de salud.

OC-040. PREVALENCIA DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

M.D.P. Fraile Gómez, P. Prieto López y E. Bermejo Mochales
Fundación Instituto San José. Madrid.

Objetivos: 1. Conocer la prevalencia de disfagia orofaríngea en una residencia geriátrica asistida de un centro sociosanitario de media larga estancia. 2. Determinar las enfermedades que influyen en la posi-

ble aparición de la disfagia orofaríngea en el anciano institucionalizado.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en un centro socio-sanitario, cuya muestra está constituida por ancianos ingresados en la residencia geriátrica en el período de 1 de febrero a 1 de marzo de 2015. Se han recogido variables como la edad, sexo, índice de Barthel, diagnóstico principal, tipo de dieta, uso o no de espesante comercial y Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SPSS, versión 19.0, donde el análisis descriptivo se presenta mediante la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se presentan por frecuencias relativas y absolutas.

Resultados: Se han incluido en el estudio 60 ancianos, en que el 75% de la muestra tienen una edad < 90 años. El 63,3% son mujeres y el 36,6% son hombres. La prevalencia de disfagia orofaríngea detectada en nuestra residencia geriátrica fue de 21,6%. De los residentes cuyo resultado del MECV-V fue positivo, el 46,1% tiene como diagnóstico principal accidente cerebrovascular, el 38,4% demencia tipo Alzheimer y el 15,3% son ancianos pluripatológicos. A destacar que el 61,5% presentan una dependencia total según la valoración del índice de Barthel y el 38,4% dependencia grave.

Conclusiones: El diagnóstico de la disfagia orofaríngea a través del MECV-V es fundamental para proporcionar los cuidados de enfermería encaminados a prevenir las complicaciones de este síndrome, principalmente la broncoaspiración, la desnutrición y la deshidratación del anciano. Los principales cuidados consisten en la adaptación del volumen y consistencia de los líquidos, la modificación de la textura de las dietas y adecuación de las medidas posturales y ambientales en el momento de la ingesta.

OC-041. CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS VERSUS ANCIANOS CON ATENCIÓN DOMICILIARIA. ANÁLISIS CUANTITATIVO

J.A. López Morata¹, E. Acevedo¹, M. Alcaraz¹, J. Benito¹, N. Conrado¹, A. Olivares¹ y R. Bernal²

¹Universidad de Murcia. Murcia. ²Hospital Perpetuo Socorro. Cartagena.

Objetivos: Comparar la movilidad funcional cuantitativa, nivel de independencia, los síntomas depresivos y la calidad de vida de los residentes de hogares de ancianos en comparación con los receptores de cuidados en el hogar.

Métodos: Las alteraciones físicas y psicológicas de 400 personas mayores de 60 años de edad, ya sean ingresados en residencias o que viven en domicilio, se analizaron a través de una entrevista personal de 77 preguntas. Se utilizaron cuatro índices para evaluar el grado de dependencia de las personas mayores con el fin de realizar tanto las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel), las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton-Brody), depresión (escala de Yesavage) y la calidad de vida en las personas mayores (cuestionario WHOQOL-OLD). Estudio estadístico mediante análisis de la varianza complementado por un contraste de medias junto con estudios de regresión y análisis de correlación lineal para las variables cuantitativas.

Resultados: En contraste con los ancianos que viven en la casa, se determinó una dependencia grave en los residentes de hogares de ancianos (47,2% de dependientes para las ABVD) mientras que sólo el 15,2% son independientes ($p > 0,001$); 78% de los ancianos dependen seriamente a las actividades instrumentales de la vida diaria y sólo el 8% son autónomos ($p > 0,001$); el 47% de las personas mayores institucionalizadas tienen algún grado de síntomas depresivos ($p > 0,01$), y la calidad de vida muestra una reducción del 39% de los residentes en comparación con los receptores de cuidados en el hogar. Así, nuestros resultados muestran que el grado de dependencia física y/o psicológica de nuestras personas mayores es el factor determinante para su admisión a una residencia de ancianos en España ($p > 0,001$).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que la dependencia física y/o psicológica son los factores determinantes para la admisión en las Residencias de Ancianos. Estos factores requieren una atención especial, lo que demuestra la necesidad de cambio en los modelos actuales de atención a personas mayores, al menos en el contexto de la cultura española.

OC-042. CARACTERÍSTICAS Y UTILIZACIÓN DE LAS UNIDADES RESIDENCIALES SOCIOSANITARIAS DE BIZKAIA

A.R. Aranda Lambea, A. Castejón Cuevas, O. Ariznabarreta Bergaretxe, M.C. Díaz Ibáñez, A.M. Gómez Ugarte y M.A. Milicua Larrucea
Diputación Bizkaia. Bilbao.

Introducción y objetivos: Las unidades residenciales socio-sanitarias (URSS) son un recurso asistencial temporal para personas con pérdida de autonomía funcional que necesitan cuidados sanitarios de baja complejidad y su situación sociofamiliar no permite asegurarlos en el domicilio. El procedimiento se inicia a solicitud de la persona interesada, pero es imprescindible la prescripción sanitaria y acreditar necesidad social. Las URSS están destinadas a personas que requieren bien, un periodo de convalecencia o cuidados al final de la vida (CFV) o un tratamiento específico. La necesidad social se mide con un baremo de entre 4-16 puntos, siendo requisito un mínimo de 8. Las solicitudes son valoradas por un equipo interdisciplinar (Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Diputación Foral de Bizkaia). El objetivo del estudio es conocer las características socio-demográficas de los/las solicitantes.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional descriptivo de las solicitudes comprendidas en el periodo de abril a diciembre de 2014 en las 3 URSS del territorio histórico de Bizkaia.

Resultados: Se estudiaron 563 pacientes con media de edad de 77 años (entre 30 y 102), el 44% hombres y el 56% mujeres, el 70% tenían hijos. Un 74% eran solteros, viudos o divorciados. La mayor parte de las solicitudes provenían de Hospitales. El 85% solicitaban perfil de convalecencia, el 11% perfil de CFV y el 4% requerían tratamiento específico. Del total de solicitudes, se aprobaron el 86% y se denegaron el 14% (el 92% por no cumplir perfil médico, el 5% por perfil social y el 3% por ambos). De los 485 aprobados, el 83% ingresó en una URSS, el 16% desistió y el 1% permanece en lista de espera. La puntuación social media ha sido de 10.

Conclusiones: La mayoría de solicitudes se aprueban y son para convalecencia. Las denegaciones se deben principalmente a no cumplir perfil médico. Del total de aprobados hay un porcentaje que renuncia al ingreso por derivación a otros recursos sanitarios, lista de espera, lejanía del domicilio... La situación social determina la prioridad en el acceso a las URSS, que es un recurso cada vez más demandado por nuestra población.

OC-043. REVISIONES SISTEMÁTICAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS: RESULTADOS

I. Beobide Tellería¹, M.I. Genua Goena¹, J. Alaba Trueba¹, M. Gutiérrez², E. Arriola¹ y A. Urbizu¹

¹Centro Médico Ricardo Birmingham. Fundación Matía. Donostia-San Sebastián. ²Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Las personas mayores son un grupo de pacientes particularmente propensos a reacciones adversas. Son frecuentes la multimorbilidad y la polifarmacia pero son escasas las guías para adecuación de tratamiento. La polifarmacia puede estar asociada a interacciones y a peores resultados; en cambio, la deprescripción puede estar asociada a mejoras en supervivencia y calidad de vida. La revisión de tratamientos puede disminuir la prescripción inapropiada. El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados obtenidos de la estrategia iniciada de revisión sistemática de tratamientos en grupos multidisciplinares.

Métodos: Sensibilización/formación sobre la importancia del número de medicamentos y calidad de la prescripción en la seguridad del paciente. Selección de herramienta a utilizar y procedimiento a seguir en la organización. Puesta en marcha del análisis de casos clínicos. Evaluación de resultados.

Resultados: La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) seleccionó la herramienta Hamdy modificado. La preparación de los casos se realiza con la ayuda de la herramienta Check the Meds®. A mediados de 2010 se inician las primeras revisiones sistemáticas de tratamientos. Inicialmente se prioriza el abordaje a pacientes polimedicados. El médico responsable del paciente y un farmacéutico presentan el caso al equipo de la CFT. Se pone especial interés en la comorbilidad, situación nutricional, funcional, mental, función renal y objetivo asistencial del paciente. Discusión del caso en equipo interdisciplinar atendiendo a las cuestiones planteadas en el cuestionario "Hamdy modificado" para cada uno de los medicamentos utilizados o para el paciente en su globalidad. Tras la revisión del caso, el médico responsable, junto con el residente/paciente, acuerda las modificaciones a realizar en la terapia. Seguimiento de cada uno de los casos a los 15 días y a los 2 meses. A finales del año 2014 se han realizado 40 revisiones. La media de medicamentos de partida de los casos era 12,9 ($s = 2,82$). Despues de la revisión del paciente la media de medicamentos era de 10,7 ($s = 3,13$). ($p < 0,001$).

Conclusiones: La utilización del cuestionario Hamdy modificado para la revisión sistemática de tratamientos en pacientes polimedicados ha resultado útil en la reducción de medicación en los pacientes analizados.

OC-044. REINGENIERÍA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICACIÓN DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

A. Ferro Uriguen, M.I. Genua Goena, I. Beobide, B. Miró, U. Lekuona y A. Urbizu

Centro Médico Ricardo Bermingham. Fundación Matía. Donostia-San Sebastián.

Objetivos: Implementación de un Sistema Automatizado de Dispensación (SAD) de medicamentos y un Sistema Automatizado de Comprobación (SAC) en un Servicio de Farmacia con el fin de garantizar una dispensación eficiente y segura a los diversos centros residenciales atendidos.

Métodos: 1) Se realiza la instalación del SAD Xana 4001U2 (Tosho®) y la configuración del interfaz con el módulo de prescripción médica electrónica de la organización. 2) Se instala el SAC MDM2 (Global Factories®) y se configura el interfaz con el SAD. 3) Se forma al personal farmacéutico en el uso seguro del sistema y mantenimiento del mismo. 4) Formación al equipo médico y de enfermería en el nuevo acondicionamiento de medicamentos y su impacto en el manejo del mismo.

Resultados: Se realiza un primer estudio piloto en un centro residencial tras la instalación de los equipos, para garantizar la correcta configuración del SAD y SAC, así como del interfaz entre sistemas. El SAD dosifica los diferentes medicamentos prescritos, emblistados e identificados por paciente y momentos de toma. El SAC revisa toda la medicación emblistada por el SAD, se toman fotografías de cada una de las bolsitas (tomas) para comparar el número de pastillas, su tamaño, forma y color según prescripción médica y la producción realizada. La impresión del empaquetado lleva implícito la información de; nombre y apellidos del paciente, pauta horario (predominantemente Desayuno-Comida-Cena), Nombre de los medicamentos prescritos-Dosis-FF-Unidades de Comprimido, Fecha de la Toma, Unidades Totales de comprimido del emblistado, Comedor-Centro. Además presenta un código de barras, que de forma inequívoca permite guardar tanto los datos personales como los datos de los medicamentos dispensados (lote y caducidad), permitiendo una trazabilidad total de toda la producción.

Conclusiones: La incorporación de nuevas tecnologías al proceso de dispensación de medicamentos es una apuesta decidida en la mejora continua de la seguridad en las personas mayores institucionalizadas. El SAD y el SAC aportan una trazabilidad completa del medicamento hasta la fase de la administración de medicamentos, siendo un próximo reto de futuro poder intervenir sobre la firma electrónica de la misma.

OC-045. ANÁLISIS INTEGRAL A TRAVÉS DE UNA EXPLOTACIÓN DE DATOS GLOBAL DEL SISTEMA RAI-NH Y SU IMPLEMENTACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE UN PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

I. Landeta Lekona, I. Olivares Urkiza, R. García Cuesta, G. Teres Zubiaga, J.M. Villalonga Duarte y A. Iñarritu Martín
Residencia Olimpia. Bilbao.

Objetivos: Consecución de explotación de todos los datos, tanto el CMB del RAI-NH como los de todos los objetivos y acciones establecidos en los planes SIP, para cada residente. Posibilidad de conocer cada dato aislado, por separado o en conjunto y a su vez conocer nombre de usuarios con esas características. Posibilidad de explotación por nombre de usuario y posteriormente introducir todas las variables determinadas en RAI y planes SIP.

Métodos: Se implanta el sistema RAI-NH en 2010 (cinco años implantado). En 2011-2012 se elaboran y establecen PLANES SIP (un año de trabajo para su desarrollo): objetivos y acciones, introduciendo criterios diagnósticos NANDA-NIC-NOC, para cada una de las siguientes áreas problema/SIP que emanen de la valoración RAI-NH encajándolo en la misma plataforma informática: confusional agudo, deterioro cognitivo, función visual, comunicación, AVDs/potencial de rehabilitación, incontinencia, bienestar psicosocial, estado de ánimo (ansiedad/depresión), problemas de conducta, actividades, caídas, estado nutricional, sondas de alimentación, deshidratación, cuidados de la boca, ulceras por presión. Uso de psicofármacos, medidas de restricción. Total 106 objetivos y 254 acciones. Desarrollo en Excel para la explotación de datos exportados por ambas vías.

Resultados: De todas las posibilidades a modo de ejemplo tomamos año 2013 y 2014 con 403 valoraciones correspondientes a 323 usuarios. a) Que tengan Enfermedad de Alzheimer son 62 valoraciones y 54 usuarios. Se analiza con escalas de deterioro cognitivo y escala jerárquica de AVD. SE visualizan las acciones: estimulación alta (4), baja (14) y sensorial (34): paseos pautados (13); cambios de humedad programados (47). b) Que lleven audífono utilizado (24). c) Que contengan la acción: "Valorar y tratar las complicaciones de la caída": 2013 total 5; 2014 total 9.

Conclusiones: 1. Gestión eficaz y eficiente de la información. 2. Obtención de un plan de atención individualizado (PAI) desde una VGI validada, global, fiable y ampliamente implantada en el mundo. 3. Posibilidad de explotar más de 650 ítems: CMB, escalas, SIP, RUG, objetivos y acciones. 34. Permite la optimización de recursos, orden exquisito y mantenimiento del histórico. 5. Permite valorar indicadores de calidad asistencial.

OC6: Crónicos 2

OC-046. PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DEL HOSPITAL A RECURSOS SOCIOSANITARIOS DEL ÁREA. UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS (UARG)

M. Ramos Cortés¹, A. de Tena Fontaneda¹, N. Otazu Arevalo¹ y A.I. Hormigo²

¹Hospital del Sureste. Arganda del Rey. ²Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Propósitos UARG: Mantener relación estrecha entre el ámbito socio-sanitario y hospitalario; atención primaria y especializada. Seguimiento de pacientes institucionalizados. Evitar ingresos innecesarios y reingresos en el hospital. Agilizar consultas externas y realización de pruebas diagnósticas. Apoyo sanitario a las residencias.

Objetivos: 1. Dar a conocer la UARG. 2. Describir características de los pacientes valorados durante estos cinco años. 3. Comparar asistencia a mayores de 70 años del HUS entre 2012 y 2013.

Descripción experiencia: La actividad se desarrolla mediante visitas periódicas a las residencias de la zona. Apoyo telefónico diario. Relación con Atención Primaria a través de un móvil, e-mail o por personal de la residencia por informes o notas. Se valoran los residentes con mayor complejidad médica, que solicitan valoración/seguimiento desde el hospital, la residencia y procesos agudos. Se incluye todos los pacientes valorados en cinco años (marzo 2009-diciembre 2013). Se recogen variables demográficas, funcionales, clínicas y sociales. Motivo por el que se valoran. SPSS 15.0.

Resultados: 4.174 visitas. Más de 30.400 km recorridos. 1.816 pacientes. Edad media: 84,32 (DE: 6,856). 74,4% mujeres. 73,3% eran dependientes para 2 o más ABVD. Sólo el 30,4% deambulaba sin apoyos. 54,5% no realizaba ninguna instrumental. Tenía demencia 72,3%, 16,5% en estadio grave. El motivo más frecuente de consulta fue seguimiento de pluripatología y pacientes crónicos (20,0%), agudos (17,5%), revisiones tras alta (9,3%), valoraciones nutricionales (8,8%), informes (7,8%) y control de síntomas psicoconductuales asociados a demencia (7,7%). La hospitalización global y urgencias del HUS han crecido un 2%, las consultas un 6,6%. Mientras que la asistencia a los mayores de 70 años en cualquiera de los tres ámbitos ha sido <1%.

Conclusiones: 1. Durante estos cinco años de funcionamiento de la UARG se han valorado un gran número de pacientes con patologías crónicas y limitación funcional sin necesidad de desplazarse al hospital y evitándose su ingreso. 2. La mayoría de las consultas de médicos de las residencias son por demencias y sus complicaciones. 3. Hemos disminuido el número de Urgencias en este grupo de edad de 81-90 años y las consultas externas. 4. Esta organización favorece la continuidad asistencial y repercute en un incremento de la calidad percibida, logrando evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Hospital.

OC-047. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS

A. Torné Coromina¹, M. Espaulella Ferrer¹, E. Puigoriol Juvanteny², C.O. Ruiz Rodríguez¹, J. Escarrabill Sanglas³ y J. Espaulella Panicot¹
¹Hospital de la Santa Creu. Vic. ²Consorci Sanitari de Vic. Vic. ³Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Objetivos: Actualmente los pacientes con edad avanzada, fragilidad y multimorbilidad van en aumento. Se hace imprescindible disponer de instrumentos para evaluar sus resultados de salud. Porter, reconocida economista norte-americano propone un nuevo modelo para evaluar las intervenciones sanitarias dividiéndolo en 3 dimensiones: resultados del estado de salud conseguido/mantenido, resultados del proceso de recuperación, resultados del mantenimiento de la salud. Proponemos aplicar este modelo para evaluar nuestra intervención en una población geriátrica.

Métodos: Estudio descriptivo en pacientes ingresados en la unidad geriátrica de agudos (patología médica/fractura de fémur). Valoramos las 3 dimensiones: estado de salud conseguido/mantenido con la recuperación del índice de Barthel, actividades instrumentales y lista de actividades sociales, resultados del proceso de recuperación con la aparición de síndromes geriátricos e iatrogenia por fármacos durante la hospitalización y mantenimiento del estado de salud con el consumo de recursos sanitarios después del alta.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes con una media de edad de 86,3 ± 4,1 años, un Barthel basal de 80,9 ± 19,9. La mitad de los

pacientes utilizaban algún recurso social (38% teleasistencia, el más frecuente). El 95,9% presentaron aparición de una complicación durante la hospitalización siendo los más frecuentes: estreñimiento (54,3%), síndrome confusional agudo (35,9%) e iatrogenia por fármacos (31,2%). La estancia media fue de 7,49 ± 3,8 días durante la cual perdieron una media de 33,77 puntos de Barthel y necesitaron de hospitalización en un centro de curas intermedias el 51,5% o soporte de hospitalización a domicilio el 19,6%.

Conclusiones: Adaptamos la metodología de Porter a la evaluación de resultados en pacientes geriátricos. Definiendo varios indicadores de cada una de las 3 dimensiones. La cohorte de estudio está compuesta por pacientes de edad avanzada, con aparición de síndromes geriátricos durante el ingreso, importante pérdida funcional y que requieren recursos al alta.

OC-048. EVALUACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN MODELO PORTER EN PACIENTES GERIÁTRICOS 2

M. Espaulella Ferrer¹, A. Torné Coromina¹, M. Casals Zurita¹, E. Puigoriol Juvanteny¹, J. Escarrabill Sanglas² y J. Espaulella Panicot¹
¹Hospital de la Santa Creu. Vic. ²Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

Objetivos: Evaluación de los resultados de salud de las intervenciones geriátricas a través del modelo de Porter: resultados relacionados con el estado de salud conseguido/mantenido, resultados relacionados con el proceso de recuperación, resultados relacionados con el mantenimiento de la salud. Basado en esta valoración tridimensional proponemos una nueva forma de evaluar los resultados de nuestra intervención sanitaria en una población geriátrica.

Métodos: Estudio prospectivo y observacional que incluye pacientes ingresados en la unidad geriátrica de agudos (patología médica/fractura de fémur). Se excluyeron los pacientes con índice de Barthel basal <20. Evaluación del paciente durante el ingreso y a los 3 meses del alta.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes con una media de edad de 86,3 ± 4,1 años. A los 3 meses los resultados fueron: respecto a su estado de salud conseguido/mantenido a través de su funcionalidad el 55,8% perdieron puntuación respecto su Barthel basal, el 34% de los pacientes empeoraron el índice de Lawton, respecto a las actividades sociales sólo el 35% de los pacientes las mantuvieron y la mortalidad fue del 23%. Cuando evaluamos el proceso de recuperación el 95,9% de los pacientes presentaron complicaciones durante la hospitalización en agudos (síndrome confusional, estreñimiento e iatrogenia por fármacos). Al ingreso 83,9% de los pacientes tenían polifarmacia (27,6% polifarmacia grave). Por último evaluamos el mantenimiento de salud valorando el consumo de recursos sanitarios durante los 3 meses post alta: el 34,8% han consultado como mínimo en una ocasión a los servicios de urgencias y 21,7% han requerido de hospitalización de agudos.

Conclusiones: En un grupo de pacientes geriátricos la hospitalización en agudos marca una inflexión en sus resultados de salud: múltiples complicaciones durante la fase aguda, falta de recuperación funcional y de las actividades sociales a los 3 meses. Se detecta poca estabilidad de los resultados obtenidos durante la hospitalización con frecuente uso de recursos no programados.

OC-049. EVOLUCIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES RESIDENCIALES SOCIOSANITARIAS DE BIZKAIA

A.R. Aranda Lambea, O. Ariznabarreta Bergaretxe, A. Castejón Cuevas, M.C. Díaz Ibáñez, A.M. Gómez Ugarte y M.A. Milicua Larrucea
Diputación de Bizkaia. Bilbao.

Introducción y objetivos: Las unidades residenciales socio-sanitarias (URSS) son un recurso asistencial temporal para personas con pérdida de autonomía funcional y necesidad de cuidados sanitarios de baja complejidad cuya situación sociofamiliar no permite asegurar

rarlos en el domicilio. El procedimiento se inicia a solicitud de la persona interesada, pero es imprescindible la prescripción sanitaria y acreditar necesidad social. Las URSS están destinadas a personas que requieren un periodo de convalecencia, cuidados al final de la vida (CFV) o un tratamiento específico. Las solicitudes son valoradas por un equipo interdisciplinar compuesto por personal del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Bizkaia. El objetivo del estudio es analizar la mejora funcional tras la estancia en las URSS mediante la aplicación de escalas de valoración.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo de las personas solicitantes de abril a diciembre de 2014 en las 3 URSS del Territorio Histórico de Bizkaia. Las escalas de valoración utilizadas son: Índice de Barthel (IB), Minimental State Examination y Baremo de Valoración de Dependencia (BVD).

Resultados: Se analizaron 563 pacientes con una edad media de 77 años, 56% mujeres y 44% hombres. La patología más prevalente fueron las fracturas, siendo la más frecuente la de cadera. De la muestra total, a fecha de 28 de febrero de 2015, 57 permanecen ingresados, 78 se denegaron, 109 renunciaron y 90 fallecieron. Se han estudiado los 229 restantes. El 52% no tenían valorada la dependencia previamente. El 82% consiguió una ganancia en el IB, un 29% entre 21 y 40 puntos. La mayoría no presentaba deterioro cognitivo al ingreso. La estancia media fue de 83 días. Un porcentaje elevado regresó a su domicilio. En los 3 meses siguientes al alta un 63% han solicitado la valoración de dependencia siendo lo más frecuente el reconocimiento sin grado o grado I.

Conclusiones: Un buen cribaje en los criterios de acceso al recurso (buena situación funcional previa, funciones superiores conservadas) favorece la ganancia funcional y posibilita el retorno al domicilio. Las URSS son un recurso adecuado para recuperar la autonomía funcional de las personas mayores tras un evento agudo.

OC-050. OPTIMIZACIÓN DEL COSTE EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA RESIDENCIAL

J. Gómez Pavón¹, M.V. Valverde Moyer², J.L. Villar Badía³, E. Fernández de la Puente¹, M.A. Valle Martín¹, A.M. Fernández Rodríguez¹ e I. Ruipérez Cantera¹

¹Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela. Madrid. ²Residencia de Personas Mayores Gastón Baquero. Alcobendas. ³Residencia de Personas Mayores San Sebastián de los Reyes. San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: Evaluación coste-beneficio de un programa de Atención Geriátrica Residencial (AGR).

Métodos: Estudio longitudinal de pacientes incluidos en programa de AGR desde inicio el 1-3-2014 al 1-01-2015. AGR constituido por un geriatra consultor, apoyo de trabajo social (coordinan petición de exploraciones complementarias, de ingresos y altas) y de enfermería del programa de atención geriátrica domiciliaria, uso de teledermatología geriátrica. Geriatra acude de forma programada un día a la semana a cada residencia (4 residencias, total 852 usuarios) con evaluación conjunta de pacientes con médico ± miembros del equipo. Resto de días comunicación telefónica para consulta y realización de ingresos hospitalarios directos de la residencia. Coste dados por la unidad de gestión económica: 1^a y consultas sucesivas, coste medio ambulancia (ida y vuelta), exploraciones complementarias, coste ingreso (por estancia), coste del geriatra y vehículo.

Resultados: 113 visitas, 290 pacientes nuevos con 391 revisiones, edad media $85,54 \pm 7,61$ años, con índice de Cruz Roja físico $3,67 \pm 1,13$ y mental $2,69 \pm 1,6$. Coste si hubieran acudido al hospital a consulta y seguimiento: 35.384 € más el coste de ambulancia ida y vuelta (40.860 €). Disminución en número de fármacos ($7,8 \pm 3,2$ vs $5,95 \pm 3,02$, $p = 0,01$). Costes generados al hospital: 23 primeras consultas de otros especialistas (3.026 €), de exploraciones complementarias

(6.690 €), revisiones seguidas por geriatra quien informa resultado a especialistas, Evitado 9 ingresos por ITU por BLEE tratados y seguidos en residencia (antibióticos iv: 1.033 €), coste por ingreso evitado: 2.2743 €. 60 pacientes ingresaron directos desde residencias. Coste geriatra más vehículo = 21.300 €. Probable total coste evitado: 66.938 €. Costes difíciles de cuantificar: toma de decisiones conjuntas en pacientes geriátricos complejos, apoyo sistemático en enfermedad avanzada, exploraciones complementarias realizadas todas en un solo día con acceso a cualquier especialista que fuese necesario, satisfacción de pacientes, familias y profesionales.

Conclusiones: La Atención Geriátrica Residencial puede contribuir en la optimización del coste sanitario del anciano institucionalizado a través de un apoyo continuo al medio residencial con menor necesidad de consultas hospitalarias, menor número de fármacos, con ingresos directos en Geriatría manteniendo la calidad asistencial.

OC-051. ¿LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN UN MEDIO RESIDENCIAL ES UN FACTOR COADYUVANTE DE MAYOR DEPENDENCIA FUNCIONAL?

N. Mendiluce Erkizia¹, J. Vegas¹, N. Jiménez², O. Bueno² y J.J. Calvo Aguirre¹

¹Residencia Zorroaga. San Sebastián. ²Residencia Sagrado Corazón. Rentería.

Introducción: La dependencia funcional es un factor importante que determina el ingreso en una residencia para mayores. Al atender sus necesidades, se puede generar un aumento de la dependencia.

Objetivos: Evaluar la dependencia tras un periodo de institucionalización.

Métodos: Evaluamos todos los ingresos habidos en un periodo de 1 año (1/4/2013-31/3/2014) en dos Residencias de mayores de Gipuzkoa (440 plazas). Realizamos un seguimiento de tres meses a cada nuevo residente. Al ingreso evaluamos datos generales y de salud, Índice de Barthel (IB), Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), velocidad (VM), nivel de marcha (NM), uso de ayudas técnicas (AT) y nivel de traslados internos (TI). En los controles posteriores, reevaluamos aspectos funcionales. Recogemos datos de los 86 nuevos residentes que ingresaron en el año, (57 mujeres y 29 hombres), edad media = 82,81 años. No completaron los tres meses de estancia 13 personas, 10 por fallecimiento y 3 por otros motivos. La muestra finalmente evaluada durante tres meses, ha sido de 73 residentes.

Resultados: De los 73 residentes, al ingreso presentaban deterioro cognitivo un 67%, trastorno de la marcha un 58% e incontinencia un 45%. Usaban AT el 36%. Presentaban un IB < 40, un 34% y el IB medio era = 52,2. Según el BVD, eran grandes dependientes el 82% (BVD nivel 2: 45% y BVD nivel 3: 37%) y se desplazaban solos por el interior de la Residencia el 60%. Únicamente el 5%, tenían una VM superior a 1 metro/seg y el 33% > 0,6 metros/seg. Transcurridos tres meses, utilizaban ayudas técnicas el 70%, presentaban un IB < 40, un 40% y el IB medio era = 48,9 y se mantenía estable el BVD (82% de grandes dependientes), siendo capaces de desplazarse solos por el interior de la Residencia el 56% y en la VM superaban los 0,6 metros/seg el 36%, mientras que en el 5% era > 1 metro/seg.

Conclusiones: Tras la institucionalización aumenta el uso de ayudas técnicas que permite mantener la capacidad funcional de los residentes.

OC-052. MODELO DE PREDICCIÓN DE GANANCIA FUNCIONAL EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL HOSPITAL INSULAR DE LANZAROTE

J. Alonso Ramírez, R. Paz Maya, C. Peinado Gallego, C. Alastuey Giménez, D. Martín Fabre y S. Alfonso Gómez Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife.

Introducción: Establecer modelos en las Unidades de Media Estancia que permitan predecir una respuesta favorable ajustándose a las par-

ticularidades de la población geriátrica nos permitirá mejorar la eficiencia y hacer una adecuada gestión de los recursos.

Objetivos: Evaluar los factores predictores de ganancia funcional en los pacientes ingresados entre enero de 2013 y septiembre de 2014.

Métodos: Estudio observacional descriptivo sobre una muestra de 51 pacientes. Del total de variables de la base de datos, se incluyeron en el modelo mediante un análisis de regresión lineal múltiple, la edad, sexo, estado civil, núcleo de convivencia, procedencia del ingreso, motivo de ingreso, Barthel al ingreso, GDS al ingreso, estancia media, inestabilidad de la marcha, polifarmacia y numero de síndromes geriátricos. La variable dependiente (VD) objeto de estudio fue la ganancia funcional (GF).

Resultados: La prueba de eficiencia estadística de ROA indica que hay una mejora estadística en la predicción de probabilidad de ocurrencia de la VD (chi-cuadrado: 34.065; gl 11; p < 0,001). El valor de R cuadrado de Nagelkerke indica que el modelo propuesto explica el 65% (0,652) de la varianza de la variable dependiente. La puntuación de Wald indica que la VI aporta significativamente a la predicción de la VD en los casos de Barthel al ingreso (Wald 5,434; gl 1; p 0,02), GDS al ingreso (Wald 3,366; gl 1; p 0,05), motivo de ingreso (Problemática social (Wald 5,446; gl 1; p 0,02) y cuidados paliativos (Wald 5,255; gl 1; p 0,022)) e inestabilidad de la marcha (Wald 8,785; gl 1; p 0,03).

Conclusiones: La edad, situación funcional y cognitiva al ingreso, el motivo de ingreso, la polifarmacia, y síndromes geriátricos como la demencia, incontinencia e inestabilidad de la marcha conforman, en su conjunto, un modelo con una sensibilidad del 85,7% y una especificidad del 82,6% para predecir ganancia funcional. A mayor puntuación en el Barthel menor probabilidad de GF. El motivo de ingreso deterioro funcional o distocia social aumenta, significativamente, la probabilidad de GF. La inestabilidad de la marcha disminuye la probabilidad de GF.

OC-053. SOPORTE DOMICILIARIO A LA CRONICIDAD

P.L. Carrillo García, P. Cabezas Alfonso, D. Padrón Guillén

y P. Gil Gregorio

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer las características de salud de una población incluida en el programa de soporte domiciliario a la cronicidad así como los posibles marcadores de riesgo de reingreso hospitalario.

Métodos: Pacientes incluidos y en seguimiento en el programa de soporte domiciliario del servicio de Geriatría durante el periodo de Enero a Diciembre 2014. Se recogen variables basales sociodemográficas, funcionales (índice de Katz, Escala de la Cruz Roja), comorbilidad (índice de comorbilidad de Charlson ajustado por la edad (ICh)), grandes síndromes geriátricos, fármacos (número y tipos); y en el periodo de seguimiento: mortalidad, reingresos hospitalarios y fármacos (número). Análisis estadístico: Estudio descriptivo, análisis bivariante y curva de supervivencia (Kaplan-Meier), IC95% (p < 0,05). SPSS 15.0.

Resultados: N: 150 (edad media $87,5 \pm 9,9$; mujeres 76%, Índice de Katz F-G 65%, índice de Charlson modificado 5,9; Índice de la Cruz Roja 3,4. Los síndromes geriátricos más frecuentes: demencia: 62,7% incontinencia urinaria: 58,7% e inmovilidad 46,7%. Fármacos al inicio ($7,9 \pm 3,4$); siendo los más prevalentes los analgésicos 60%, antihipertensivos 58% y los antiagregantes 43,3%. Y fármacos en el último contacto ($7,5 \pm 3,2$). Análisis comparativo de reducción de fármacos (0,39; p = 0,05, IC95%). Dentro de las patologías principales destaca: patología respiratoria 16%, cardiovascular 15,3% y digestiva 9,3%. Durante el periodo de seguimiento falleció el 9,3% de los pacientes, de los cuales el 50% fallecieron en domicilio. Reingresa el 49,4% (20,7% misma causa y 28,7% diferente causa). En el tiempo de seguimiento la mediana reingresa a los 25 meses. En el análisis bivariante la demencia se asoció a menor reingreso: 42,6% (p = 0,031, IC95%). No se encontró asociación con la edad, sexo, otros síndromes geriátricos.

Conclusiones: 1) Los pacientes incluidos en el programa de soporte a domicilio tienen una elevada edad y comorbilidad. 2) El soporte a domicilio ha demostrado una disminución significativa en el número de fármacos. 3) La presencia de demencia se asoció a un menor reingreso.

OC-054. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOCULTURAL Y CONOCIMIENTOS SANITARIOS EN LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANCIANOS

L. Guardado Fuentes, I. Carmona Álvarez, A.C. Pérez Rodríguez, L. Fernández Arana, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Estudiar la relación entre el nivel sociocultural y conocimientos sanitarios de los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca (IC) y el número de reingresos y mortalidad en un año.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y de seguimiento. Se recogen datos de pacientes ingresados por IC en la Unidad de Agudos de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos desde enero/2013 hasta diciembre/2014. Se excluyeron pacientes en situación terminal o que no firmaron el consentimiento informado. Se recogen variables demográficas, funcionales (Í. Barthel), sociales (OARS), deterioro cognitivo, comorbilidad (Í. Charlson), fracción de eyeción (FE), variables educacionales (nivel de estudios, conocimientos de salud y de enfermedad), reingresos tempranos (< 30 días desde alta), tardíos (1-12 meses) y mortalidad en un año desde el alta hospitalaria. Se realiza un modelo estimativo de regresión logística multivariante por pasos hacia atrás mediante el método de Wald, incluyendo las variables anteriores, permaneciendo en el modelo final edad, sexo y conocimientos de enfermedad. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 130 pacientes, con edad media de $88,9 \pm 6$ años, el 73,1% mujeres. Un 70,8% con un Í. Barthel ≥ 60 , un 97,6% con OARS entre 1-2, un 37,7% con demencia, un 77,5% con IC con FE preservada y un Í. Charlson medio de $7,8 \pm 1,9$. El 60,6% tiene estudios primarios, el 52,3% tienen adecuados conocimientos de IC y el 36,9% tiene conocimientos adecuados de salud. Se observó que los pacientes con menos conocimientos de IC reingresan y fallecen más que los pacientes con altos conocimientos de la enfermedad, siendo esta última diferencia estadísticamente significativa (p = 0,04). Los pacientes con mayores conocimientos de salud reingresan de forma tardía en mayor porcentaje que lo que tienen menos. En el análisis multivariante de mortalidad ajustado a edad y sexo, se observó los pacientes con buenos conocimientos de enfermedad tienen un 110% menos de riesgo de morir (p = 0,05, IC 0,97-4,5).

Conclusiones: Sólo la mitad de los pacientes que ingresan por IC tienen adecuados conocimientos sobre esta patología, repercutiendo estos resultados en la readmisión al hospital y la mortalidad a un año. Implantar un programa de educación sanitaria sobre IC podría reducir el número de reingresos y mortalidad.

OC7: Agudos

OC-055. PERFIL DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL GENERAL POR UN EQUIPO DE SOPORTE GERIÁTRICO (UFISS)

I. Crespo Núñez

Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Introducción: El envejecimiento de la población ha comportado un incremento de los pacientes geriátricos con patología crónica y readmisiones frecuentes, así como, limitación de la autonomía, problemas médicos y psicosociales que necesitan recursos asistenciales

integrales y flexibles orientados a las personas frágiles y un modelo de atención bio-psico-social. Las UFISS son equipos sociosanitarios que forman parte de este nuevo modelo de atención. Ofrecen soporte a los equipos asistenciales en la atención al paciente geriátrico, trabajan en la planificación anticipada del alta y coordinan la transición entre niveles asistenciales.

Métodos: La UFISS trabaja como equipo interconsultor, excepto en la Unidad de Traumatología donde actúa de manera protocolizada en todos los pacientes con F/F mayores de 75 años ofreciendo atención compartida con los traumatólogos. El paciente es seguido por Geriatría desde el primer día del ingreso. Los profesionales de la UFISS son: una enfermera con dedicación exclusiva con funciones de Valoración Geriátrica, soporte en la atención de enfermería a los síndromes geriátricos (delirium, estreñimiento, prevención de sd. de inmovilidad, UPP, etc.), gestión anticipada del alta y coordinación entre niveles. Los geriatras que intervienen son cuatro, uno con dedicación exclusiva en los servicios quirúrgicos incluida la Unidad de Traumatología y tres de manera parcial como interconsultores en el resto de servicios.

Resultados: Año 2014: 1125; 451H y 674M; edad media: 80,78 años; el 42,3% tienen más de 84 años; estada hospitalaria es de 11,91 días; el seguimiento por el equipo UFISS es de 6,99 días; el tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa hasta la interconsulta a UFISS es de 4,67 días. Los servicios principales de procedencia de los pacientes son: Ortoperiátria: 301; COT: 186; M.I: 142; Geriatría: 129; Cirugía General: 73; Neurología: 71; Cirugía vascular 39; Urgencias: 25; el resto de pacientes corresponde a servicios varios. Recurso al alta: 387 (34,39%) domicilio; necesitaron ingreso a Unidad de Convalecencia 537 (47,73%); Larga estancia 140 (12,44%); Unidad de Cuidados Paliativos 22 (1,95%). La mortalidad fue del 3,46%.

Conclusiones: Pacientes de edad avanzada. El 42,3% tienen 85 años o más. El 74,03% de los pacientes necesitaron un recurso SS al alta. Mortalidad: 3,46%.

OC-056. FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A LOS 30 DIAS EN ANCIANOS PROCEDENTES DE RESIDENCIAS HOSPITALIZADOS POR UN PROBLEMA MÉDICO

M. Cabré Roure¹, J. Fernández Fernández¹, L. Elías Vilar³,

R. Monteis Cahis¹, E. Palomera Fanega² y M. Serra Prat²

¹Hospital de Mataró. Mataró. ²Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: Las hospitalizaciones de ancianos procedentes de residencias especialmente aquellos que están en una situación de final de vida generalmente son innecesarias. Sin embargo, se sabe poco acerca de los factores predictivos de mortalidad hospitalaria. El objetivo de este estudio es identificar las características clínicas que podrían predecir la mortalidad hospitalaria y a los 30 días del ingreso en pacientes procedentes de residencias geriátricas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes mayores de 70 años hospitalizados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Se seleccionó los pacientes procedentes de residencias geriátricas durante el periodo enero 2001 y diciembre 2010. Factores de estudio: sociodemográficos, diagnóstico principal, comorbilidades, síndromes geriátricos, estado cognitivo, estado funcional (Índice de Barthel), estado nutricional (Mini nutricional Assessment), disfagia orofaríngea, ingresos previos en el último año, y datos de laboratorio: hemograma, glicemia, función renal, albúmina, colesterol y linfocitos. Se registró la mortalidad hospitalaria y a los 30 días del ingreso. Todas las variables significativas asociadas a mortalidad se incluyeron en un análisis multivariado.

Resultados: Se estudiaron 772 pacientes (67,8% mujeres), edad media de 86,4 (7,2) años. La mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días fue del 10,5 y 17,2% respectivamente. En el análisis multivariado las variables independientes para la mortalidad hospitalaria fueron: cáncer OR 3,22 (1,40-7,40), índice de Barthel <40 al ingreso OR 6,25 (1,48-26,37), insu-

ficiencia renal aguda OR 6,12 (1,90-19,67) y broncoaspiración OR 2,64 (1,30-5,36). A los 30 días de ingreso: úlceras por presión OR 2,11 (1,21-3,70), cáncer OR 2,74 (1,33-5,65), Índice de Barthel <40 al ingreso OR 3,02 (1,24-7,33) y disfagia orofaríngea OR 2,27 (1,21-4,30).

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria y a los 30 días fue muy elevada. La mortalidad hospitalaria estaba asociada a la presencia de cáncer, estado funcional precario al ingreso y dos condiciones agudas de ingreso, insuficiencia renal aguda y broncoaspiraciones. La mortalidad a los 30 días estaba asociada también a cáncer pero el resto eran condiciones crónicas relacionadas con el estado funcional/nutricional precario. Los pacientes ancianos residentes con estas características probablemente debería implementarse solo medidas paliativas y evitar hospitalizaciones innecesarias.

OC-057. PREVALENCIA DE DISFAGIA SEGÚN EAT-10 Y NEUMONÍAS ASPIRATIVAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN DOS UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

N.E. Casero Peinado, S. Plaza Rivera, L. Palazón Valcárcel, E. Gómez Jiménez, R. Ceres Martínez, A. Avendaño Céspedes y J.L. Oliver Carbonell

Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Describir la prevalencia de disfagia al ingreso según la escala EAT-10 (Eating Assessment tool) y prevalencia de neumonías aspirativas en ancianos hospitalizados a cargo de geriatría.

Métodos: Estudio descriptivo observacional longitudinal multicéntrico donde participaron de forma paralela dos unidades geriátricas de agudos durante cuatro meses. En el centro A se contó con una muestra de 280 pacientes y en el centro B de 281. Las variables utilizadas fueron diagnóstico previo de disfagia, toma de espesantes previa, durante y al alta de la muestra. Además se recogió presencia de neumonía aspirativa como motivo de ingreso y exitus relacionados con neumonía aspirativa.

Resultados: En el centro A se obtuvo una edad media de 85,88 años (60,7% mujeres). El 27,7% estaban diagnosticados de disfagia previamente al ingreso y un 12,1% ingresó por neumonía aspirativa. Según la valoración EAT-10 se detectó una prevalencia de disfagia mucho más elevada, siendo un 42,1%. En el centro B la edad media fue de 87,17 años (59,1% mujeres). El 10% estaban diagnosticados de disfagia previamente al ingreso y un 9,6% ingresó por neumonía aspirativa. En este centro la escala EAT-10 detectó un 59,1% de disfagia. Durante el ingreso apareció sólo un 2% de neumonías aspirativas. En cuanto al uso de espesantes, en el centro A tomaban: previamente (15%), durante (30%) y al alta sólo se especificaba en el informe de alta un 11%. En el centro B no fue posible la recogida de estas variables. El centro A se encontró un 10,4% de exitus, siendo la mitad relacionadas con neumonía aspirativa ocurrida previa o durante el ingreso. En el centro B los resultados fueron similares, 11% de exitus siendo un 41% relacionado con neumonía aspirativa.

Conclusiones: Nuestro estudio corrobora claramente que la disfagia está infradiagnosticada según los estudios publicados. Dada la fácil administración de la escala EAT-10 nos planteamos su uso de manera sistemática a la población anciana susceptible de beneficiarse.

OC-058. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

J. Mandujano Valencia, S. Yarlequé, C. Ferrer, J.J. Martínez y O. Duems *Hospital de Granollers. Granollers.*

Introducción: La VMNI se define como un soporte ventilatorio que no precisa de técnicas invasivas de intubación orotraqueal (IOT), permite incrementar la ventilación alveolar manteniendo las vías respiratorias intactas. Actualmente no se dispone de muchos datos sobre la indicación de la VMNI en pacientes ancianos pluripatológicos con alta

dependencia funcional. La limitación al esfuerzo terapéutico (LET) y las órdenes de no intubar son frecuentes en pacientes ancianos por la edad y la plurimorbilidad, pero se considera que esta población podría beneficiarse de la VMNI, lo que nos motiva a realizar el estudio.

Objetivos: Describir a la población anciana que ha recibido VMNI durante su estancia en Urgencias o en planta de Geriatría.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo del 2013 al 2015 de pacientes > 75 años que recibieron VMNI en el servicio de urgencias y/o UGA del HGG. Las principales variables recogidas son: datos demográficos, patología de base, lugar de inicio, gasometría en el momento de indicación, mortalidad, estancia y supervivencia a los 6 meses.

Resultados: Se incluyen a 78 pacientes, edad media $86,4 \pm 5,1$ años, 62,8% mujeres, Barthel medio $45,1 \pm 26,7$. La comorbilidad por el Í. Charlson modificado fue de $6,97 \pm 1,5$. Las causas más frecuentes del fracaso respiratorio fueron insuficiencia cardiaca (33,3%), edema agudo de pulmón (10,3%), EPOC (7,7%), sepsis 2,6% e infarto agudo del miocardio (7,7%). Al ingreso presentaban un pH medio $7,25 \pm 0,13$ y una pCO₂ $69,71 \pm 21,9$. La estancia media en UGA fue $7,98 \pm 6,6$ días, los reingresos al mes por insuficiencia respiratoria fueron 11,53%. La supervivencia al alta fue 82,1%, a los 6 meses de 51,28%. Los factores relacionados con mal pronóstico fueron el diagnóstico de sepsis a su ingreso ($p = 0,030$) y el antecedente de insuficiencia cardiaca ($p = 0,017$) sin encontrar relación con el nivel funcional previo ni el deterioro cognitivo.

Conclusiones: La VMNI es una técnica útil en la unidad de Agudos en pacientes ancianos con LET a intubación orotraqueal. En nuestra población en estudio, ni la edad, dependencia funcional o situación cognitiva previa se relacionó a mal pronóstico.

OC-059. EVENTOS CLÍNICOS UN AÑO DESPUÉS DE INGRESAR EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Y. Constante Pérez, I. Ferrando Lacarte, M. González Eizaguirre, C. Deza Pérez, C. Cánovas Pareja y E. García Arilla Calvo
Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Objetivos: Analizar las causas que han requerido asistencia sanitaria un año tras el alta de la hospitalización del Servicio de Geriatría.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados desde enero a abril de 2013 y su seguimiento al alta durante 1 año. Se registra atención en urgencias, hospitalización y consulta de especialidades, datos ambientales, comorbilidad, nivel cognitivo, funcional, pronóstico y mortalidad a partir de la Historia Clínica Electrónica (HCE) SPSS.

Resultados: 290 pacientes, 60% mujeres, edad media 85,76 años (30% > 90 años). 66,7% vivían en domicilio. 45% dependencia grave (Í. Barthel < 20). Í. Charlson medio: 2,73. Índice Profund medio: 9, > 11: 46%. El 40% tomaba más de 7 fármacos. Ingreso por patología infecciosa 48,6% (neumonía 28,2%). En el ingreso: deshidratación 6,9%, desnutrición 20%, disfagia 20,5%, impacto fecal 21,3%, úlceras por presión 9,7%. Comorbilidad: demencia con alteraciones de conducta 39%, ictus 17%, insuficiencia cardiaca 37%, insuficiencia respiratoria 32%, anemia 40%, insuficiencia renal 20,1%, diabetes 21,5%. Estancia media 12 días. Fallecidos en hospital un 14% (41). De los 249 pacientes dados de alta, el 53% (134) tuvo algún ingreso 12 meses post-alta, 72 en Geriatría y 62 en otros servicios en 4 hospitales diferentes. El motivo de ingreso coincidió en el 22,9%. El 24,9% acudió a Urgencias sin ingreso y el 52,7% a consultas de especialidades. 55 pacientes fallecieron (19%). La mortalidad es mayor en aquellos pacientes que reingresaron $p < 0,05$. Aquellos con un índice de Barthel < 20 y con un índice de Profund > 11 presentan mayor mortalidad $p < 0,05$.

Conclusiones: El paciente hospitalizado en nuestro servicio, con elevada comorbilidad y dependencia, precisa en el año siguiente a la hospitalización, frecuentes intervenciones sanitarias. Hay una mayor mortalidad anual en los pacientes más dependientes y con valores en Índices pronósticos elevados lo que corrobora su utilidad clínica. El acceso a la información desde la historia clínica electrónica puede resultar una

herramienta útil para el seguimiento y anticipación en la toma de decisiones de un paciente frágil y con necesidad de asistencia continuada

OC-060. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON MULTICOMORBILIDAD ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

R. Monteis Cahis¹, M. Cabré Roure¹, E. Sánchez Barbas¹, I. Amenós Alcaraz¹, M.A. Felip Benach¹, E. Palomera Fanegas² y M. Serra Prat²

¹Hospital de Mataró. Mataró. ²Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: El objetivo es conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medida en las en cinco dimensiones del EQ-5D (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar, y ansiedad y depresión) en personas con multicomorbilidad atendidas en un hospital de día de pacientes crónicos complejos (HDDPCC).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes atendidos en un Hospital de día de PCC desde el 1 de septiembre hasta el de 2012 hasta de diciembre de 2014. Factores de estudio: edad, sexo, convivencia y procedencia, comorbilidades, síndromes geriátricos, grado de fragilidad, estado cognitivo, estado funcional, estado nutricional (Mini nutricional Assessment Short Form), depresión (escala de Yesavage), disfagia orofaríngea (test de volumen viscosidad), y la calidad de vida percibida mediante el EuroQol-5D que consta de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión; y también una escala visual analógica (EVA), con rango de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud). Para analizar la influencia de los problemas crónicos más prevalentes en la CVRS se ajustaron modelos de regresión logística tomando como variable dependiente cada dimensión del EQ-5D y controlado por variables sociodemográficas.

Resultados: Se estudiaron 401 pacientes (61,3% mujeres), edad media de 85,44 (6,8) años. Los factores que influyeron negativamente en la CVRS estudiados en las distintas dimensiones fueron: 1) Movilidad: incontinencia fecal OR 2,97 (1,21-7,33), síndrome de inmovilidad OR 4,98 (1,05-23,64) y disfagia orofaríngea OR 2,13 (1,14-4,0). 2) Cuidado personal: incontinencia urinaria OR 3,60 (1,88- 6,90), incontinencia fecal OR 2,45 (1,23-4,86), trastorno del sueño OR 2,02 (1,13-3,60) y desnutrición OR 1,86 (1,02-3,41). 3) Actividades cotidianas: Incontinencia urinaria OR 2,03 (1,03- 4,01), incontinencia fecal OR 3,65 (1,61-8,30) y disfagia orofaríngea OR 1,98 (1,06-3,70). 4) Dolor/malestar: incontinencia fecal OR 1,90 (1,11-3,21) y úlcera por presión OR 2,60 (1,30-5,20) y 5) Ansiedad/depresión: incontinencia fecal OR 1,68 (1,01-2,80), depresión OR 2,11 (1,21-3,70) y desnutrición OR 2,05 (1,28-3,30).

Conclusiones: La presencia de síndromes geriátricos en PCC especialmente incontinencia fecal, urinaria, disfagia orofaríngea, desnutrición, depresión, trastornos del sueño y úlceras por presión influyen de forma muy negativa en la calidad de vida.

OC-061. MORTALIDAD PRECOZ EN EL ICTUS: FACTORES ASOCIADOS

G. Guzmán Gutiérrez, E. San Cristóbal Velasco, J.M. Arche Coto, B. García García, A. Domínguez Bravo, L. Pellitero Blanco y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Conocer la mortalidad a 28 días y los factores asociados de los pacientes que ingresan en una Unidad de Ictus dependiente de un Área de Gestión Clínica de Geriatría.

Métodos: Se analizan los pacientes que ingresan con el diagnóstico de ictus desde el Servicio de Urgencias desde el 1 de enero del 2013 hasta el 30 de setiembre del 2014 (n = 339, mujeres 67%, edad media $88,93 \pm 3,9$), en una Unidad de Ictus dependiente de un Área

de Gestión Clínica de Geriatría. Se analizan factores demográficos, clínicos (nivel de conciencia y déficit neurológico, severidad del ictus según la escala de Orpington [EPO], y complicaciones) y funcionales (Índice de Barthel [IB] previo, y al ingreso) en función de si el paciente falleció en los primeros 28 días.

Resultados: Durante el periodo de estudio se objetivo una mortalidad precoz del 26%, ocurriendo a los $10,1 \pm 6,8$ (1-26) días del ictus. Las variables que mostraron asociación estadística fueron la edad (89,8 fallecidos vs 88,6 no fallecidos), nivel de conciencia medida con la respuesta motora de Glasgow (5 vs 5,87), fuerza en brazo (0,77 vs 3,13), fuerza en pierna (1,02 vs 3,59), pérdida sensorial (71,6% vs 28,7), hemianopsia (77,3 vs 23,1), disfagia (97,7% vs 63,3%), incontinencia urinaria (90,9% vs 63,3%) y EPO (6,38 vs 4,16). Con respecto a las complicaciones presentaron más neumonía (55,7% vs 14,7%), y retención urinaria (18,2% vs 8,4). A nivel funcional fue peor su puntuación en el IB previo (56,25 vs 67,2), IB al ingreso (2,05 vs 21,7) y diferencia entre IB previo e IB al ingreso (54,2 vs 45,5). En el análisis de regresión logística, las variables que permanecieron con asociación estadísticamente significativa fueron el IB previo (OR = 1,01), nivel de conciencia (OR = 0,5), presencia de hemianopsia (OR = 2,4) y la EPO (OR = 2,16).

Conclusiones: Un cuarto de los paciente que sufren un ictus fallecen en los primeros 28 días; siendo mayores y con mayor dependencia funcional previa. El ictus en estos pacientes es más grave, con peor nivel de conciencia, mayor afectación neurológica y consecuentemente peor IB al ingreso. Se podría plantear un modelo predictivo precoz utilizando la exploración neurológica y la pérdida funcional.

OC-062. SUPERVIVENCIA AL AÑO EN PACIENTES CON ICTUS

G. Guzmán Gutiérrez, J.M. Arche Coto, E. San Cristóbal Velasco, A. Domínguez Bravo, I. Molinuevo Alba, C. Guirola García-Prendes y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes ingresados en una Unidad de Ictus dependiente de un Servicio de Geriatría que sobreviven al año y los factores asociados.

Métodos: Se realiza un análisis comparativo estadístico de las características demográficas, clínicas (severidad del ictus medida por la escala de Orpington [EPO]), funcionales (Índice de Barthel [IB] previo, al ingreso y al alta), y asistenciales (programa de rehabilitación, cambios de ubicación al alta y estancia) de los pacientes que presentan un ictus y que sobreviven al año en comparación con los pacientes que fallecen en ese mismo periodo.

Resultados: Durante el 2013 ingresaron 192 pacientes desde urgencias a nuestra Unidad de Ictus. Un 29,2% murieron durante su ingreso, siendo alta 131 pacientes. Durante su seguimiento al año fallece el 34,6% en una periodo de $6,57 \pm 3,5$ meses (mediana = 7). Los pacientes que sobreviven al año son más jóvenes (supervivientes $88,5 \pm 3,3$ vs fallecidos $90 \pm 4,4$, $p = 0,09$). Existe una diferencia significativa ($p < 0,05$) en lo que respecta a la severidad del ictus (EPO: $4 \pm 1,7$ vs $5 \pm 1,7$), la situación funcional previa (IB = $72,5 \pm 29$ vs $51,2 \pm 34,1$), al ingreso (IB = $24 \pm 25,5$ vs $11 \pm 21,2$) y al alta (IB = $47,8 \pm 33,6$ vs $25 \pm 32,3$), así como en la ganancia funcional durante el ingreso ($23,8 \pm 17,8$ vs $14 \pm 16,2$). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los supervivientes y el no presentar previamente deterioro cognitivo por demencia (RR = 1,8; IC = 1,2-2,6; $p = 0,01$), y el haber sido incluidos en el programa de rehabilitación (RR = 2,1; IC = 1,1-3,9; $p = 0,13$). No hubo diferencias significativas en la valoración por la unidad de trabajo social, ni en cambios de ubicación al alta. La estancia media fue similar (16 días).

Conclusiones: Los pacientes que sobrevivieron al año tras un ictus, presentan menor afectación neurológica, con mayor ganancia funcional al alta, junto a un mejor perfil funcional previo, al ingreso y al alta en comparación a los fallecidos en este mismo periodo de tiempo. Se

vio que el no presentar previamente deterioro cognitivo por demencia aumenta la posibilidad de supervivencia; así como el haber participado en el programa de rehabilitación.

OC-063. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

M.E. Portilla Franco, L.D.R. Evangelista Cabrera, S. Torras Cortada, J. Mora Fernández, F. Tornero Molina y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes ancianos con enfermedad renal crónica (ERC) moderada hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriatría (UGA) y describir factores asociados con mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Pacientes mayores de 80 años ingresados en una UGA (enero-diciembre 2014), con ERC grado 3b (filtrado glomerular FG < 45 mg/dL) medido mediante fórmula MDRD4. Se establecen dos grupos: EFG < 30 mg/dL y EFG ≥ 30 mg/dL. Se recogieron variables demográficas, funcionales (Í. Barthel), índice de Charlson ajustado por edad (ICh), número de fármacos, parámetros analíticos, fracaso renal agudo al ingreso (FRA) y mortalidad intrahospitalaria. Análisis estadístico chi cuadrado ($p < 0,10$), regresión logística binaria ($p < 0,05$). SPSS 15.0.

Resultados: N = 80 pacientes, 57,5% mujeres, edad media 90 años (DE 5,7), FG < 30 48,7%. El 56,2% Barthel < 60, ICh > 8 66,3%, número de fármacos 8 (RI 6-11), IECAS 27,5%, ARAII 28,8%, diuréticos 55,0%, anti-coagulantes orales 16,3%, eritropoyetina (EPO) 7,5%, psicofármacos 63,8%. Comorbilidades: HTA 93,8%, diabetes mellitus 2 38,8%, FA 43,8%, cardiopatía isquémica 35,0%, insuficiencia cardiaca (IC) 32,5%, demencia 25%, enfermedad cerebrovascular (ECV) 15%, neoplasia 27,5%, EPOC 11,3%. Exitos durante el ingreso 15%. Se encontró asociación entre FG < 30 mg/dL con: edad < 90 años ($p = 0,044$), FRA ($p < 0,001$), antecedente de IC ($p = 0,103$), EPO ($p = 0,154$), hipocalcemia ($p = 0,156$), hiperfosfatemia ($p = 0,154$). Análisis multivariante: se mantiene FRA ($p < 0,001$), edad < 90 años ($p = 0,006$), hipocalcemia ($p = 0,018$). Se obtuvo tendencia estadística con el antecedente de IC ($p = 0,15$). Variables relacionadas con mortalidad intrahospitalaria: Barthel < 60 ($p < 0,001$), polifarmacia ($p = 0,06$), ECV ($p < 0,001$), hipocalcemia ($p = 0,043$), hipercalemia ($p = 0,003$), IECA ($p = 0,107$), diuréticos ($p = 0,131$), ICh > 8 ($p = 0,175$), IC durante el ingreso ($p = 0,160$), hipoalbuminemia ($p = 0,101$) y ferropenia ($p = 0,125$). Análisis multivariante: se mantiene Barthel < 60 ($p = 0,038$), ECV (0,009), hipercalemia ($p = 0,022$), ferropenia ($p = 0,041$) y tendencia estadística con ICh > 8 ($p = 0,078$).

Conclusiones: 1) En ancianos con ERC moderada, un peor filtrado glomerular se relaciona con FRA e hipocalcemia. La IC parece estar relacionada con una peor función renal. Llama la atención la menor edad en pacientes con peor filtrado glomerular. 2) Se identifican factores asociados con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con peor situación funcional basal, ECV, hipercalemia y ferropenia. 3) La comorbilidad podría resultar un factor determinante de mortalidad.

OC8: Terminalidad y vascular

OC-064. LA CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL ES SUPERIOR EN TRATAMIENTO CONSERVADOR QUE EN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS PERITONEAL

B.E. Chino Hernández, A. Acuña, D. Utrera, J. Duarte, F. Hernández y J. Garduño
Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Objetivos: Determinar si existe diferencia en la calidad de vida entre ancianos con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento conservador y diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes de 65 años y más con diagnóstico de enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular < 15 ml/min. Se aplicó el cuestionario 36-ítem short-form health survey a los pacientes que aceptaron participar en la consulta externa de nefrología. De acuerdo al tipo de tratamiento (conservador o diálisis peritoneal), se analizaron las diferencias entre grupos para las ocho dimensiones que conforman este cuestionario: salud general, función física, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, vitalidad y salud mental. Las dimensiones del cuestionario se puntuaron conforme al Norm-based Scoring definiendo baja calidad de vida a los puntajes inferiores al percentil 33. Se realizaron pruebas de hipótesis para identificar diferencias en los puntajes de calidad de vida, se calculó la razón de momios para baja calidad de vida en las categorías en que se documentaron diferencias.

Resultados: Se incluyeron para el análisis 60 pacientes (30 en tratamiento conservador y 30 en tratamiento dialítico), 38% del sexo femenino, con edad promedio de $71 \pm 6,24$ años. No se encontraron diferencias entre grupos (conservador vs dialítico) para calidad de vida en los componentes globales físico ($38,06 \pm 11,18$ vs $39,21 \pm 8,30$, $p = 0,68$) y mental ($48,13 \pm 13,03$ vs $41,20 \pm 14,20$, $p = 0,08$). No obstante al realizar el análisis de forma individual de las dimensiones del instrumento, los pacientes en diálisis obtuvieron puntajes menores para función física ($33,05 \pm 12,99$ vs $29,33 \pm 9,19$, $p = 0,01$), rol físico ($41,16 \pm 12,52$ vs $34,59 \pm 10,63$, $p = 0,03$) y rol emocional ($43,71 \pm 14,20$ vs $35,80 \pm 12,77$, $p = 0,02$). El tratamiento con diálisis se asoció a estar en el tercilio más bajo de la puntuación para la dimensión de rol físico en comparación a los sujetos en tratamiento conservador (OR 2 [IC95% 1,02-3,90]).

Conclusiones: Los pacientes de 65 años y más en tratamiento con diálisis peritoneal continúan ambulatoria reportan peores puntajes en calidad de vida para las subcategorías de función física, rol físico y rol emocional.

OC-065. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LAS VARIABLES PREDICTORAS DE MORTALIDAD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES Y CONDICIONES CRÓNICAS AVANZADAS: SEGUIMIENTO A LOS 28 MESES DE LA COHORTE NECPAL-SMAT

J. Amblàs Novellas¹, J.C. Martori Cañas², J. Espaulella Panicot¹, M. Martínez Muñoz³, X. Gómez-Batiste⁴ y R. Oller Piqué²
¹Hospital de la Santa Creu. Vic. ²Universitat de Vic. Vic. ³CCOMS ICO. Barcelona. ⁴Catedra de Cuidados Paliativos. Universitat de Vic. Vic.

Objetivos: Analizar la correlación entre mortalidad y el comportamiento estático (criterios de gravedad) y dinámico (criterios de progresión) de las variables de diferentes dominios determinantes de situación de final de vida, en una cohorte de pacientes con enfermedades y condiciones crónicas avanzadas, evaluadas por profesionales de la salud mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO[®].

Métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo de cohortes de 1.064 pacientes con enfermedades y condiciones crónicas avanzadas, detectados en todos los niveles asistenciales del sistema sanitario en Osona (Barcelona). Se ha realizado seguimiento prospectivo durante 28 meses. 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 clínica de final de vida de demencia/fragilidad (55,1%) respecto enfermedad de órgano avanzada (32,2%) y cáncer (12,7%). Durante el seguimiento a 28 meses, murieron 488 pacientes (45,8% de la cohorte), habiendo diferencias significativas en el comportamiento entre los grupos exitus y no-exitus en la mayor parte de variables analizadas: Criterios de gravedad y progresión ($p < 0,001$) de las variables funcionales (índice Barthel < 20/100 y pérdida de 2 actividades básicas –ABVDs– en 6 meses, respectivamente), nutricionales (albúmina < 2,5 y pérdida 10% peso en 6 meses, respectivamente) y cognitivas (demencia

avanzada GDS ≥ 6 y pérdida de 2ABVDs en 6 meses, respectivamente). Criterios específicos de enfermedad avanzada oncológica (estadio IV) y neurológica ($p < 0,001$). Algunos síndromes geriátricos: disfagia ($p < 0,001$), caídas ($p = 0,02$) y síndrome confusional ($p < 0,01$). No han demostrado diferencias significativas el distrés emocional ni en los criterios de enfermedad avanzada (en el caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, hepatopatía crónica y enfermedad renal crónica).

Conclusiones: Los pacientes en situación de final de vida son predominantemente de perfil geriátrico (añoso y con predominio de fragilidad/demencia). En el análisis de mortalidad, parecen tener más valor predictivo los marcadores generales (funcionalidad, nutrición, cognición y síndromes geriátricos) que los marcadores enfermedad-dependiente (excepto en el caso de enfermedades oncológicas y neurológicas), resultando pertinente la evaluación tanto del comportamiento estático (gravedad) como dinámico (progresión) de estas variables.

OC-066. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA FIBRINOLISIS INTRAVENOSA EN EL ICTUS ISQUÉMICO EN LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

M.L. Morillo Blanco, J.M. Ortega Morente, B. yerga Lorenzana, I. Redondo Peñas, J.C. Portilla Cuenca e I. Casado Naranjo
Complejo Hospitalario. Cáceres.

Introducción y objetivos: La edad ha sido considerada una contraindicación relativa para el tratamiento fibrinolítico intravenoso (rtPA iv) en el ictus isquémico. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento con rtPA iv dependiendo de la edad del paciente.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes tratados con rtPA iv. Distinguimos dos grupos: A, pacientes < 80 años; B, aquellos ≥ 80 años. Analizamos las características demográficas y los factores asociados al ictus, incluyendo la gravedad, glucemia basal, tensión arterial (TA) sistólica y diastólica, intervalos síntoma-aguja y puerta-aguja, el estado de la arteria y la tasa de recanalización. Definimos la seguridad con la presencia de transformación hemorrágica (TH) a las 36 horas; y la eficacia diferenciando: Precoz: puntuación NIHSS 7 días y situación funcional a 90 días; y tardía: situación funcional a 12 y 36 meses.

Resultados: N = 200 pacientes, 170 grupo A y 30 grupo B. Salvo en el tabaquismo (23,5% vs 3,5%, $p = 0,012$), glucemia basal [121,5 (106-146,5) vs 136,5 (119,7-163,7), $p = 0,026$], TA sistólica [145(125-162,25) vs 162,5 (140-180,2), $p = 0,010$] y TA diastólica [76 (69,7-86) vs 82,5 (77,7-88), $p = 0,014$], no observamos diferencias en las características basales. No hubo diferencias en la TH entre grupos: 12,9% vs 20%, $p = 0,304$. La evolución precoz fue: NIHSS 7 días: 5 (1-13) vs 7 (4,5-14,5), $p = 0,065$; situación funcional de independencia (Rankin ≤ 2) a 90 días: 52,9% vs 40%, $p = 0,191$; mortalidad a 90 días: 13,5% vs 20%, $p = 0,353$. La evolución a 12 meses fue: Rankin ≤ 2 : 56,5% vs 36,7%, $p = 0,045$; mortalidad: 20,6% vs 20%, $p = 0,941$. Mientras que a 36 meses fue: Rankin ≤ 2 : 51,3% vs 27,8%, $p = 0,063$; mortalidad: 27% vs 22%, $p = 0,671$.

Conclusiones: En nuestro estudio el tratamiento con rtPA iv es seguro y eficaz con independencia de la edad del paciente. A largo plazo es probable que factores no asociados al ictus influyan en la peor situación funcional en los pacientes mayores de 80 años no así en la mortalidad.

OC-067. CAUSAS Y FORMAS DE MORIR EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS. PAPEL DE LA SEDACIÓN TERMINAL

J. Albéniz López, S. Fernández Villaseca, B. Montero Errasquín, J. Mateos Nozal, P. Fernández Montalbán, I. Lozano Montoya y A.J. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Describir las características y evolución de los pacientes fallecidos durante el ingreso en una Unidad de Agudos de Geriatría y determinar las características de la sedación terminal en este entorno.

Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, de los pacientes fallecidos en la Unidad de Agudos de un hospital terciario durante 2 años (2013-2014). Se revisaron las historias clínicas y el registro electrónico de tratamientos, recogiendo características básicas, situación social, funcional y cognitiva, patología principal, uso de sedación y fármacos, síntomas refractarios y limitación del esfuerzo terapéutico.

Resultados: 137 pacientes fallecieron (13,9% de los ingresos totales). 70,8% mujeres, edad media $91,3 \pm 5,0$ años. Un tercio estaba institucionalizado (30,1%). La mayoría eran dependientes para todas las ABVD (55,8%) y no caminaban (51,9%). 60,2% tenían demencia grave (GDS ≥ 6). Causa principal de ingreso: infección respiratoria (48,2%), patología cardiaca (10,9%) e ITU (7,3%). Causa de muerte más frecuente: infección (61,3%). Estancia media: $6,7 \pm 6,0$ días. El 14,3% ingresó sedado desde Urgencias, el. Hubo un 17,5% de defunciones no esperadas. 16,8% fallecieron en las primeras 24 horas de ingreso. El 8% sólo fueron atendidos por el equipo de guardia. Un 17,5% se consideraron defunciones no esperadas. En el 65% se realizó control sintomático, precisando sedación paliativa en casi la mitad (30,7%), que se inició en el día $5,7 \pm 1,0$. Dicha sedación se indicó por el geriatra (71,4%) o el médico de guardia (11,9%). Síntomas refractarios principales: disnea (69%) y dolor (16,7%). El fármaco utilizado fue el midazolam (100%). La decisión se acordó con la familia en el 95,5%. Dentro de los pacientes sedados, se limitaron medidas en el 95,2%, con indicación de no RCP en todos. Se limitó la toma de constantes en el 81% y en más de la mitad la hidratación (57,2%) y el uso de antibioterapia (52,4%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que fallecen en nuestra unidad tiene dependencia funcional completa y demencia avanzada. La causa principal es la infección, principalmente por broncoaspiraciones. Casi la quinta parte fallece durante las primeras 24 horas. La sedación paliativa se realiza con midazolam, de acuerdo con la familia y asociada a limitación de medios terapéuticos.

OC-068. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE ESCALAS DE USO CLÍNICO RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA EN PACIENTES ANCIANOS CON MULTIMORBILIDAD ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (HDPCC)

M. Cabré Roure¹, R. Monteis Cahis¹, E. Sánchez Barbas¹,

E. Palomera Fanegas² y M. Serra Prat²

¹Hospital de Mataró. Mataró. ²Consorci Sanitari del Maresme. Mataró.

Objetivos: El diagnóstico de final de la vida es muy complejo, existen varios modelos pronósticos con el fin de identificar a los pacientes propensos a morir dentro de un corto período de tiempo. Hasta el momento no existe un modelo excelente para identificar estos pacientes. El objetivo es conocer la sensibilidad y especificidad de unas escalas de uso clínico habitual relacionadas con el diagnóstico de situación de final de vida en pacientes ancianos con multimorbilidad atendidos en un HdPCC.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de 200 pacientes atendidos desde el 1/9/2012 hasta el 1/9/2014. Factores de estudio: edad, sexo, comorbilidades, síndromes geriátricos, estado cognitivo, funcional, nutricional, depresión, disfagia, calidad de vida, trastornos del sueño, polifarmacia, mortalidad al año. Para definir aquellos pacientes que están en situación de final vida se usaron cuatro instrumentos: 1) Cuestionario NECPAL. 2) Cuestionario Louise C Walter (JAMA 2001), 3) Clinical Frailty Scale (Rockwood 2005) y 4) la pregunta sorpresa con respuesta negativa (le sorprendería que falleciese en los próximos 12 meses). Se calculó la sensibilidad (S) y especificidad (E) con el valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) para cada instrumento así como la curva ROC (área bajo la curva) de los instrumentos con varias variables.

Resultados: Se estudiaron 200 pacientes (63% mujeres), edad media de 85,77 DE 6,7 años. Mortalidad al año 92 (46,2%). Del instrumento Walter C Louise la S 26,1%, E 94,4%, VPP 80,0%, VPN 59,8% y la Curva

ROC 0,730; la escala de fragilidad la S 73,9%, E 44,9%, VPP 53,5%, VPN 66,7% y la Curva ROC 0,639, la pregunta sorpresa la S 23,9%, E 36,4%, VPP 24,4%, VPN 35,8% y el instrumento NECPAL + la S 75,3%, E 64,8%, VPP 64,4%, VPN 75,6%.

Conclusiones: En la población estudiada ninguno de los 4 instrumentos alcanza una buena sensibilidad y especificidad, probablemente tanto el Walter C Louise como el NECPAL pueden ser útiles en la práctica clínica. El peor resultado es la pregunta sorpresa. Estos instrumentos para el diagnóstico de situación de final de vida en pacientes ancianos con multimorbilidad deben usarse con prudencia.

OC-069. INSUFICIENCIA CARDIACA Y MORTALIDAD GLOBAL EN EL PACIENTE ANCIANO

J.D.P. Marttini Abarca, A.C. Pérez Rodríguez, T.I. Wu Lai, L. Gómez Armas, F.J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Definir los factores asociados a mayor mortalidad en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio transversal que incluye a pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (según los criterios clínicos de Framingham) del servicio de Geriatría durante el periodo enero 2012-diciembre 2013. Se incluyó a un total de 306 pacientes. Se recogieron las siguientes variables: características demográficas, clínicas, analíticas, el tratamiento farmacológico y la mortalidad durante el ingreso y a 1 año posterior al alta. Se analizaron las variables cualitativas por la prueba de chi-cuadrado y mediante el test exacto de Fisher, y las cuantitativas mediante la prueba de t de Student y U de Mann-Whitney según el patrón de distribución de la variable en la muestra. A continuación se hizo una regresión logística simple para el análisis univariante y una regresión logística multivariante para el análisis final. Se utilizó el programa SPSS v15.0.

Resultados: Los factores asociados inicialmente a la mortalidad global fueron: inmovilidad, dependencia grave (\bar{I} . Barthel < 60), deterioro cognitivo grave, el síndrome confusional agudo, la presencia de complicaciones infecciosas, la institucionalización y la utilización de diuréticos tiazídicos. En el análisis multivariante se confirmó la asociación de los siguientes factores: deterioro cognitivo severo (OR: 3,851; IC: 1,45-10,228), toma de diuréticos tiazídicos (OR: 4,643; IC: 1,729-12,466); de digoxina (OR: 2,386; IC: 1,210-4,702); la presencia de complicaciones infecciosas, por infección respiratoria (OR: 3,296; IC: 1,566-6,938) y otros focos (OR: 4,711; IC: 1,099-20,186) y el síndrome confusional durante el ingreso (OR: 2,153; IC: 1,055-4,396). Se asoció a una menor mortalidad la retirada de fármacos al alta (OR: 0,264; IC: 0,146-0,476). El desencadenante por sobrecarga de volumen (OR: 0,217; IC: 0,087-0,542) se relacionó a menor mortalidad.

Conclusiones: 1. La demencia grave, el cuadro confusional agudo y las complicaciones infecciosas durante el ingreso se asocian a un aumento en la mortalidad global. 2. La toma de tiazidas y digoxina se acompaña de mayor riesgo. 3. La retirada de fármacos al alta demostró disminuir la mortalidad.

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

OC-070. ¿SE REALIZA DE FORMA ADECUADA LA SEDACIÓN PALIATIVA EN EL PACIENTE MAYOR?

L. García-Cabrera, J. Mateos-Nozal, J. Albéniz López, P. Fernández Montalbán, C. Miret Corchado, I. Lozano Montoya y L. Rexach-Cano
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Evaluar cómo se realiza la sedación paliativa (SP) en el paciente mayor, en relación con el joven.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se seleccionaron los fallecidos entre septiembre-noviembre (2013) en un hospital de tercer nivel, ingresados en servicios médico-quirúrgicos, excluyendo los no sedados con intención paliativa, < 18 años y fallecidos en urgencias y UVI.

Resultados: 278 fallecidos, mayores de 70 años el 83,1%, siendo el 47,9% mujeres, 87% ingresados en servicios médicos (M. Interna 36,2%, Neurología 8,7%), con patología principal heterogénea: cáncer (31,3%), insuficiencia cardíaca (15%), isquemia de órgano (14,5%) y demencia (12,8%). Se indicó SP en 134 pacientes, en el 59,6% de los menores y 45,9% de los mayores (p 0,08). Al comparar grupos, se interconsulta con más frecuencia al Equipo de Cuidados Paliativos en jóvenes (33,3% vs 16%, p 0,04), la persona que otorga consentimiento para SP es un familiar (59,3% vs 83,5%, p 0,001) y no se indica limitación de RCP en el 59,3% y 30,5% (p 0,006) respectivamente. El principal síntoma refractario en mayores fue disnea (33,3% vs 63,2%, p 0,05) y en jóvenes dolor (55,6% vs 24,8%, p 0,002). Fármaco principal utilizado en SP: midazolam (100% vs 80,2%, p 0,04); morfina: 15,1% de los mayores. Uso de midazolam: dosis de inducción en el 24,3% (16% vs 26,9%), y de mantenimiento adecuadas en el 33,3% de los mayores. Los rescates se pautaron más en jóvenes (88% vs 55,1%, p 0,003), y a dosis correctas en el 25% de los mayores. Se reevaluó a las 48 horas de SP al 100% de los jóvenes y 63,6% de los mayores (p 0,03), aunque no se evaluó el nivel de sedación en el 46% (22,2% vs 51,2%) y el 19,5% de los mayores, permanecían agitados. Se registró el fallecimiento con mayor frecuencia en jóvenes (96,3% vs 83,3%, p 0,09).

Conclusiones: La prevalencia de SP en mayores es elevada y el síntoma refractario más común por el que se indica es disnea, siendo frecuente el uso de midazolam que no siempre se utiliza de manera correcta y no se reevalúa de forma adecuada al mayor tras el inicio de la SP.

OC-071. EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN PALLIATIVA EN EL PACIENTE MAYOR HOSPITALIZADO

S. Fernández-Villaseca, L. García-Cabrera, M.E. Baeza Monedero, M.N. Vaquero Pinto, L. Valdez Disla, L. Rexach-Cano y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Determinar la efectividad de un protocolo de sedación paliativa (SP) en el paciente mayor tras su implantación en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron los pacientes >65 años sedados con midazolam, con intención paliativa, pre y post implantación del protocolo de SP (septiembre-noviembre de 2011 y 2013, respectivamente). Se recogieron datos clínicos y del proceso de SP. Se excluyeron los no sedados con intención paliativa y fallecidos en UVI y urgencias.

Resultados: Se recogieron 169 pacientes sedados con midazolam, (45% en 2011 y 55% en 2013), el 53,9% y 46,2% mujeres, con edad media 81,1 y 82,3 años respectivamente. Ingresaban en servicios médicos (93%), síntoma refractario principal que indicó SP fue disnea (47,4% vs 46,2%) y no se identificó síntoma refractario en el 5,3% y 10,8%. Tras la implantación del protocolo, disminuyeron las interconsultas a la Unidad de Cuidados Paliativos (35,5% vs 19,4% p 0,018), y la lista de control de síntomas, incorporada al protocolo, se realizó sólo en el 8,6%. El consentimiento para SP se registró en el 90,8% y 83,7%, y fue otorgado por la familia (89,5% vs 81,3%). La vía subcutánea para la administración de fármacos para SP disminuyó (15,8% vs 3,2% p 0,012), aumentó la utilización de la dosis de inducción (1,3% vs 28% p < 0,001), indicándose la dosis correcta de rescate con mayor frecuencia (0% vs 24,5% p < 0,001), así como la de mantenimiento al inicio de la SP (1,5% vs 33,3% p < 0,001) y se evaluó el nivel de sedación en un mayor número de pacientes (7,9% vs 31,5% p < 0,001). Se mantuvo anticoagulación, antiagregación, aerosolterapia y antibioterapia con mayor frecuencia en 2013. No se indicó la limitación de la RCP en porcentajes similares los dos años (32%).

Conclusiones: En este estudio observamos que, tras la implantación de un protocolo de SP, mejora la utilización de fármacos, así como la evaluación del nivel de sedación, mejorando así la atención de los mayores en la agonía. Sin embargo sigue habiendo un elevado porcentaje de pacientes en los que no se identifica el síntoma refractario que indica la SP.

OC-072. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AL ALTA EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y REINGRESOS EN UN AÑO

L. Fernández Arana, I. Carmona Álvarez, L. Guardado, J. Martín Sánchez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir el número de reingresos tempranos y tardíos durante un año en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca (IC) en función del tratamiento farmacológico al alta.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y de seguimiento. Se recogen datos de pacientes ingresado por IC en la Unidad de Agudos de Geriatría del Hospital clínico San Carlos desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014. Se excluyeron pacientes en situación terminal o que no firmaron el consentimiento informado. Se recogen variables demográficas, funcionales (Í. Barthel), comorbilidad (Í. Charlson), grupos farmacológicos al alta hospitalaria, número de reingresos tempranos (< 30 días desde el alta hospitalaria) y tardíos (30 días-1 año) por IC. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 153 pacientes, edad media de $88,9 \pm 6$ años, 73,6% mujeres. El Í. Charlson medio fue de $7,7 \pm 1,9$. El 71,3% de los pacientes presentaba un Í. Barthel mayor de 60 puntos. Al alta hospitalaria, el número medio de fármacos es de $9,32 \pm 2,9$ y el 83% toma diuréticos de asa, 4,6% tiazidas, 11,1% antagonistas de aldosterona, 30,1% IECAS, 15,7% ARA2, 34,6% BB, 8,2% alfa-bloqueantes, 18,3% digoxina, 2,6% amiodarona, 12,4% nitratos, 19% calcioantagonistas (78,9% DHP y 21,1% no DHP), 32,9% estatinas, 54,1% antiagregantes, 35,6% anticoagulantes (51,9% anti-vitaminaK y el 9,6% NACO), 9,6% beta2-adrenérgicos, 4,6% bromuro de ipratropio y el 8,2% bromuro de tiotropio. Se observó que de aquellos sin IECAS al alta, el 24,84% reingresan de forma precoz, mientras que de los que sí toman IECAS sólo reingresan el 6,8% siendo estadísticamente significativo (p = 0,014), al igual lo es (p = 0,06) la diferencia entre el porcentaje de reingresos tardíos en pacientes que no toman ARA2 (73,9%) y el de reingresos tardíos de los que sí toman ARA2 (45,8%). De los pacientes que toman anticoagulantes anti-vitamina K reingresan de forma tardía un 84%, frente al 66% de los que no lo toman, no siendo estadísticamente significativo (p = 0,078).

Conclusiones: La polifarmacia es un síndrome geriátrico muy frecuente en los pacientes ancianos ingresados por IC. La prescripción de IECAS al alta se asocia a menor tasa de reingresos precoces y la de ARA2 se asocia a menor tasa de reingresos tardíos.

OC9: Actividad, fragilidad y caídas

OC-073. RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SARCOPENIA Y EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

A.J. Ledezma Dames y J. Ramírez Cuadra
Universidad Santo Tomás. Escuela de Kinesiología.

Introducción: La sarcopenia (SA) es un síndrome caracterizado por la pérdida de fuerza y masa muscular; se asocia a fragilidad, discapa-

ciudad y deficiente calidad de vida. Existe escasa información publicada en Sudamérica respecto a la SA en adultos mayores (AM) y su relación con la actividad física (AF) que realizan.

Objetivos: Determinar el grado de relación entre la presencia de sarcopenia y el nivel de actividad física que realizan los adultos mayores autovalentes que viven en la comunidad.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo-correlacional. La muestra se compuso por 116 mujeres y 39 varones con una edad promedio de $71,85 \pm 6,4$ años. Los AM provinieron de 8 instituciones socio-sanitarias de la ciudad de Antofagasta, se excluyeron quienes presentaban discapacidad física, sensorial, mental, o enfermedad limitante el día de evaluación. Para determinar el nivel de AF se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). La presencia de SA fue establecida por la combinación de bioimpedancia, dinamometría manual y la prueba corta de rendimiento físico (SPPB).

Resultados: La prevalencia de la SA en los AM fue de un 27,8%. El grupo que realizó AF de baja intensidad presentó un 76,8% de SA, el de moderada intensidad, un 20,3% de SA y no hubo personas con SA en el grupo de alta intensidad. La prueba t para la media del gasto energético (METs) semanal del grupo de AM con SA (731,82 METs), respecto al grupo Sin SA (1.528,4 METs), reveló una diferencia significativa ($p = 0,004$). Se estableció una correlación de Pearson positiva entre los METs semanal, con el estado de la masa muscular ($r = 0,43$) y la fuerza de prensión manual ($r = 0,41$). El Odds-Ratio, indica que es 4,5 veces más probable presentar algún grado de SA si los AM realizan una AF de baja intensidad.

Conclusiones: La sarcopenia en los adultos mayores autovalentes de Antofagasta, es más prevalente en quienes realizan actividad física de baja intensidad, se puede considerar esta categoría como un factor de riesgo de sarcopenia en los ancianos. Por el contrario, a un mayor nivel de actividad física realizada, la masa muscular, la fuerza y el rendimiento físico son proporcionalmente mejores en estas personas.

OC-074. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EJERCICIOS TRADICIONALES Y LA WII. BALANCE EN LA MEJORA DEL EQUILIBRIO EN RESIDENTES SIN DEMENCIA Y EN RESIDENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE O LEVE MODERADO

G. Teres Zubiaga, R. García Cuesta, I. Olivares Urkiza, I. Landeta Lekona, S. Álvarez Valcárcel y N. Landeta Sáenz
Residencia Olimpia. Bilbao.

Objetivos: Comprobar diferencias en la mejora del equilibrio entre el uso de ejercicios tradicionales y la WII Balance en residentes sin demencia y con deterioro cognitivo leve o leve-moderado, así como comprobar la percepción de los residentes sobre su propia evolución.

Métodos: Se forman 4 grupos de trabajo, de 7 residentes: 1. Ejercicios tradicionales sin demencia; 2. Ejercicios tradicionales con deterioro cognitivo; 3. WII sin demencia; 4. WII con deterioro cognitivo. Se eligen 28 residentes voluntarios con necesidad de trabajar equilibrio, 14 sin deterioro y 14 con deterioro. Se les pasa la escala de Tinetti y una entrevista con una escala Likert de 10 puntos para autoevaluar equilibrio. En residentes con deterioro se realiza la entrevista a la familia y se pide consentimiento. Se trabaja durante 6 semanas, 3 veces por semana, durante 20 minutos individualizadamente. Tras este periodo, volvemos a realizar evaluación.

Resultados: Se realiza el análisis de varianza de dos factores, analizando el Tinetti total y el reparto de la variabilidad entre los dos factores (deterioro cognitivo y tratamiento) y su interacción. Encontramos diferencias significativas en la puntuación final del Tinetti, influenciadas principalmente por el grado de deterioro cognitivo (índice de significación 0,03), no tanto por el tipo de tratamiento. En los grupos que trabajan con fisioterapia convencional, hay mayor diferencia que en los que trabajan con la Wii, donde no se encuentran diferencias significativas. Las medias registradas en el Tinetti son: Grupo 1: inicial 20,29, final 23,57. Grupo 2: inicial 20,86, final

22,42. Grupo 3: inicial 23, final 23,33. Grupo 4: inicial 17,66, final 18. La percepción de mejora es en el 72,22%, no habiendo diferencias entre los grupos.

Conclusiones: Todo apunta a que con el método tradicional se observa una mejora de rendimiento en la puntuación del Tinetti, tanto con como sin deterioro cognitivo, mientras que con la WII no se observan cambios significativos en ninguno de los grupos. Se observa que con la WII en el grupo 3 hay aprendizaje, que disminuye la efectividad, mientras que en el grupo 4, las dificultades para comprender el ejercicio son la causa de inefectividad.

OC-075. ESCALA DIVA DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA COMO MÉTODO DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES FRÁGILES Y PLURIPATOLÓGICOS

I. Serra Doménech, L. Roca Tey, J. Herms Berenguer, A. Arnau Bartés y A. Baraldés Farré
Althaia. Manresa.

Objetivos: Determinar la validez diagnóstica de una nueva escala de valoración funcional y cognitiva como factor pronóstico de mortalidad en pacientes frágiles y pluripatológicos agudizados.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 96 pacientes ingresados consecutivamente en una unidad geriátrica de agudos. En la evaluación basal se registró: edad, sexo, índice Barthel (IB), test de Pfeiffer (TP), índice de Charlson (IC) y la escala DIVA. La escala DIVA evalúa 4 dimensiones: Deambulación, Ingesta, Vestir e higiene y Afectación cognitiva. Cada dimensión se categoriza en 3 niveles: A, B, C. Los pacientes se clasifican de menor a mayor grado de dependencia y deterioro cognitivo, de 4A hasta 4C. Se evaluó el estado vital a los 12 meses del alta. Se emplearon las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y modelos de regresión de Cox para determinar factores pronóstico de mortalidad.

Resultados: Edad media de 85,5 años (DE = 6,8), 68,8% fueron mujeres. IB de 42,9 (DE = 31,3). La supervivencia a los 12 meses fue del 55,5% (IC95%: 44,7-65,0). Mayor edad, peor IB y deterioro cognitivo según TP se asociaron a mayor mortalidad. La supervivencia según la escala DIVA: Deambulación: A 78,3%; B 58,6% y C 34,7% ($p = 0,010$); Ingesta: A 78,4%; B 45,1% y C 31,6% ($p = 0,001$); Vestir e higiene: A 86,7%; B 52,1% y C 37,5% ($p = 0,003$); Afectación cognitiva: A 63,2%; B 51,2% y C 44,0% ($p = 0,424$). Según el número de B y C de las dimensiones funcionales de la escala DIVA, la supervivencia de los pacientes sin ninguna C o con 1B fue del 84,9%, del 58,3% con 2B, del 38,5% con 3B y del 41,3% con 1 o más C ($p = 0,004$). Al ajustar por edad y sexo, la escala DIVA se mantuvo como factor pronóstico independiente de mortalidad.

Conclusiones: Las dimensiones funcionales de la escala DIVA (DIV) discriminan y categorizan correctamente los pacientes en relación al riesgo de mortalidad. Comorbilidad y afectación cognitiva según DIVA no fueron factores pronósticos de mortalidad. Creemos que la escala DIVA puede ser un instrumento útil para seleccionar aquellos pacientes y así optimizar el tratamiento y asignación de recursos sanitarios en relación al riesgo de mortalidad.

OC-076. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO Y DENOSUMAB EN FRACTURA PREVIA POR FRAGILIDAD EN ANCIANOS

F.M. Sancho Camarena¹, A. Lafont Ruzafa¹, R. Cárdenas Corona², J. Martos Gutiérrez¹ y R. Cristófol Allué¹

¹Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. ²Corporació de Salut del Maresme i la Selva-Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella. Calella.

Introducción: Dos agentes antirresortivos inyectables, denosumab y zoledrónico. El denosumab es inyectado vía subcutánea (60 mg) cada seis meses. El ácido zoledrónico se administra por EV (5 mg) una vez cada año y es el más potente de los bisfosfonatos clínicamente disponibles.

nibles. El denosumab y ácido zoledrónico han demostrado ser eficaces tratamientos en osteoporosis por fractura previa. Como no hay comparación a disposición de estos dos agentes, intentaremos valorar la eficacia en casos de fractura previa en pacientes >65 años y que no respondieron a terapias previas (bifosfonatos orales, teriparatida, ranelato estroci). Hipótesis: la eficacia en prevención de fracturas del denosumab es mayor que la del ácido alendrónico en pacientes ancianos diagnosticados de osteoporosis con fractura previa.

Objetivos: Principal: determinar y comparar la eficacia del denosumab y el ácido alendrónico como tratamientos endovenosos en pacientes ancianos con fractura previa, valorados con los parámetros de remodelamiento óseo (marcadores de formación: fosfatasa alcalina, calcio) y resorción ósea como el C-telopéptido (CTX). Evaluar factor protector vitamina D asociado a tratamientos antiresortivos. Secundarios: valorar episodios de refractura secundario a caídas.

Métodos: Se incluyeron hombres y mujeres >65 años, con fractura previa no patológica. Los separamos en dos grupos (denosumab/zoledrónico). Se obtuvo una muestra aleatoria 102 pacientes grupo 1 (denosumab) y el grupo 2 (zoledrónico). Es un estudio retrospectivo desde enero 2012 hasta noviembre 2014 en pacientes con osteoporosis, que recibieron que recibieron tratamientos previos con poca efectividad en los marcadores de remodelamiento óseo, intolerancia o suspensión de tratamiento. Evaluamos los resultados del paciente alrededor de los dos años con dos dosis, y variable de eficacia analizamos C-telopéptido (CTX), fosfatasa alcalina y factor protector vitamina D. La media de los resultados fue analizada según técnica de chi cuadrado y Wilcoxon.

Resultados: Tanto el denosumab como zoledrónico, redujeron estadísticamente significativa ($p < 0,005$) el CTX, denosumab presentó una reducción de niveles CTX demostrándose que es igual de eficaz que zoledrónico para prevención de nuevas fracturas.

Conclusiones: Denosumab es una alternativa eficaz de primera elección en ancianos con fractura previa por fragilidad. Los suplementos de vitamina D en dosis recomendadas es un factor protector para nuevas fracturas en pacientes con caídas.

OC-077. FRAGILIDAD Y COSTES POR HOSPITALIZACIÓN

EN ANCIANOS DE ALBACETE: ESTUDIO FRADEA

A. Noguerón García¹, I.M. Soler Moratalla¹, I. García Nogueras¹, I. Aranda Reneo², J. Oliva Moreno², L.M. Peña Longobardo² y P. Abizanda Soler¹

¹Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. ²Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo.

Objetivos: Estimar la probabilidad de uso y el coste de recursos hospitalarios en una cohorte de ancianos empleando indicadores de fragilidad y comorbilidad.

Métodos: 830 participantes del estudio FRADEA seguidos durante tres años. Los datos sobre costes unitarios ajustados por GRDs, fueron facilitados por el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en 2012. Se analizó la probabilidad de uso de recursos mediante un modelo probit multivariante y el coste mediante regresión por mínimos cuadrados ordinarios robustos de heterocedasticidad. Como variables explicativas se emplearon los criterios de fragilidad de Fried y el índice de Charlson, ajustados por edad y sexo.

Resultados: Edad media 79,2 años, 60,6% mujeres. 63,4% no ingresaron en un hospital durante el periodo de seguimiento, 21,6% tuvo un ingreso, 7,3% dos ingresos y 7,7% tres o más. 19,3% fueron frágiles y 55,1% prefrágiles. La media del Charlson fue 1,3, presentando un 18,8% de los pacientes un valor ≥ 3 . El coste medio del total de recursos sanitarios de toda la muestra válida fue 4.958 (DE 7.090 €). Los frágiles presentaron un coste total medio de recursos sanitarios de 5.831 €, los prefrágiles 4.997 € y los no frágiles 3.850 €. Sobre el coste total medio de recursos, 3.001 € (DE 5.905 €) correspondieron a hospitalizaciones, 1.519 € (DE 2.650 €) a visitas al especialista, 228 € (DE 340 €) a urgencias hospitalarias y 47 € (DE 544 €) a costes por UCI.

Los frágiles tuvieron 16 y los prefrágiles 10 puntos porcentuales más de probabilidad de ser hospitalizados con respecto a los no frágiles. Los participantes con un Charlson ≥ 3 presentaron 23 puntos porcentuales más de probabilidad de hospitalización que aquéllos con puntuaciones < 3 . Los frágiles emplearon recursos por un importe de 1.859 € más en media que los no frágiles, y los prefrágiles emplearon 1.398 € más que los considerados no frágiles. El presentar un índice de Charlson ≥ 3 se asoció con un coste hospitalario superior en 4.574 €, en comparación con las personas con un índice < 3 .

Conclusiones: El coste hospitalario de la cohorte FRADEA ascendió a aproximadamente 4.958 € por persona durante los tres años de seguimiento. La fragilidad y comorbilidad son indicadores predictivos válidos y complementarios del coste hospitalario futuro.

OC-078. FACTORES RELACIONADOS CON LOS LÍMITES DE ESTABILIDAD MEDIDOS CON POSTUROGRAFÍA. ESTUDIO FISTAC

M. López Utiel, I. Huedo Rodenas, A. Noguerón García, I. Soler Moratalla, M.A. Herizo Muñoz, M. Esbrí Víctor y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Conocer las relaciones de los límites de estabilidad máximos con datos demográficos, funcionales, cognitivos, afectivos, farmacológicos, de rendimiento físico, fuerza y potencia muscular, otros parámetros de equilibrio y parámetros de la marcha, de pacientes incluidos en el estudio FISTAC.

Métodos: Se incluyeron 68 pacientes del estudio FISTAC. Se ha estudiado la relación de los límites máximos de estabilidad medidos con posturografía estática mediante el test de correlación de Pearson con otras variables como la edad y género, las escalas de Barthel, Lawton, FAC, Yesavage, MMSE, Charlson, MNA-SF, Gijón, fragilidad, así como polifarmacia, vitamina D, SPPB, fuerza prensora, prensa de piernas (1RM y potencia), límites de estabilidad mediante posturografía y parámetros de la marcha mediante GAITRite. Los límites de estabilidad se expresan como porcentaje sobre los teóricos para su edad.

Resultados: Edad media 78,8 años, 81% mujeres. La excursión máxima supuso un 58% de la teórica (DE 13,8). En cuanto a las principales variables estudiadas, la media de Barthel fue 92,3 (DE 7,8); Lawton 5,7 (DE 2,3); MMSE 21,8 (DE 4,5); Yesavage 5,5 (DE 3,9); nº fármacos 8,8 (DE 4,2), velocidad marcha en 4m 0,62m/s (DE 0,5); SPPB 7,5 (DE 2,6); 1RM prensa piernas 61,4 kg (DE 26,6); potencia máxima prensa de piernas 191 W (DE 90,7); FES-I 30,8 (DE 11,3). Se encontró correlación estadísticamente significativa con las siguientes variables: Edad ($r = -0,41$; $p = 0,001$); Barthel ($r = 0,28$; $p = 0,02$); Lawton ($r = 0,24$; $p = 0,05$); Fragilidad ($r = -0,32$; $p = 0,008$); SPPB ($r = 0,39$; $p = 0,001$); 1RM prensa de piernas ($r = 0,26$; $p = 0,04$). Parámetros de límites de estabilidad como tiempo de reacción ($r = -0,52$; $p < 0,001$); velocidad de movimiento ($r = 0,58$ $p < 0,001$), punto de desequilibrio ($r = -0,86$; $p < 0,001$) y control direccional ($r = 0,55$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los límites de estabilidad medidos mediante posturografía se correlacionan con otros parámetros posturográficos como el tiempo de reacción, la velocidad de movimiento, el control direccional y el punto de desequilibrio pero también con fuerza de miembros inferiores, aspectos funcionales, edad y fragilidad.

OC-079. FACTORES EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE TEMOR A CAER EN ANCIANOS. ESTUDIO FISTAC

I. Huedo Rodenas, M. López Utiel, I. Soler Moratalla, M. Martínez Reig, M. Esbrí Víctor, G. Sánchez Nievas y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos: Conocer los factores asociados de manera ajustada al Síndrome de Temor a Caer (STAC) medido con la Falls Efficacy Scale - International (FES-I), en pacientes incluidos en el estudio FISTAC.

Métodos: 52 pacientes del estudio FISTAC con valores válidos de las variables de estudio: edad y género, escalas de Barthel, Lawton, FAC, Yesavage, MMSE, Charlson, MNA-SF y Gijón, fragilidad (criterios Fried), así como polifarmacia, niveles de vitamina D, SPPB, fuerza prensora, prensa de piernas (1RM y potencia), límites de estabilidad mediante posturografía y parámetros de marcha mediante GAITRite. La asociación entre estas variables con la escala FES-I se determinó mediante correlación y regresión lineal múltiple.

Resultados: Edad media 78,7, 80,8% mujeres. Escala FES-I 31,4 (DE 11,2; rango 16-54). 67% presentaron STAC según FES-I. Media de Barthel 92,1 (DE 7,8); Lawton 5,8 (DE 2,3); MMSE 21,6 (DE 4,5); Yesavage 5,3 (DE 3,8); nº fármacos 7,9 (DE 3,9); velocidad marcha en 4m 0,63 m/s (DE 0,49); SPPB 7,8 (DE 2,7); 1RM prensa piernas 67,3 kg (DE 24,1); potencia máxima prensa de piernas 150,9 W (DE 86,5); excursión máxima de límites de estabilidad 56,9% (DE 15). El modelo de regresión lineal múltiple con las variables con correlación significativa, presentó una r^2 corregida de 0,721. Las variables con asociación independiente con la FES-I fueron: Barthel (B = -0,71, IC95% -1,0 a -0,3, p < 0,001), Lawton (B = 1,32 IC95% 0,01 a 2,63, p < 0,05), FAC (B = 9,75, IC95% 3,9 a 15,6, p = 0,002), Yesavage (B = 0,76; IC95% 0,17 a 1,34, p = 0,01), 1RM prensa piernas (B = -0,16, IC95% -031 a -0,01, p < 0,05), mareos/vértigos (B = 6,02, IC95% 1,89 a 10,16, p = 0,006), límites estabilidad máximos (B = -0,5, IC95% -0,82 a -2,18, p = 0,003), punto de desequilibrio (B = 0,38, IC95% 0,03 a 0,73, p = 0,04); potencia máxima global (B = 0,16, IC95% 0,06 a 0,26, p = 0,003).

Conclusiones: El STAC en ancianos, medido por la escala FES-I, se relaciona con parámetros físicos como la fuerza y potencia muscular en prensa de piernas, con los límites de estabilidad, con parámetros funcionales (Barthel, Lawton y FAC), con la escala Yesavage, y con la presencia de mareos.

OC-080. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CONTROLADO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO PARA MEJORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS (AGECAR)

M. López Tatis, M. Hidalgo Gamarra, M. Javier, M. Valades Malagón, N. Bustamante, J.A. Serra y J. Ortiz Alonso
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: El Activity in Geriatric Acute Care (AGECAR) es un ensayo clínico aleatorizado y controlado que estudia la eficacia de un programa de ejercicio intrahospitalario sobre la capacidad funcional. Datos preliminares (2014) sugerían mejoría funcional durante la hospitalización con este ejercicio. Ahora se muestran datos finales del estudio con seguimiento a los 3 meses.

Métodos: 282 pacientes > 75 años, dados de alta vivos, con independencia en al menos una ABVD previa al ingreso, fueron aleatorizados a grupo de intervención (GI; N = 153) o control (GC; N = 129). El GI recibió sesiones de fortalecimiento de miembros inferiores y caminatas. El GC recibió el tratamiento usual. La variable principal era la evolución longitudinal de las ABVDs (escala continua de 0-6), medida basalmente, al ingreso, al alta y a los tres meses y comparada entre ambos grupos mediante ANOVA con medidas repetidas (MR); la proporción de pacientes que recuperan las ABVDs basales, se comparó mediante la chi cuadrado.

Resultados: Ambos grupos fueron similares en edad (88 vs 88 años), sexo femenino (68% vs 54%), Í. Charlson (6,8 vs 6,8), APACHE II (15 vs 15). El GI tenía más demencia (30% vs 13%), depresión (33% vs 18%), y fragilidad (65% vs 54%). Basalmente, el nº de ABVDs independientes era menor en el GI (3,7 vs 4,4). La recuperación de las ABVDs al alta fue mayor en el GI (58% vs 43%; p < 0,018), pero similar a los 3 meses (54% vs 49%; p 0,169). ANOVA con MR muestra interacción tiempo y grupo (p = 0,026), secundario a la mejoría de las ABVDs entre el ingreso y el alta en el GI (2,47 a 3,20 vs 2,88 a 2,99; p = 0,006). A los 3 meses, la media estimada permanecía mejor en el GI, pero no significativa.

Conclusiones: Un programa intrahospitalario de fortalecimiento de miembros inferiores y deambulación mejora la situación funcional al alta en pacientes ancianos. Esta mejoría se reduce a los tres meses. Es necesario estudiar si prolongar este ejercicio al alta hace perdurar esta mejoría.

OC-081. PERFIL DE LOS PACIENTES CENTENARIOS ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

P. Gil Gregorio¹, J. Martín¹, A. Hormigo², C. Bermejo³, G. Jiménez⁴, J. Rodríguez Salazar⁵ y C. Fernández¹

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital La Paz. Madrid. ³Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. ⁴Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ⁵Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Objetivos: Determinar las características clínicas de pacientes centenarios atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios.

Métodos: Estudio multicéntrico analítico observacional de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 99 años atendidos en los Servicios de Urgencias de cinco hospitales de la Comunidad de Madrid (N: 209). Se recogen variables demográficas (edad, género), comorbilidad (índice de Charlson), número de fármacos, situación funcional, cognitiva y social, presencia de grandes síndromes geriátricos, motivo consulta a urgencias, realización de procedimientos invasivos, mortalidad intrahospitalarias. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias, la cuantitativas con media y desviación estándar. Se utilizó el test de la mediana o de ANOVA para el análisis de variables cuantitativas y la ji cuadrado o la prueba exacta de Fischer para las cualitativas. Paquete estadístico SPSS19.0.

Resultados: N = 209, 161 mujeres (77%). Edad media 104,3 ± 2,1. El 37,3% presentaban comorbilidad grave (Í. Charlson ≥ 3). Número de fármacos 5,1 ± 3,2. Grandes síndromes geriátricos: El 91% presentaban algún síndrome geriátrico: s. de inmovilidad: 53,1% deterioro cognitivo: 47,8. Motivo de consulta: disnea: 26,5%, caídas, 12,4. fiebre: 9,6. El 53,1% ingresaron y en el 8,1% se realizó algún procedimiento diagnóstico invasivo. El 20,1% de los pacientes fallecieron durante su ingreso y el 11% preciso traslado a centro de apoyo.

Conclusiones: 1) Población centenaria presenta alto grado de comorbilidad y deterioro funcional 2) Una alta mortalidad durante el ingreso hospitalario 3) La polifarmacia se mantiene en edades muy avanzadas.

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

OS1: Cuidados

OS-001. CUIDAMOS CONTIGO. PROYECTO PILOTO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA EN EL DISTRITO DE CHAMBERÍ (MADRID) MEDIANTE GESTIÓN DE CASOS

P. Castejón Villarejo, A. García y P. Rodríguez
Fundación Pilares. Madrid.

Introducción: Proyecto destinado a ofrecer soluciones integrales y personalizadas a personas en situación de dependencia y sus familias, mediante un conjunto de intervenciones diseñadas para lograr

continuidad en la atención, coordinación entre distintos apoyos formales e informales, y la optimización de la relación de cuidado que acontece en los hogares. La Fundación Pilares desarrolla este proyecto en partenariado con ASISPA, con el apoyo de la Subdirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, la Comunidad de Madrid y gracias a la colaboración económica de Obra Social La Caixa. Acontece en el distrito madrileño de Chamberí, y de él se benefician de manera directa 30 personas en situación de dependencia, así como las implicadas en su cuidado.

Objetivos: Obtener mejoras en la calidad de vida de las personas con necesidad de apoyo y sus cuidadores/as, facilitar la permanencia en el domicilio y en la comunidad el mayor tiempo posible.

Métodos: Desde el marco de la Atención Integral y Centrada en la Persona, la metodología puesta en práctica en la intervención es la de gestión de casos. La evaluación pre-post diseñada para recoger evidencia del impacto de la intervención según los objetivos planteados, se realiza a través de la valoración integral que incorpora entre las áreas a evaluar la dimensión emocional a través de herramientas como la CES-D 20, índice CASP-12, Qualid o un cuestionario ad hoc inspirado en la GENCAT. También se lleva a cabo la elaboración de historias de vida, para conocer en profundidad la situación de la persona que necesita apoyos.

Resultados: Aún no se cuenta con resultados por estar desarrollándose la intervención en los hogares.

Conclusiones: Una atención domiciliaria que incorpora formación, asesoramiento y acompañamiento a los cuidados, mejora la calidad de vida de las personas así como la costeeficiencia de los sistemas de atención, pues se asocia a un descenso en el consumo de recursos sanitarios y evita institucionalizaciones no necesarias.

OS-002. CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER ADULTA MAYOR RELACIONADA CON EL CUIDADO DE LOS NIETOS

A. Luna Sarmiento, C. Carrasco Dajer y C. Arechabala Mantuliz
Universidad de Santiago de Chile. Santiago de Chile.

Los objetivos fueron explorar si existía relación entre las características sociodemográficas, la actividad del cuidado de los nietos y la calidad de vida de las adultas mayores. Caracterizar socio-demográficamente la población en estudio. Describir la actividad del cuidado de los nietos. Describir la calidad de vida de las abuelas cuidadoras. Establecer si existían asociaciones entre las variables socio-demográficas y la actividad del cuidado. Establecer si existían relaciones entre las variables socio-demográficas y la calidad de vida. Identificar la relación de la actividad del cuidado y la calidad de vida de las abuelas. Tipo del estudio cuantitativo, exploratorio, correlacional y de corte transversal. Tamaño de la muestra fue 123 participantes. Muestreo fue por conveniencia. Criterios de inclusión: ser mujer mayor de 65 años, tener bajo su cuidado nietos menores de 18 años. Criterios de exclusión: adultas mayores que presentaran incapacidad cognitiva. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario SF 12 y un cuestionario que fue elaborado, para caracterizar la población en estudio. Entre sus resultados se encontró que el mayor porcentaje de las abuelas tenían entre de 60 a 75 años, su nivel educacional es básico incompleta, no reciben ingreso, cuida en promedio a un nieto con un máximo de cinco, el motivo por el cual asumió el cuidado de los nietos fue por el trabajo de los padres, perciben el cuidado como una forma de ayudar a los hijos, se encuentran muy satisfecha, no perciben agotadora la actividad, aumento su autoestima, la mayoría se siente útil, aumentaron las consultas médicas y le limita su actividad social el cuidar nieto, más de la mitad de la muestra presentó una buena calidad de vida, según las dimensiones de esta, están peor en su vitalidad, en el dolor corporal y en su salud mental, en las demás dimensiones se encuentran mejor. Existe relación con la calidad de vida y el motivo por el que ha asumido el cuidado y se relaciona negativamente con

las consecuencias negativas del cuidado de los nietos. Se concluye que algunos ámbitos de cuidar los nietos tienen relación con la calidad de vida de las mujeres mayores cuidadoras.

OS-004. PERDÓN Y PROBLEMAS DE CONDUCTA EN FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA. "EN LO BUENO Y EN LO MALO... EN LA SALUD Y EN LA ENFERMEDAD"

J. López¹, A. Losada², R. Romero-Moreno², V. Fernández-Fernández¹, C. Nogales-González² y M. Márquez-González³

¹CEU San Pablo. Madrid. ²URJC. Alcorcón. ³UAM. Madrid.

Introducción: Las conductas disruptivas en personas con demencia generan con frecuencia gran malestar en los cuidadores. El perdón es un conjunto de cambios motivacionales por los cuales una persona se vuelve progresivamente más motivada para la benevolencia y el deseo de reconciliarse con el ofensor, pese a las acciones de esa otra persona. Por tanto puede ser un factor moderador en esta relación. El objetivo del estudio es analizar el efecto moderador del perdón del cuidador en la relación entre la frecuencia de comportamientos disruptivos del enfermo con demencia y el malestar que estos comportamientos provocan en el cuidador en función del parentesco entre cuidador y persona cuidada.

Métodos: Se realizaron 89 entrevistas individuales a cuidadores familiares de personas con demencia (39 esposos y 50 hijos). Se evaluaron variables sociodemográficas y contextuales de la relación de cuidado, frecuencia y malestar asociado a los problemas de conducta, capacidad de perdón del cuidador. Se dividió a los participantes en dos grupos en función del parentesco (esposos e hijos). Para analizar la moderación se siguieron los criterios indicados por Baron y Kenny (1986) y para analizar la naturaleza de la relación se llevaron a cabo análisis post-hoc siguiendo el procedimiento descrito por Holmbeck (2002).

Resultados: Los cuidadores muestran una tendencia a la significación estadística ($p = 0,097$) cuando se analiza el papel moderador del perdón sobre la influencia de las conductas disruptivas sobre el malestar que éstas generan. Sin embargo, el perdón actúa como moderador de forma estadísticamente significativa, en esta relación específicamente en los esposos de los enfermos con demencia ($p < 0,005$). Los cuidadores esposos sometidos a altos niveles de frecuencia de conductas disruptivas y con altos niveles de perdón presentan significativamente menores niveles de malestar asociado a problemas de conducta en comparación con aquellos esposos con baja capacidad de perdón.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la capacidad de perdonar tiene un importante impacto en el grado en el que los problemas de conducta asociados a la demencia generan malestar en el cuidador. Igualmente, confirman la importancia de tener en cuenta la relación de parentesco, puesto que este efecto se ha observado exclusivamente en esposos.

OS-005. INTERVENCIÓN MODULAR GUIADA POR ANÁLISIS FUNCIONAL PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA

M. Márquez González¹, A. Losada Baltar², R. Romero Moreno², J. López³, C. Nogales², V. Fernández³ y L. Gallego-Alberto²

¹Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ²Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. ³Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Introducción: El cuidado familiar de personas con demencia se asocia a importantes niveles de malestar psicológico en los cuidadores. De acuerdo con el modelo de estrés y afrontamiento, las variables que afectan al malestar son diversas y varían entre individuos. Hipotetizamos que una intervención dirigida a las necesidades individuales de los cuidadores reducirá de forma significativa su malestar.

Objetivos y métodos: En el presente trabajo se describirá la intervención modular guiada por análisis funcional (MAF), de 8 sesiones. A través de esta intervención se pretende ofrecer a los cuidadores entrenamiento en aquellas áreas que mejor explican funcionalmente el mantenimiento de su malestar. Se presentan además datos preliminares de 11 casos que fueron asignados aleatoriamente a MAF en el contexto de un estudio de intervención controlado. Se ha evaluado la sintomatología depresiva y la ansiedad a través de las escalas CES-D y POMS, respectivamente. La metodología MAF se describe a través del análisis de casos únicos.

Resultados: Los participantes en MAF muestran una reducción significativa en sintomatología depresiva ($t = 4,08$; $p < 0,002$; $d = 1,07$) y una tendencia a una reducción significativa en ansiedad ($t = 1,88$; $p < 0,09$; $d = 0,64$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que la intervención MAF puede reducir de forma significativa y con tamaños del efecto elevados el malestar de los cuidadores. Se discuten aspectos relativos a la implementación de la intervención.

OS-006. DIFERENCIAS EN DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DEL CUIDADOR FAMILIAR DE PERSONAS CON DEMENCIA EN FUNCIÓN DE PROBLEMAS DE CONDUCTA DISRUPTIVOS ESPECÍFICOS Y DEL PARENTESCO

C. Nogales- González¹, A. Losada¹, R. Romero-Moreno¹, M. Márquez-González², V. Fernández-Fernández¹, J. López³ y L. Gallego-Alberto¹

¹Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. ²Universidad Autónoma de Madrid. Cantoblanco. Madrid. ³Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Introducción: Las conductas disruptivas en personas con demencia se han asociado con consecuencias negativas para la salud física y psicológica del cuidador familiar. Hasta donde sabemos, no hay estudios que analicen la relación entre la frecuencia y reacción de comportamientos disruptivos específicos y el malestar psicológico del cuidador en función del parentesco.

Métodos: Se llevaron a cabo 307 entrevistas a cuidadores familiares de personas con demencia. Se evaluaron variables sociodemográficas y contextuales de la diada, sintomatología depresiva y ansiedad del cuidador, frecuencia y reacción de problemas de conducta y capacidad funcional de la persona cuidada. Se dividió a los participantes en cuatro grupos en función del parentesco (29,1% esposas; 13,2% esposos; 41,7% hijas y 8,1% hijos). Se analizaron diferencias entre los cuatro grupos a través de ANOVAs y pruebas de independencia y se realizaron análisis de regresión con el objetivo de analizar qué comportamientos específicos explican mayores niveles de malestar en función del parentesco.

Resultados: Las esposas mostraron los mayores niveles de malestar, seguidas por las hijas. Ninguna conducta disruptiva explicó por sí sola un porcentaje significativo de la sintomatología depresiva y de ansiedad en esposas e hijos. Sin embargo, "destrozar la propiedad", "realizar conductas potencialmente peligrosas para él mismo u otros" y "discutir" explicó la sintomatología depresiva en los esposos e "intentar dañar a otros" y horas diarias dedicadas al cuidado explicó la sintomatología depresiva y de ansiedad en las hijas.

Conclusiones: Los resultados sugieren la importancia de considerar la relación de parentesco para entender el malestar en el cuidador familiar cuando la persona cuidada presenta problemas de comportamientos disruptivos.

OS-007. MODELO DE SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO PECEF Y APOYO A LA PERSONA CUIDADORA

M. Leturia, E. Aldaz, A. Uriarte, J. Iribar, Z. Benedicto, M. Sancho y E. Allur
Matia Fundazioa-Matia Instituto Gerontológico. San Sebastián.

Objetivos: La PECEF se ha convertido en la prestación más asignada del catálogo de la Ley de Dependencia, aun planteándose como excepcional en el texto legislativo. Diseñar un modelo de seguimiento y el procedimiento para llevarlo a cabo en los casos de personas que son perceptoras de la PECEF. Se trataría así de garantizar la intensidad de los cuidados, la calidad de la atención, el ejercicio adecuado del rol de cuidador, así como que el entorno y contexto reúnen las condiciones suficientes.

Métodos: Se identificó una muestra de 320 personas residentes en dos municipios de Guipúzcoa perceptores de PECEF sin otro servicio formal, antigüedad en la prestación previa al 2011, grado de dependencia III y II, y especialmente aquellas con cuidador/a principal de 75 y más años. Se realizó una entrevista domiciliaria, estructurada con un cuestionario, con el fin de conocer el grado de adecuación de la prestación. Se analizaron las respuestas obtenidas en relación con la persona cuidadora, persona dependiente y vivienda.

Resultados: Las familias perceptoras no presentan una relación estable con los servicios sociales. La tercera parte de los casos presentan alguna dificultad en el entorno de vida, accesibilidad, con relación a los apoyos que prestan a la persona dependiente. La intensidad de los cuidados que se requiere exige por parte de la cuidadora una dedicación directa o indirecta de jornada completa. No se expresa una sobrecarga de cuidados intensa en general. Se identifican consecuencias leves en la disminución de relaciones sociales y familiares, en la salud y en el área emocional. Se aprecia un reconocimiento del rol que ejerce la cuidadora familiar en su entorno más cercano y se constata las preferencias de las personas en permanecer en su domicilio.

Conclusiones: Es necesario sistematizar y generalizar un modelo que contemple el proceso global desde el acceso al sistema, la asignación de un servicio o prestación y el posterior seguimiento del caso para adecuar los itinerarios de atención. En los casos de perceptores PECEF la visita al domicilio es una acción del profesional de referencia clave para garantizar la adecuación de la prestación, intervención que las familias agradecen.

Proyecto impulsado y financiado por la Diputación Foral de Guipúzcoa, gestor de la prestación, en colaboración de los Ayuntamientos de Irún y Arrasate.

OS-008. PREFERENCIA Y RECEPCIÓN DE CUIDADO ENTRE LOS ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA

M.A. Molina Martínez¹, G. Fernández-Mayoralas¹, V. Rodríguez-Rodríguez¹, F. Rojo-Pérez¹, M.E. Prieto-Flores² y M.J. Forjaz³

¹IEGD-CSIC. Madrid. ²UNED. Madrid. ³ENS-ISCIII.

Objetivos: En el contexto de las consecuencias del envejecimiento sobre el deterioro funcional y la dependencia, el objeto es examinar la relación entre variables socio-demográficas y la preferencia y la recepción de cuidado en adultos-mayores.

Métodos: Se analizaron datos transversales procedentes del "Estudio Longitudinal Envejecer en España" (piloto ELES, $n = 1.086$ casos ponderados, de 50 años o más, no institucionalizados) (Proyecto 'Estudio Longitudinal Envejecer en España' [Plan I+D+i Ref.CSO2011-30210-C02-01]. www.proyectoel.es). Se realizaron pruebas chi cuadro para examinar la asociación entre las variables socio-demográficas (sexo, edad, nivel de ingresos, estado civil, convivencia, número de hijos/as, sexo de los hijos, proximidad de los hijos/as) y el tipo de ayuda preferida y recibida ("informal" si es ayuda familiar o de amigos, "formal" si es ayuda pública o privada o "ambas" si es una combinación de los dos tipos). Se llevaron a cabo regresiones logísticas multinomiales sobre la preferencia y la recepción de cuidado usando las variables socio-demográficas como independientes.

Resultados: El 43,1% de los adultos mayores prefiere una combinación de cuidado formal e informal, encontrando diferencias significativas por sexo, edad, estado civil, convivencia, número de

hijos/as, y proximidad de los hijos/as ($p < 0,05$). El 10,9% recibió ayuda en las actividades básicas de la vida diaria y, de estos, el 55% recibió ayuda informal exclusivamente. Se hallaron diferencias significativas en el tipo de cuidado recibido según forma de convivencia y proximidad de los hijos/as. Los modelos de regresión mostraron que: a) la probabilidad de preferir cuidado formal vs informal varía en función de sexo (menor si hombre), edad (mayor si aumentan los años), convivencia (mayor si vive solo) y número de hijos (mayor si no tiene); b) La probabilidad de recibir cuidado formal frente a recibir ambos tipos de cuidado varía en función de la proximidad de los hijos (mayor si no hay hijos próximos).

Conclusiones: En la actualidad, la preferencia de cuidado se basa en una combinación de ayuda informal y formal, sin embargo predomina el cuidado informal. Los cambios en las formas de organización familiar podrían hacer más necesarios los recursos formales. Se requieren estudios longitudinales para comprobar esta hipótesis.

OS-009. 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
UDP. Madrid.

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 favorecía 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 (Echeburúa EI). Se utilizaron pruebas t para muestras relacionadas para comparar los resultados pre y posttratamiento 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.

OS2: Autonomía y centros

OS-010. ALDATUZ: ¿ES POSIBLE HACER ALGO DIFERENTE EN UN CENTRO ASISTENCIAL PÚBLICO?

E. Arza Iturrino, I. Ortega Santos, I. Gómez Castander, L.M. Rodríguez Madariaga y J.M. Villalonga Duarte
Instituto Foral de Asistencia Social Elorrio. 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 las personas usuarias: 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 las personas usuarias con dificultad de movilización mediante el aumento de actividades de fisioterapia y la colaboración del personal de atención directa.

Resultados: Eliminación de un 66% de uso de barras en camas y un 100% de las sujeciones en silla y cama, aumentando un 48,26% las actividades de fisioterapia. Aumento de las actividades de entretenimiento con un mantenimiento de test de Lobo y test de Barthel en la población que vive en el centro desde el 2012. Disminución de las caídas graves y moderadas. Se objetiva en el personal, 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 las personas usuarias (4,37/5 frente a 3,95/5 del 2013).

Conclusiones: Con la implantación de la norma Libera-Ger se está 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 las personas usuarias. El aumento de la estimulación genera una mejora global de la persona usuaria. Así mismo, se da un aumento de la implicación del personal con una mejora de la satisfacción profesional, aunque existe una mayor implicación emocional.

OS-011. PROGRAMA "YO ELIGO" HERRAMIENTAS PARA FAVORECER LA AUTONOMÍA PERSONAL EN SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES

B. Álvarez de la Fuente
Residencia para Mayores Los Royales. Soria.

Desde la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, los servicios dedicados a la atención y asistencia de personas mayores, ofrecen una atención integral con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal. En los Servicios para personas mayores de Estancias Diurnas y Residenciales, se pretende promover y fomentar la autonomía personal. Objetivo el cual en muchos casos, sobre todo cuando hablamos de personas con demencia, queda supeditado al criterio profesional. Para fomentar la participación activa en las decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las preferencias propias (asistir al centro, participación familiar o no, elección de personal de referencia, participación en actividades), o cómo desarrollar las actividades básicas de la vida diaria de las personas con demencia, hemos desarrollado el programa "YO ELIGO..." basado en Modelo Atención Centrado en la Persona. El objetivo general de este programa es dotar a las personas usuarias, de las herramientas necesarias que les facilite la toma de decisiones sobre su atención, adaptándolas a su grado o nivel de autonomía. Así todas

las personas decidan (de diferente modo y con diferentes tipos de apoyo según su autonomía; apartado que se pretende ampliar en la mesa en caso de ser seleccionada la propuesta) como quieren ser atendidas, si quieren o no, o de qué manera participar en las actividades que se les oferta, siendo estas opciones posibles, reales y con el compromiso de las organizaciones de cumplirlas. En el día a día, para llevar a cabo esta práctica hemos ido adaptando estas herramientas a personas con: Alto grado de autonomía: participación espontánea (hojas de marcación directa, entrevistas, preguntas abiertas, comunicación verbal: oral o escrita...). De la autonomía a la heteronomía: invitar a probar, dar opciones, observar... (fotografías, pictogramas, comunicación no verbal: gestual, corporal, miradas...). Heteronomía: grupo de apoyo, historia de vida, observación... Esta práctica llevada a cabo diariamente en estos servicios está dotando a las personas usuarias el "poder" de ser atendidos como ellos desean respetando sus gustos y preferencias.

OS-012. ELABORACIÓN DE UNA ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES

I. Ancizu García¹, R. Vaca Bermejo¹, F. Torralba Roselló², J. Tomás Sábado³, J. Pascual Torramadé¹ y M.D. Fontanals de Nadal¹
¹SARquavita. Barcelona. ²Universitat Ramon Llull. Barcelona. ³Escola Universitària Gimbernat. Sant Cugat del Vallès.

Objetivos: Desarrollar y validar una Escala para la Evaluación de la Competencia para la Toma de Decisiones que permita identificar el nivel de competencia de las personas en situaciones concretas.

Métodos: Un total de 93 usuarios de 25 centros SARquavita, procedentes de toda España, participaron en el proceso. Se realizó un análisis de las correlaciones entre la puntuación de la Escala con otras variables clínicas, como el Estado de Deterioro Global, el estado cognitivo y funcional o la valoración de los profesionales sobre el nivel de competencia de las personas entrevistadas; así como un análisis factorial exploratorio y de la consistencia interna de la Escala.

Resultados: La muestra estaba formada por 93 sujetos, 52 mujeres (55,99%) y 41 hombres (44,1%), con una edad media de 79,63 (dt = 10,48) años y un rango de edad de 52 a 101 años. La correlación entre la puntuación total de la escala y el total de preguntas de valoración del evaluador es de $r = 0,765$ ($p < 0,01$). No se alcanza significación estadística con ninguna variable más. En el análisis factorial exploratorio se concluyó que la solución más coherente y parsimoniosa es la formada por cuatro factores que, en su conjunto, explican el 53,33% de la varianza total previa eliminación de uno de los ítems propuestos originalmente. De esta forma, la Escala queda constituida por 21 ítems, con un alfa de Cronbach de 0,704. Los cuatro factores resultantes del análisis factorial presentan un coeficiente de consistencia interna de 0,851; 0,793; 0,623; y 0,641 cada uno de ellos.

Conclusiones: Los resultados obtenidos apoyan la utilización de la escala por profesionales asistenciales en casos en los que existe alguna duda sobre la competencia de las personas atendidas en procesos de toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a su vida. Consideramos que instrumentos como el que aquí se presenta pueden resultar muy útiles para empoderar a los usuarios de servicios residenciales al facilitar la detección de casos de paternalismo asistencial que limitan la autonomía o aquellos de autonomismo asistencial que conducen, en muchos casos, a la toma de decisiones que no responden a los deseos y preferencias de las personas.

OS-014. EXPERIENCIA EN EL DISEÑO Y CREACIÓN DE MATERIAL DE MANTENIMIENTO DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA MAYOR

S. Esqué Boldú
 Universitat d'Andorra. Principat d'Andorra.

Introducción: Los cambios que genera el proceso de envejecimiento necesitan la implicación de todos los agentes, desde la gestión, la práctica asistencial y la docencia. Desde la docencia, perspectiva del

estudio, se quiere implicar a los estudiantes en la responsabilidad del mantenimiento de la autonomía. Se valoran los conocimientos previos y se evidencia la necesidad de aprender. Se analiza la situación actual y se determina la necesidad de contribuir con la propuesta de aportaciones. Se completa con el diseño y creación de materiales para el mantenimiento y estimulación de las personas mayores. Se encuadra en la asignatura *Enfermería gerontológica y geriátrica* de los estudios de primer ciclo de enfermería.

Objetivos: 1. Diseñar actividades para identificar, mantener las capacidades y potenciar la autonomía de las personas. 2. Conocer los recursos disponibles para la aplicación en situación real.

Métodos: Desde la investigación-acción se permite, a partir del análisis inicial, plantear propuestas para conseguir una mejora. Permite comprender la realidad, identificar la posibilidad a nivel social y aumentar el conocimiento a los agentes involucrados en el estudio, los estudiantes y el tutor. Los instrumentos utilizados en el estudio son: 1) Encuesta: para el análisis de conocimientos: inicial (para valorar los conocimientos previos, antes de la actividad), al finalizar el diseño y creación y aplicación al aula de la actividad (para valorar los conocimientos adquiridos, conocer el valor que ha supuesto esta oportunidad y conocer la vivencia). 2) Guía de la actividad y rúbrica de evaluación: para el diseño y creación de la actividad, se permite al estudiante elegir el tema y se evalúa (1) a través de coevaluación entre estudiantes y (2) evaluación cuantitativa y cualitativa por parte del profesor-tutor, a través de una rúbrica.

Resultados: Los resultados muestran las calificaciones obtenidas en relación a los criterios de evaluación, así como la calidad y variedad de los trabajos. Además, se incorporan las valoraciones de los profesionales de los centros donde se han implementado las actividades.

Conclusiones: La importancia de la consistencia y coherencia en el planteamiento de la actividad, la implicación de los estudiantes y la necesidad de tutorización.

OS-015. "YO LO VEO NORMAL, PERO MUCHOS DE MIS COMPAÑEROS SE ESCANDALIZARÍAN": ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES ANTE LA MASTURBACIÓN EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

F. Villar, R. Serrat, M. Celdrán y J. Fabà
 Universidad de Barcelona. Barcelona.

Objetivos: El presente estudio examina las actitudes que diferentes perfiles de profesionales que trabajan en residencias de personas mayores sostienen ante la masturbación de los residentes.

Métodos: Participaron en el estudio 53 profesionales (48 mujeres, 5 hombres) de entre 22 y 63 años que trabajaban en cinco residencias de la ciudad de Barcelona. 23 eran gerocultores, 30 técnicos (enfermeros, psicólogos, educadores, terapeutas ocupacionales) y personal de gerencia. Se les presentaron diferentes escenas con situaciones relacionadas con la sexualidad de los residentes. En este estudio se analizan las respuestas a una escena en la que el profesional sorprende a un residente masturbándose. Las preguntas fueron: 1. qué pensaría; 2. Cómo gestionaría la situación; 3. Cómo cree que reaccionarían sus compañeros. Las respuestas se sometieron a un análisis de contenido.

Resultados: La mayoría de los participantes (60%) piensa que la masturbación es un comportamiento aceptable y natural. Sólo una minoría muestra sentimientos de sorpresa o vergüenza. En coherencia, prácticamente ninguno de ellos interferiría en la situación. Algunos participantes (especialmente técnicos y gestores) pedirían disculpas al residente, mientras que otros (especialmente los/as gerocultores) optaría por informar a compañeros o a hablar con el residente. Los participantes atribuyen en muchos casos a los compañeros una actitud negativa ante la situación, ya sea reprimiéndola o burlándose de ella. Las respuestas que atribuyen una reacción de aceptación son menos de la mitad, cuando en las dos primeras preguntas eran ampliamente mayoritarias.

Conclusiones: Aparentemente, la masturbación de los residentes es un comportamiento ampliamente normalizado y aceptado por los profesionales. Sin embargo, si observamos con más detalle las respuestas, es un comportamiento que tiende a ocultarse y sobre el que no existe una respuesta homogénea. Las actitudes de rechazo aparecen cuando las personas reflexionan no sobre su propia actitud, sino sobre los demás, lo que indica que las actitudes normalizadoras pudieran ser en parte fruto de un sesgo de deseabilidad social. En este caso los derechos sexuales de los residentes se verían seriamente coartados, especialmente en un comportamiento, la masturbación, que es el más accesible para muchos residentes sin posibilidades de expresar sus impulsos sexuales por otros caminos.

OS-016. ANÁLISIS, EVOLUCIÓN Y REFLEXIONES TRAS 8 AÑOS DE LEY DE DEPENDENCIA

Grupo de Trabajo Ley de Dependencia SEGG y M.A. García Antón
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela.
Madrid.

Objetivos: Analizar evolución de 8 años de la Ley, identificando modificaciones y deficiencias. Elaboración de plan con propuestas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de datos publicados IMSERSO sobre la Ley entre 2007-2014. Variables: se analizaron: solicitudes registradas, perfil persona solicitante, grados, dictámenes, beneficiarios con derecho a prestación, beneficiarios percibiendo prestación; servicios, prestaciones económicas.

Resultados: Solicitantes: 9.722.125 Diciembre 2014. Mayores 65 años 77,4% (70,54% mujeres). Mayores 80 años 67,18%. Solicitudes registradas 9.722.125, con dictamen 8.959273 (92,15%). Dependientes grado III: 32,42%, grado II: 29%. Con derecho prestación: 66,41%, percibiendo prestación: 46,78%. Residencia 787.635 (15,18%), SAD 676.604 (13,04%), Teleasistencia 618.676 (12%), CD 351.883 (6,78%). Prestación Económica Vinculada Cuidados Entorno Familiar (PECEF): 2.380.813 (45,9%), Se identifica un descenso de 52462 entre 2012 y 2014. Prestación Económica Vinculada a Servicios: 371.718 (7,16%). Aumento de 8934 entre 2012 y 2014. Modificaciones Ley: más de 30 Reales Decretos y/u órdenes.

Conclusiones: Las múltiples modificaciones de la Ley han originado importantes reducciones e incompatibilidades en el Catálogo de Servicios. Las deficiencias en su aplicación conllevan retrasos importantes en el acceso a la prestación otorgada. Aunque la PECEF es la más solicitada; la reducción de las cuantías económicas y la eliminación del pago de las cuotas de Seguridad Social a cuidadores, explican el descenso de estas prestaciones. El alto porcentaje de dependientes mayores de 80 años obligaría a establecer mecanismos de asignación extraordinaria y Servicios Transitorios para situaciones especiales y mayor rapidez en la concesión de servicios/prestaciones. Es necesario establecer un plan de formación reglada para cuidadores que garante el cuidado de dependientes en entorno familiar. Propuestas de mejora: el SAAD debería facilitar datos más pormenorizados de la situación real que permitan realizar una planificación y asignación de recursos más adecuada: perfil de dependientes según sexo, edad y grado en relación a beneficiarios con derecho a prestación, tipo de servicios que perciben y prestaciones económicas, especificando a qué servicio se vinculan y que permitan realizar una planificación y asignación de recursos más adecuada. Se precisa una política homogénea y un órgano que corrija y oriente a las CCAA para garantizar un proceso similar en todas.

OS-017. INTERVENCIÓN EN SITUACIÓN AFECTIVA

EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

J.C. Heredia Pons, I. Bueno, M.D.L.O. Domínguez, P. Fabregat,
E.M. Nieto, C. Muñoz y A. Solano
Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Perfil de paciente > 85 años valorado en CCEE Geriátrica Centro Socio sanitario (CSS). Describir situación funcional, afectiva y cognitiva de estos. Valorar efecto de intervención afectiva en la percepción global de salud.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes > 85 años de CCEE Geriátrica de CSS desde 2008 a 2014. Muestreo aleatorio simple con variables sociodemográficas. Motivo y origen de derivación. Situación funcional, afectiva, clínica (comorbilidad) y cognitiva. Fragilidad: pérdida de peso, prensión (fuerza), velocidad de marcha. Síndromes geriátricos, polifarmacia. Intervención y evolución.

Resultados: N = 82, 65,9% mujeres. Edad: $87,6 \pm 2,2$ años (13,4% > de 90 años). Rural: 62%. Estudios: 52,4% básicos. Profesión predominante: agricultor y ama de casa. 65,9% viudo, 29,3% casado. Cuidadores: 59% hijos, de ellos 10% con conyuge. 70,7% consultan por pérdida de memoria, 58% trastorno de conducta. En 86,6% se inicia estudio deterioro cognitivo. 72% derivado Atención Primaria. 56% antecedente de depresión. IB: $77 \pm 2,1$. Comorbilidad: 80% HTA, 25% DM, 47% DLP, 31,7% neurológicos, 6% psiquiatría, 12% renal, 12% neoplasia, 41% cardiopatía. Síndromes geriátricos (SG): 60% incontinencia urinaria, 65% sin trastornos sueño, 35% problemas sensoriales significativas, 35% disfagia, 70% trastorno afectivo, 47% marcha con ayuda, 47% caídas. MEC: 20 ± 1 . Lawton: 2, Yesavage 5, IMC: $25,7 \pm 4,8$. Fragilidad: prensión media: 12,6 Kg. Velocidad marcha media 0,45 m/seg. Polifarmacia: 7 ± 2. 19,5% tomaban IACE previamente. 38,5% benzodiacepinas. 27% (22) nuevo trastorno de ánimo. 43% (35) inicio/ajuste antidepresivo. De estos, 14% referían empeoramiento, 29% estabilidad y 36% (29) refieren mejoría, de ellos 79,3% (23) referían trastorno de ánimo en la primera valoración. En el 41% (12) se ajustó/inició antidepresivo.

Conclusiones: La patología afectiva es altamente prevalente en los enfermos derivados para valoración a nuestras consultas. Los enfermos atendidos presentan alta prevalencia de sg geriátricos y de criterios físicos de fragilidad. De los enfermos que refieren mejoría subjetiva, menos de la mitad reciben/ajuste de su tratamiento antidepresivo. Dada la alta prevalencia de deterioro cognitivo y síntomas afectivos en nuestros enfermos, podría ser conveniente la introducción en nuestra valoración geriátrica, test validados para discernir deterioro cognitivo leve de trastorno depresivo-distímico, como ACE.

OS-018. NIVEL DE INFORMACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO OCTOGENARIO

A. Solano, V. Santacruz, J.C. Heredia, V. Marín, M. Ginovart,
E. Pegueroles y E. Martínez
Hospital i Llars de la Santa Creu. Tortosa.

Objetivos: Descubrir perfil del paciente oncológico octogenario de una Unidad de Cuidados paliativos en Centro Socio-Sanitario. Patología oncológica más prevalente en ellos. Nivel de información del paciente octogenario ingresado en la Unidad.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Total de pacientes con edad ≥ 80 años ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos de Hospital Santa Creu (Tortosa), desde enero/14 a diciembre/14. Características socio-demográficas. Estancia media. Motivo de alta. Diagnóstico principal. Años diagnóstico. Complicaciones. Situación funcional y cognitiva. Nivel información ingreso/alta. Personal que registra/aborda la información.

Resultados: N = 64, edad media: $85 \pm 4,5$ a, 13,4% > 90a. 65,6% varones, rurales en 71,9%, 89% no registrado nivel de estudios. Dedicados a agricultura y hogar la mayoría. 48,5% casados, 45,3% viudos. El 64% atendidos: cónyuge e hijos. 85,9% exitus. 9,4% alta domicilio. 56,3% conocidos por PADES. 35,9% ingresan desde domicilio, 31,3% urgencias. Estancia media: 12 ± 12 días. 21% (14) neoplasia colon-recto, 15% (10) neoplasia pulmón, 11% (7) neoplasia origen desconocido, etc. 2 años de media entre diagnóstico e ingreso en nuestra Unidad:

24% <1 mes, 40% <2 meses, 50% <6 meses. Las complicaciones más destacables son infecciones urinarias: 19%, infecciones respiratorias: 30%, dolor controlado en 65,6%. Delirium presente: 51,6%. 97% catalogados de paliativo. La mitad están en fase avanzada y la otra en terminal. 29,7% deterioro cognitivo. IB: 30 ± 30 . 50% intuye/sabe al ingreso. En el 46,9% el paciente tiene la información y la comparte con familia. Si existe deterioro cognitivo o delirium, la familia la tiene en 78% y 51% respectivamente. Información completa (diagnóstico y pronóstico) 65,6%. Avanza en nivel información: 22%. Información manejada por medico: 94%, compartidos con psicóloga (40%) y enfermería. Nivel información bajo al ingreso se relaciona con presencia de deterioro cognitivo.

Conclusiones: El paciente octogenario de nuestra Unidad, presenta un bajo nivel funcional, estadio avanzado-terminal de enfermedad. Destacando los diagnósticos recientes y exitus. El paciente octogenario oncológico, varón, rural, cuidado por familiares de primer grado, presentan muy buen nivel de información y la conspiración de silencio forma parte del pasado. El médico controla/maneja la información con paciente y familia en la mayoría de casos.

OS3: Miscelánea

OS-019. DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ANCIANO CON DEMENCIA: UTILIDAD DE LA ESCALA “CAREGIVER ABUSE SCREEN”

J. Rivera Navarro, I. Contador Castillo y R. Sepúlveda
Universidad de Salamanca. Salamanca.

Introducción: Se han realizado algunos estudios para estimar la prevalencia del maltrato en ancianos en general y en mayores con demencia en particular, utilizando distintas escalas que provienen del medio anglosajón. La escala que más se ajusta a la realidad cultural española es la escala Caregiver abuse Screen (CASE), ya que plantea preguntas indirectas que no provocan el rechazo o la evasión de los entrevistados.

Objetivos: Validar el CASE como instrumento para detectar maltrato en personas mayores con demencia en España.

Métodos: 326 cuidadores informales de personas mayores con diferente tipo de demencia fueron entrevistados en varias ciudades de Castilla y León. Los cuidadores fueron seleccionados de consultas externas de Neurología y de asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias. Se aplicó un cuestionario socio-demográfico a todos los participantes en el estudio. Varias escalas fueron utilizadas para medir la carga, la ansiedad y la depresión, el apoyo social y la resiliencia del cuidador, así como el deterioro cognitivo y funcional de la persona enferma. Se usó como Gold Standard la escala Revised Tactics Scale (RCTS). Se usó el análisis de clases latentes para verificar la posibilidad del maltrato de acuerdo a la respuesta de los ítems del CASE.

Resultados: La consistencia interna (alfa de Cronbach) del CASE fue 0,713; la validez de constructo, a través de análisis factorial, indica que las dos dimensiones del CASE (abuso interpersonal y negligencia/dependencia) explicaron el 62,53% de la variabilidad. En relación a la validez concurrente, la correlación del CASE con las dimensiones de la escala RCTS fueron significativas. La aplicación del CASE en España muestra que el punto de corte para determinar el maltrato es 6 respuestas positivas al maltrato y no 4, como en el artículo de validación original del CASE.

Conclusiones: La validación del CASE en España proporciona un instrumento, para detectar el maltrato en las personas mayores con demencia, breve y fácil de implementar.

OS-020. NIVEL DE ACTIVIDAD Y EVOLUCIÓN COGNITIVA: ¿EL ESTILO DE VIDA PREVIENE EL DECLIVE COGNITIVO EN LA VEJEZ?

E. Navarro González y M.D. Calero
Universidad de Granada. Granada.

Introducción: En el ámbito de la gerontología, un campo de gran interés es aquel dedicado al estudio de variables potencialmente modificables asociadas al funcionamiento y a la evolución cognitiva de la población. En este sentido, numerosas investigaciones plantean que un estilo de vida activo podría ralentizar el deterioro o el declive cognitivo y favorecer el envejecimiento exitoso.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar en qué medida un estilo de vida activo caracterizado por la realización de actividades en el hogar, la actividad física, la actividad cultural y las relaciones sociales tanto antes como después de la jubilación influyen sobre la evolución cognitiva de un grupo de personas mayores de 60 años del Sur de España.

Métodos: En el estudio han participado en la fase inicial un total de 176 personas con una edad media de 75,78 años a los que se les pasó una entrevista estructurada de estilo de vida y diversas pruebas de funcionamiento cognitivo. De la muestra inicial se ha hecho un seguimiento al año de 112 personas y a los dos años de 81 personas con una prueba de screening cognitivo.

Resultados: Los resultados muestran que un estilo de vida activo tanto antes como después de la jubilación correlaciona significativamente con una mejor evolución cognitiva. Igualmente se aprecian diferencias significativas en función de la evolución de los participantes (alto rendimiento, rendimiento cognitivo normal, deterioro cognitivo y fallecidos) en el nivel de actividad manifestada en la evaluación inicial de tal manera que aquellos que muestran altos niveles de rendimiento o no presentan deterioro al año y a los dos años son los que inicialmente mostraban niveles más altos de actividad, especialmente después de la jubilación.

Conclusiones: Los datos encontrados permiten apoyar la hipótesis de que un estilo de vida activo favorece un envejecimiento exitoso y previene el declive cognitivo a medio y largo plazo.

OS-021. PILOTAJE Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE MALOS TRATOS FÍSICOS Y ECONÓMICOS EN PERSONAS MAYORES

M.J. Goikoetxea¹, M. Pikaza¹, A. Moro¹, I.M. Martínez Rueda¹ y M.L. Zurbanobeaskoetxea²

¹Universidad de Deusto. Bilbao. ²Diputación de Bizkaia. Bilbao.

Objetivos: Validar el Instrumento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores del Gobierno Vasco, elaborado por Zahartzaroa. Contrastar y completar el procedimiento con la práctica asistencial. Valorar las dificultades del proceso de implantación en la atención socio-sanitaria.

Métodos: Selección de lugares (Hondarribia, Zuia y Bilbao) y servicios participantes sociales y sanitarios de diferentes niveles asistenciales. Formación a los equipos. Valoración de factores de riesgo de sufrir malos tratos a 596 personas mayores. Valoración de indicadores de malos tratos a dos grupos: personas procedentes de la fase anterior que presentaban 2 o más factores de riesgo; personas atendidas en Urgencias sanitarias y/o sociales. Valoración del funcionamiento y adecuación del instrumento y procedimiento. Análisis de datos y discusión de resultados. Conclusiones y propuestas. Error: Para un nivel de confianza del 95,5% y $P = Q: \pm 4\%$. Se ha respetado el anonimato de las persona mayores y en los casos identificados se ha obtenido y recogido el consentimiento por escrito.

Resultados: En el 16,1% se han detectado 2 o más factores de riesgo de sufrir malos tratos y en el 4,1% cuatro o más. Los más frecuentes: dependencia física y emocional de la persona mayor respecto del cuidador/a; deterioro cognitivo unido a trastorno de conducta. En el 30,4% de la muestra se han detectado algún indicador de alerta de malos tratos. Los más frecuentes que son: seguimiento deficiente de

las pautas médicas; falta de condiciones de habitabilidad en la vivienda o de otras condiciones o apoyos para garantizar la cobertura de las necesidades que presenta la persona mayor.

Conclusiones: El procedimiento ha sido validado como sensible para su objetivo. Es igualmente válido para los ámbitos sanitario y social. Es especialmente sensible para los servicios de urgencias de hospitales y servicios sociales. Puede ser utilizado por cualquiera de los profesionales. Los profesionales lo valoran muy positivamente y consideran necesario su implantación de manera sistemática. Se propone una medición numérica ponderada de los indicadores para su clasificación: no hay sospecha, riesgo grave, riesgo muy grave, intervención inmediata. Se propone una versión definitiva del procedimiento.

OS-022. ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE SEÑALES DE ALERTA DE MALOS TRATOS FÍSICOS Y ECONÓMICOS A PERSONAS MAYORES EN LA CAPV

L. Zurbanobeaskoetxea¹, M.J. Goikoetxea², I. Artaza³ y J.J. Miguel⁴

¹Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao. ²Universidad de Deusto. Bilbao.

³Igurco Servicios Sociosanitarios. Bilbao. ⁴IES Botikazahar. Bilbao.

Introducción: La toma de conciencia de que las personas mayores pueden ser y son víctimas de malos tratos, plantea la necesidad de abordar el problema con, entre otras, medidas preventivas, que minimicen sus consecuencias. En este contexto se enmarca este trabajo.

Objetivos: Elaborar un instrumento que permita evaluación objetiva de la vulnerabilidad de la persona mayor ante el mal trato y, valorar la gravedad del riesgo, informando sobre intervenciones a realizar, en su caso. El instrumento está dirigido a profesionales de servicios sociales y salud en Euskadi, que identificarán factores de riesgo de malos tratos físicos y/o económicos mediante una lista de comprobación, basándose en observación y verbalizaciones de la persona mayor u otras personas próximas.

Métodos: Análisis de evidencia científica por un Equipo Consultor. Contraste con Equipo Científico (profesionales sociosanitarios con experiencia en atención a personas mayores en diferentes contextos donde se pretende aplicar la herramienta).

Resultados: Elaboración de instrumento de detección e intervención, de aplicación en ámbito sociosanitario: servicios sociales, de atención primaria y especializada, y de salud de atención primaria y urgencias hospitalarias; ámbito financiero y notarial; ámbito judicial e institutos y fundaciones tutelares. Dos fases: 1. Detección a dos niveles: Cuestionario de detección de factores de riesgo. Observación sistematizada de factores de riesgo, aplicable periódicamente como instrumento de prevención. Por cualquier profesional en contacto con la persona mayor. Objetivos: identificar a la población más vulnerable. Cuestionario de detección de indicadores de alerta de malos tratos y valoración de gravedad. Cuando se detectan 2 o más factores de riesgo, persona mayor verbaliza ser víctima de malos tratos o se identifica situación de daño. Siempre por profesional de referencia: trabajador/a social de servicios sociales, equipo de atención primaria de salud o, en su caso, equipos de atención primaria sociosanitaria. Objetivos: valorar gravedad del riesgo e iniciar intervenciones en cada caso. 2. Intervención. Según nivel de riesgo que puede ser grave, muy grave o urgente.

Conclusiones: Es un instrumento sencillo de prevención e intervención. Permite su utilización en medio sociosanitario. Se recomienda pilotaje y validación. Se sugiere evitar culpabilización y judicialización en casos de falta de recursos y apoyos.

OS-023. EL EJERCICIO DE LA INVESTIGACIÓN GERONTOLOGICA EN FORTALEZA (BRASIL): LA NARRATIVA AUTOETNOGRÁFICA DE UNA DOCTORANDA CONVIVIENDO ENTRE LA SATISFACCIÓN Y LAS DIFICULTADES

C. Jatahy Peixoto

Universitat de València. Valencia.

La experiencia que tuve a lo largo de 2014 y principios de 2015 en Fortaleza (Brasil) como investigadora en el área de gerontología dio origen al deseo de compartir a través de una narrativa autoetnográfica aspectos culturales y académicos que marcaron esta etapa empírica de realización de mi proyecto de doctorado. Para llevar a cabo dicho proyecto se hubo de superar procesos burocráticos largos, escoger, seleccionar y establecer vínculos con diversas instituciones de personas mayores y de voluntariado, y realizar entrevistas individuales con personas mayores que hacen trabajo voluntario. La pretensión de este tipo de metodología cualitativa, la autoetnografía, es la de transmitir a la comunidad científica cómo se ha dado el desarrollo de la investigación desde el punto de vista de quien la desarrolla y promover la reflexividad del propio investigador sobre su objeto de estudio. Las voces que atraviesan y construyen esta narrativa son varias: las de la investigadora gerontóloga brasileña que a la vez es también la voz del observador ajeno y curioso que revisita la realidad de su propio país; también las de tantas otras voces de personas mayores y otros colaboradores que contribuyeron para que esta etapa de la investigación se hiciera posible. La narrativa final construida reúne impresiones emocionales y racionales sobre el quehacer del investigador, sobre el proceso de envejecimiento, sobre las razones para ser voluntario y sobre el lugar que ocupa en la vida de cada uno la tarea de transmitir valores a otras generaciones en la vejez.

OS-024. AMIGABILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES.

¿CONCEPTO O CONSTRUCTO?

P. Fernández de Larrinoa, J. Velas, N. Ortiz, M. Carrasco,

S. Martínez e I. Gómez

Universidad de Deusto. Bilbao.

Objetivos: El proyecto "Ciudades Amigables con las Personas Mayores" (OMS) se ha implementado en distintas ciudades con el objetivo de que estas sean amigables con la edad, aprovechando sus cualidades, reconociendo la diversidad, promocionando su inclusión y participación en la comunidad y respetando sus decisiones y estilos de vida anticipándose a sus necesidades; adaptando los servicios, políticas, entornos y estructuras. El concepto amigabilidad ha sido promovido utilizando diversas terminologías pero pocas investigaciones han evidenciado la existencia de este concepto como constructo. Existen autores que hablan de factores interviniéntes en la amigabilidad (Lui et al, 2009) proponiendo reducir las dimensiones de la OMS en los factores físico y social. Los programas sobre amigabilidad focalizan sus acciones de cambio en el entorno físico y/o social de las personas mayores. Si definimos qué es el ambiente físico y el social nos encontramos varias definiciones (Lui et al, 2009; Greenfile, 2011), podríamos decir que lo físico hace alusión a infraestructuras, recursos y espacios mientras que el ambiente social a las relaciones interpersonales y acuerdos sociales que llevan a promover la inclusión, participación y crecimiento personal. El objetivo de este estudio es analizar la existencia del constructo de amigabilidad y tratar de agrupar las dimensiones en factores físico y social.

Métodos: La muestra está compuesta por 100 personas mayores (> 60 años) de Durango. El diseño a través de encuestas es transversal, correlacional y cuantitativo. El instrumento utilizado para medir amigabilidad fue creado por el grupo motor compuesto por 174 ítems (8 dimensiones OMS) mostrando validez de contenido y de constructo.

Resultados: El alfa de Cronbach del instrumento es óptimo (0,960). Las correlaciones son significativas entre todas las dimensiones. El análisis factorial exploratorio muestra la existencia de dos factores que explican el 64,217% de la varianza acumulada.

Conclusiones: El instrumento cuenta con validez de contenido y constructo (consistencia interna general $\alpha = 0,960$ y entre dimensiones, entre $\alpha = 0,796$ y $\alpha = 0,929$). Las correlaciones en las dimensiones como en el cuestionario miden algo en común que posiblemente se

pueda llamar amigabilidad. Los 2 factores del análisis exploratorio podríamos llamarlo social y entorno físico debido a la agrupación de las dimensiones.

OS-025. INTERVENCIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y EMOCIONAL DE AUXILIARES DE CENTROS GERONTOLOGICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

N. Galdona Erquicia¹, E. Aldaz Arroyo¹, I. Etxeberria¹, L. Rodríguez², N. Tizón² y E. de la Fuente²

¹Matia Instituto. San Sebastián. ²Caser Residencial. Hondarribia.

Objetivos: Analizar la eficacia del programa de educación socioemocional "Sendotu" para la prevención del Burnout en personal de atención directa de Centros Gerontológicos, como son, las auxiliares.

Métodos: Se ha llevado a cabo una metodología pre-test y post-test con grupo de control, asignación aleatoria y técnica de ciego. Todos los participantes (N = 129) han sido evaluados antes y después de la intervención mediante un protocolo de valoración creado al efecto. El grupo experimental ha participado además en un programa de educación socioemocional de 12 sesiones de duración. El programa cuenta con la aceptación del Comité de Ética Asistencial de Matia/Hurko/Gerozerlan y todos los participantes han firmado un consentimiento informado previo a su participación en el estudio.

Resultados: No se han observado diferencias entre el grupo experimental y el grupo control antes de la implementación del programa en ninguna de las variables objeto de estudio. Tras la implementación del programa, la competencia que las auxiliares del grupo experimental presentan en el manejo emocional de situaciones complejas mejora con respecto al grupo control ($Z = -2,29, p = 0,02$) y muestran además una mejor percepción de su salud ($Z = -2,23, p = 0,02$). Finalmente, el grupo experimental presenta menores niveles de cansancio emocional ($t(100) = 4,11, p = 0,00$), un mejor manejo de las emociones ($t(97) = -3,24, p = 0,00$), un menor malestar personal ($t(54) = 2,09, p = 0,04$) y menores niveles de alexitimia ($t(54) = 2,08, p = 0,04$) tras la intervención.

Conclusiones: Los resultados de este estudio apuntan que dotar a las auxiliares de competencias emocionales tales como la identificación, comprensión y regulación de las emociones, tiene efectos positivos en su bienestar emocional y constituye una herramienta útil para prevenir los efectos nocivos del estrés derivado del trabajo. El hecho de que las personas sepan cómo manejar las situaciones con fuerte carga emocional y aprendan a descifrar los mensajes que hay detrás de las demandas emocionales, posibilita que las mismas se sientan menos agotadas emocionalmente en el trabajo. Esto se traduce en personas más satisfechas con su trabajo y más comprometidas con el mismo y personas mayores mejor atendidas como consecuencia de la mejora del bienestar en el trabajo de estos profesionales.

OS-026. PREVALENCIA DE MALTRATO PSICOLÓGICO EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

S. Pinazo Hernandis¹, E. Grau Alberola² y H. Figueiredo Ferraz²

¹Universidad de Valencia. Valencia. ²Valencian International University. Valencia.

Introducción: El maltrato es un importante problema que afecta a las personas mayores, ocasionando graves consecuencias sociales y psicológicas, pero pese a su importancia son escasos los estudios sobre la incidencia del maltrato en general en España, y menos aún sobre el maltrato psicológico.

Objetivos: 1) Conocer la prevalencia de actitudes y/o conductas inadecuadas de los profesionales de centros residenciales hacia las personas mayores institucionalizadas. 2) Poner de manifiesto la necesidad de fomentar actuaciones dirigidas a reducir el trato inadecuado en las residencias.

Métodos: Se trata de un estudio transversal y descriptivo, con selección no aleatoria. Se aplicó un cuestionario para la detección del maltrato psicológico, con cuarenta y seis ítems que pregunta sobre la frecuencia de diferentes conductas distribuidas en siete dimensiones y valorados con una escala Likert, de cinco pasos de respuesta. Los cuestionarios fueron cumplimentados por personal auxiliar, técnicos y personal de servicios generales de diez centros de un grupo de residencias de la Comunidad Valenciana de titularidad pública (35%), concertada (52,9%) y privada (12,1%). La muestra total es de 223 cuestionarios.

Resultados y conclusiones: Se han encontrado indicios de trato inadecuado a las personas mayores institucionalizadas en el 45,1% de los casos, en todas las dimensiones del estudio: comunicación, en la comida, en la habitación, en el baño, conversaciones con la familia, intimidad, autodeterminación y toma de decisiones. Además, los resultados obtenidos indican una prevalencia del maltrato psicológico total de 1,3% afectando fundamentalmente a las variables toma de decisiones, intimidad (sobre todo en la habitación), autodeterminación y también, aunque en menor medida, en el momento del baño y en las conversaciones con la familia. La atención y cuidados a las personas mayores en las instituciones debe ir acompañada de un buen trato, indicador clave de la calidad humana y profesional de las intervenciones y los recursos. Es necesario continuar trabajando por un modelo centrado en la persona que tenga en cuenta su intimidad, su autodeterminación, su poder de decisión y la promoción de su autonomía, dejando atrás modelos asistencialistas. El respeto hacia la intimidad personal y la autodeterminación son los objetivos prioritarios a trabajar.

OS4: Centros

OS-027. LA ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES Y DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES

B. Álvarez de la Fuente

Residencia para Personas Mayores Los Royales. Soria.

Los Centros Residenciales y de Estancias Diurnas para personas mayores ofrecen un amplio abanico de actividades de estimulación cognitiva, rehabilitación física, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, ocio, entretenimiento...que muchas veces difieren de los gustos y preferencias de las personas usuarias. Se diseñan bajo el criterio profesional, con la intención de proporcionar una buena calidad de vida. Estas actividades se diseñan dentro de programas rígidos y cerrados a los cuales las personas usuarias acceden una vez más por criterios profesionales. Por ello la importancia de cambiar esta visión de los servicios y así la propia organización de ellos. La tendencia cambia cuando es el servicio y las actividades que se ofertan las que se adaptan a las personas usuarias, a sus gustos, preferencias o deseos favoreciendo la autonomía personal. Por todo esto apostamos por el diseño de actividades significativas: Propuestas de actividades abiertas que favorecen la elección de la participación. Actividades cotidianas que tengan un significado claro basado en la trayectoria vital de las personas (historias de vida). Actividades que siguen un hilo conductor. Las personas proponen y los profesionales buscan los medios y métodos para favorecer la realización. Horarios flexibles para dar margen a la improvisación de propuestas. Se tienen en cuenta pequeñas propuestas y se incita al desarrollo de ellas. Realización de un análisis de la actividad centrado en las capacidades de cada persona para obtener resultados esperados. Fomentar la participación de las personas con gran deterioro cognitivo. Afrontar la inactividad. Esta metodología aumenta la participación espontánea en actividades, favorece la autonomía de las

personas que participan en ellas, aumenta el interés y la participación de la familia y grupo de apoyo por la estancia de su familiar en el servicio, toman protagonismo las personas con gran deterioro cognitivo, además de los beneficios personales y profesionales de los trabajadores que participan en estas acciones.

OS-028. CENTRO SOCIOSANITARIO EN SAN SEBASTIÁN

A. Vergara Arrieta
Cruz Roja. San Sebastián.

Objetivos: Conocer el funcionamiento del Centro Socio Sanitario (CSS) San Sebastián los últimos años. Diferencias entre CSS - Hospital - Residencia y Explicar el circuito de usuarios. Exponer resultados y conclusiones de investigación descriptiva retrospectiva.

Métodos: Tras décadas siendo Hospital de Agudos, y coincidiendo con la creación del Complejo Hospitalario Donostia, se renovó como Centro Socio Sanitario (2003). El aumento de edad media y grado de dependencia de la población, dejan ver la necesidad de abrir un Centro de estas características. Diferencias y circuito de usuarios: respecto a Hospital: recursos económicos menores, ratios menores y tipo de financiación social. Respecto a Residencia: no tiene límites de edad, estancia limitada por la comisión y ratios mayores. Existen 2 vías de entrada: servicios sanitarios y servicios sociales. A su entrada, se les valora clínica/social/funcional/psicológicamente para crear un PAI. Revisados objetivos por la CSSOV para adecuar el recurso de salida.

Resultados y conclusiones: Recogida de datos desde 2009-2014. Perfiles entrada y salida, dependencia y ABVD, PAI, así como reingresos tras alta. Media de 230 usuarios al año, ocupación media de 97-99%, ingresaron 50% desde Hospitales de agudos. Al alta su destino fue 25% residencias, 24% domicilio. Más del 70% entra con nivel de gran dependencia o dependencia severa. Tras la comparación de perfiles, al ingreso y salida en el 99,85% son iguales. El 68,86%, no han tenido ningún ingreso hospitalario tras el alta. Los reingresados, fueron debido a operaciones pendientes. Trabajados los problemas encontrados en la investigación, se concluye que los usuarios del CSS recuperan estabilidad, reciben más apoyos y consiguen mejorar sus ABVD.

OS-029. EL CÓDIGO ÉTICO COMO INSTRUMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN CENTROS RESIDENCIALES

M.J. Goikoetxea¹, M.L. Zurbanobeaskoetxea², A. Mosquera³
y B. Pablos⁴

¹Universidad de Deusto. Bilbao. ²Diputación de Bizkaia. Bilbao.

³Fundación Aspaliko. Portugalete. ⁴Médicos Bizaia. Bilbao.

Objetivos: Construir un código ético con la participación de todos los agentes implicados: personas mayores, familias, profesionales, entidades y administraciones públicas. Evaluar la mejora asistencial tras la implementación del mismo en ámbitos asistenciales concretos.

Métodos: Constitución de un grupo multidisciplinar de trabajo de profesionales, gestores y personas usuarias. Identificación consensuada de valores a integrar en la atención. Redacción de normas éticas a respetar por cada agente implicado para el respeto a dichos valores. Determinación de indicadores de mejora derivados de las normas anteriores en dos ámbitos: autonomía personal y atención integral al final de la vida. Formación de 30 horas a los profesionales de los cuatro centros piloto. Modificaciones oportunas en la asistencia para la implementación y mejora de dichos indicadores. Evaluación de resultados y conclusiones.

Resultados: Tras la aplicación del código. En la mejora de la autonomía, de una muestra de 32 personas, 16 con deterioro cognitivo (MEC-Lobo < 30), y 16 sin deterioro cognitivo (MEC-Lobo > 30): Se actualiza en el 95% el representante y en el 81% éste coincide con la elegida por la persona mayor. En el 100% se recogen gustos y preferencias en su plan individual de atención y en el 87,5% se hace con la

participación de la persona mayor. Se ha dado a conocer el PAI al 100% de la muestra y el 20% ha incluido novedades. En la mejora de la atención al final de la vida de una muestra de 17 personas que cumplían criterios de inclusión: el 65% son informadas de su diagnóstico de enfermedad avanzada; el 71% manifiestan algún deseo o valor que es recogido en su planificación de cuidados; el 59% identifican a su representante y éste decide de acuerdo a los valores de la persona representada; se valora de modo sistemático el dolor en todos los casos y en el 41% éste mejora significativamente.

Conclusiones: El código ético de Zahartzaroa: Es un documento-instrumento innovador aplicable y transferible, que mejora objetivamente la calidad asistencial. Posibilita consensos en aspectos muy problemáticos de la atención. Es útil para avanzar en la protección de los derechos de las personas mayores residencializadas.

OS-030. CREANDO PUENTES: LA INSPECCIÓN Y LOS PROFESIONALES DE CENTROS GERONTOLOGICOS JUNTOS POR UNA VIDA DIGNA DE LAS PERSONAS MAYORES

M. Vidal Puig y E. López Romero
Servicio de Inspección. Barcelona.

Objetivos: Mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores atendidas en centros gerontológicos. El servicio de inspección de los servicios sociales de Catalunya se apoya en su vertiente asesora y en el carácter pedagógico (no punitivo) de la administración pública. El indicador escogido, por su alta prevalencia y por su incidencia en el bienestar de las personas, ha sido el uso de las contenciones mecánicas.

Métodos: Descriptivo; análisis de datos. Durante cinco años hemos recogido datos del asesoramiento realizado, de las características las personas atendidas, de la prevalencia del uso de las contenciones mecánicas, de las alternativas adoptadas para evitar su uso. El itinerario empieza en 2008: asistencia de inspectores a la Jornada Internacional de Sujeciones, CEOMA-IMSERSO -Madrid. En 2009: formación del personal inspector, elaboración de un protocolo de asesoramiento y de modelos para la recogida de datos. En 2010: objetivo prioritario del Servicio el asesoramiento por el uso racional de contenciones mecánicas y recogida de datos. Informando cómo organizar los equipos interdisciplinarios, la importancia de un buen liderazgo, la formación del personal, buenas praxis y alternativas. Durante 2012-2013 y 2014: recogida sistemática de datos incluyéndolos en la parte estadística del informe de inspección. Disponemos de datos comparables de 556 residencias de Catalunya, continuando con los asesoramientos de mejora.

Resultados: Los resultados obtenidos durante estos años nos permiten afirmar que ha habido una reducción de la prevalencia: 2010: 41,22%; 2012: 31,55%; 2013: 27,78%; 2014: 24,83%.

Conclusiones: En los dos primeros años el impacto de reducción fue significativo alcanzando un 10% por la sensibilización, formación, y compromiso del personal en el abordaje del manejo del uso de las contenciones mecánicas. En los años sucesivos del 2012 al 2014 observamos que continúa la reducción del uso de las contenciones de manera más lenta pero progresiva y de un modo más consolidado. Destacamos el cambio del trabajo en los centros: abordaje interdisciplinario. La tarea emprendida por la inspección de la mano de los profesionales de los centros, en aras del bienestar de las personas atendidas, señala un camino de largo recorrido y de eficiente resultado.

OS-031. EL SIGNIFICADO DE LA OCUPACIÓN DENTRO DE UNA RESIDENCIA: ESTUDIO CUALITATIVO

D. Palacios Ceña¹, C. Gómez Calero¹, R.M. Martínez Piédrola¹, M. Pérez de Heredia¹, E. Huertas Hoyas¹ y R. Matilla Mora²

¹Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. ²Profesión libre. Madrid.

Objetivos: Describir como la ocupación es vivida en residentes españoles con limitación funcional.

Métodos: Estudio cualitativo, fenomenológico. Se incluyeron residentes > 60 años, con limitación funcional (Barthel < 90), ausencia de deterioro cognitivo (Folstein > 19), y capaz de comunicarse verbalmente en español. Se realizó un muestreo por propósito, y mediante técnica de bola de nieve. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas no estructuradas y semi-estructuradas, junto a documentos personales (diarios y cartas). Las entrevistas fueron transcritas, y los textos organizados y codificados. El análisis cualitativo, consistió en un análisis temático de los textos. Criterios calidad; se siguieron las recomendaciones de la Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) para estudios cualitativos. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Rey Juan Carlos.

Resultados: Participaron 30 residentes (15 hombres y 15 mujeres) con una edad media de 83 años. Tres temas que describen como viven la ocupación los residentes fueron identificados: a) Sintiendo el tiempo, los residentes perciben el tiempo dentro de la residencia en función de las ocupaciones; b) eligiendo la ocupación, los residentes deben elegir entre diferentes ocupaciones, esa elección puede resultar en realizar una ocupación en solitario, o compartirla en grupo, independientemente de su satisfacción o utilidad; y c) buscando una ocupación con significado, los residentes narran como la ocupación forma parte de su identidad, el significado de su vida viene determinada por su ocupación. Algunos muestran una necesidad de "cazar" una ocupación que les haga sentir útiles.

Conclusiones: La experiencia de la ocupación en residentes españoles permite conocer sus expectativas en relación a aquellas actividades ocupacionales que deberían aplicarse en residencias por los profesionales.

OS-032. UNA UNIDAD DE ESTANCIAS DIURNAS SOBREVIVIENDO A LA CRISIS 2.0. #APAGAMOS LOS TELEVISORES

G. Guerrero Ramos, R. Pérez Hamilton, T. López, B. Sousa, F. González y A. Ramos
UED Rincón. Rincón de la Victoria.

Introducción: En plena crisis, a finales del 2010, pusimos en marcha la Unidad de estancias diurnas municipal del Rincón de la Victoria-Málaga- regentada por el Centro Geriátrico Sagrada Familia, hasta septiembre de 2011, la unidad, como tal, no empezó a funcionar y en pleno recorte de las prestaciones por Ley de Dependencia, con noticias día sí, día no de cierre de Unidades de día, a día de hoy, marzo de 2015, tenemos una ocupación de 30 personas en la Unidad, es decir, llenos y con lista de espera. Nuestros usuarios tienen toda la mañana y la tarde ocupadas con talleres, con actividades, desde Fisioterapia, gimnasia, talleres de estimulación cognitiva, orientación a la realidad, manualidades, ocio y tiempo libre, musicoterapia, etc. Nuestro éxito, nuestra profesionalidad y nuestro lema Apagamos los televisores, la imagen que tenemos de las residencias es un salón, con la televisión puesta y los residentes mirándola sin verla.

Objetivos: Dar a conocer la mecánica de trabajo de una unidad de estancia diurna, en plena crisis del sector, poco a poco, con mucho trabajo y siempre manteniendo la actividad, la potenciación de la funcionalidad, el envejecimiento activo y saludable de nuestros mayores, como premisa básica, no sólo sale a flote sino que crece cada día.

Métodos: Con esta población trabajamos a diario en la UED, realizando una labor asistencial, donde hay usuarios que por su dependencia física grave o por necesidad familiar se asean todos los días en el centro, tenemos un índice de baños superior a alguna residencia... El verdadero hecho diferencial de esta UED es el nivel de actividades que realizan los usuarios. El uso de las redes sociales, sobre todo Facebook y Twitter, es un elemento importante para dar a conocer a los familiares el día a día de la Unidad, actividades, celebraciones, etc.

Resultados: Los resultados, los basamos fundamentalmente en el número de usuarios que tenemos, 30, en su participación en los diferentes talleres, el 83,33% de los usuarios participan en los talleres, el %

restante, que no participa en talleres, corresponde a 5 personas que por su deterioro global no poseen la capacidad de participar en actividades.

OS-033. UNA UNIDAD DE ESTANCIAS DIURNAS TENDIENDO PUENTES A LOS MAYORES CON DÉFICITS SENSORIALES

G. Guerrero Ramos¹, R. Pérez Hamilton¹, R. Martín², B. Sousa¹, T. López¹ y F. González¹

¹UED Rincón. Rincón de la Victoria. ²Residencia Grandevita. Málaga.

Introducción: La Unidad de Estancias Diurnas Municipal Rincón de la Victoria, regentada por el Centro Geriátrico Sagrada Familia, centro con 30 usuarios dependientes, situado en Rincón de la Victoria-Málaga. En su afán de hacer cosas diferentes y dar cobertura específica a colectivos de mayores con necesidades diferentes y adelantándose a una posible, que no segura demanda, planteamos un curso de Iniciación a la lengua de signos y de técnicas guía para personas con déficits visuales. Este curso, fuera del horario laboral, donde los trabajadores han invertido su tiempo, sus ganas y su dinero de hacer cosas diferentes, de 40 horas, 2 días a la semana, durante 3 meses de duración, ha tenido la participación de la ONCE y una Experta en LSE. La ONCE nos envió una especialista en técnicas guías, donde nos enseñó las principales patologías asociadas al déficit visual con sus características y las maneras de intervenir, acompañamiento de un invidente, colocación de la mesa para el almuerzo, etc. En relación con la lengua de signos, hemos aprendido, sobre todo el lenguaje relacionado con el trabajo en la UED, vocabulario de aseo, alimentación, uso del WC, vestido, etc.

Métodos: Al curso asistieron 4 auxiliares de clínica, el psicólogo, la fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional. Presentamos un vídeo sobre toda la acción formativa.

Resultados: El resultado no es más que la presentación de un trabajo en equipo dedicado a colectivos de mayores con déficits sensoriales, sordos y ciegos, un trabajo encaminado a que estos colectivos cuando accedan a un centro, ese centro esté adaptado a ellos, igual que los tenemos adaptados para mayores con movilidad reducida, así de simple, que estos mayores se sientan como uno más, ni más ni menos.

OS-034. IMPLANTACIÓN DEL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA EN UN CENTRO RESIDENCIAL: DISEÑO DE UN MÓDULO PARA PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

V. Oliván García¹, M. Hériz¹, M. Hernández¹, P. Díaz Veiga², T. Cestau¹, J. Martínez¹ y M. Rezola¹

¹Centro Birmingham. Donostia. ²Matia Instituto. Donostia.

Objetivos: Se está registrando en nuestro contexto un creciente interés en relación con la implantación del Modelo centrado en diversos dispositivos de atención para personas mayores. Esta comunicación pretende describir una experiencia desarrollada en un centro gerontológico.

Métodos: Se creó un equipo multidisciplinar formado por directora, trabajadora social, monitora, enfermera, gobernanta, auxiliar referencial y una investigadora, que tras un ejercicio de reflexión en relación con la implantación de Modelo de Atención Centrado en la Persona (ACP) identificó las necesidades de sectorizar la residencia, creando un módulo para personas frágiles y/o con trastornos de conducta. Se decidió junto con los auxiliares ubicar en este nuevo dispositivo a personas con necesidades intensas de apoyo, que no realizan demandas y pasan más desapercibidas por los profesionales, junto con otras que presentaban conductas distorsionantes para el resto de residentes. Se seleccionaron de este modo 8 residentes, 2 hombres y 6 mujeres con una media de edad de 87 años y un MEC < 10. Paralelamente se pusieron en marcha una serie de cambios ambientales y organizativos (formación y dedicación de los auxiliares, rutinas cotidianas...) ajustadas a las necesidades y posibilidades de los residentes. Antes de la sectorización de la unidad se llevó a cabo la prueba Dementia Care Mapping (DCM) con los posibles residentes candidatos a estar

en el módulo. Pasados 7 meses, se procedió a realizar un nuevo mapeo con los que estaban en el módulo.

Resultados: Los resultados del DCM no registraron cambios significativos en la interacción con los residentes. Se evidenciaron cambios en el aumento de los potenciadores de la interacción, tales como calidez, ritmo adecuado, respeto y colaboración.

Conclusiones: La apertura del módulo junto con los cambios desarrollados han supuesto una atención más estimulante y ajustada a las preferencias y capacidades de los residentes, así como una mejor atención a sus familiares.

OS-035. EL TRABAJO SOCIAL EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS (UGA)

N. Pou Canales, A. Llopis, M. Cabré, X. Fernández, N. Morón y D. Rubio

Hospital de Mataró. Mataró.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes ingresados en una UGA que precisan la intervención de trabajo social durante el ingreso. Identificar las principales problemáticas que presentan y los recursos al alta.

Métodos: Pacientes ingresados en la UGA del Hospital en los que se ha solicitado la valoración de trabajo social durante el año 2014. Se han analizado los datos demográficos: edad, sexo y unidad de convivencia; problemática principal y recurso al alta.

Resultados: 1.616 casos ingresados en Geriatría/310 valorados por trabajo social (19,18%). Se analizaron los datos de los 310 pacientes: Edad media: 85,9. Sexo: 59% mujeres/41% hombres. Núcleos de convivencia: solo: 25%; en pareja: 24%; en pareja e hijos: 40%; con algún familiar o amigos: 7%; residencia: 4%. Problemática social: dificultades ABVD: 56%; dificultades familiares: 24%; dificultades de atención sanitaria: 19%; maltrato: 1%. Recursos al alta: familia: 7%; servicios sociales: 11%; primaria de salud: 8%; sociosanitario: 52%; soporte a domicilio privado: 6%; servicio de trabajo social: 9%; exitus: 7%.

Conclusiones: La mayoría de pacientes valorados son pacientes de edad avanzada que viven en el domicilio solos o en pareja (49%) o con la pareja e hijos (40%). La problemática más frecuente son las dificultades para las ABVDs, seguida por las dificultades familiares y las dificultades para asegurar la atención sanitaria. Un 52% de los pacientes necesitaron ingresar en centro sociosanitario o residencia social. Los pacientes que volvieron a su domicilio, necesitaron un aumento del soporte y de la coordinación con la atención primaria de salud o servicios sociales para asegurar la continuidad asistencial (25%). Un 7% de los pacientes valorados fueron exitus, lo que indica que en la fase de final de vida aumentan las necesidades de soporte tanto sanitario como social. La figura de trabajo social en estos pacientes, supone un soporte necesario que puede contribuir a evitar reingresos innecesarios y acompañar a los pacientes y sus familiares en situaciones de crisis, por agudización de sus enfermedades o por situación de final de vida.

OS5: Envejecimiento activo

OS-036. LA PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES MAYORES USUARIAS DE CENTROS SOCIALES DE LA COMARCA DEL VALLE DE RICOTE DE LA REGIÓN DE MURCIA: SUS IMPLICACIONES PARA LA EDUCACIÓN

J.A. Salmerón Aroca¹, J.D. Avilés Hernández²,
S. Martínez de Miguel López¹ y A. Escarbajal de Haro¹
¹*Universidad de Murcia. Murcia. ²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

Este trabajo visibiliza la voz de las mujeres mayores del mundo rural desde la perspectiva educativa del envejecimiento activo. En él se ana-

liza las percepciones que tienen las mujeres mayores acerca del envejecimiento femenino. Concretamente recoge su trayectoria socioeducativa en los centros sociales de la comarca del Valle de Ricote de la Región de Murcia. Los objetivos específicos de esta investigación son la descripción detallada de este grupo y el análisis de sus vivencias en actividades educativas. El método utilizado fue el análisis de sus discursos mediante estrategias de grupo de discusión y entrevistas semiestructuradas, apoyados por datos cuantitativos respecto de su percepción de la vejez. De esta manera, se verifica cómo la participación en actividades educativas produce cambios en las estrategias personales, familiares y en los recursos educativos. Igualmente, se evidencia una discordancia entre cómo perciben la etapa de la vejez y cómo viven su envejecimiento, así como la flexibilización en los roles de género. Todo ello permite conclusiones importantes para comprender la psicología de la vejez femenina y la organización de acciones educativas bajo el paradigma del envejecimiento activo.

OS-037. INFLUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES SOBRE EL ESTADO EMOCIONAL Y COMPARACIÓN EN PERSONAS MAYORES DEL ENTORNO URBANO Y RURAL

L. Rubio Rubio¹, C.G. Dumitrache² y R. Rubio-Herrera²

¹*Universidad de Burgos. Burgos. ²Universidad de Granada. Granada.*

Objetivos: El estudio tiene como finalidad analizar el impacto de la percepción de salud y la participación en actividades sobre el estado emocional en dos muestras procedentes de entornos distintos, un entorno urbano y otro rural.

Métodos: La muestra estaba compuesta por 139 personas con edades comprendidas entre los 55 y 94 años, de las que 92 procedían de una zona urbana y 47 de una zona rural de la provincia de Granada. Se construyó un cuestionario que incluía variables sociodemográficas y evaluaba la realización de 15 actividades propuestas: 8 generales y 7 físicas. Para valorar el estado emocional se administraron la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el Inventory of Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Resultados: En la muestra general el número medio de actividades realizadas fue de 5,22 (DE = 2,12) totales y 1,82 (DE = 1,27) actividades físicas. Las mujeres se implicaban en un número significativamente mayor de actividades totales, lo mismo ocurría con los participantes del entorno rural, aunque en ambos casos no existían diferencias en cuanto a las actividades físicas. En relación al estado emocional, los participantes del ámbito urbano mostraron un nivel de ansiedad mayor que en la muestra rural. Se observó una relación entre el estado de salud percibido y el estado emocional. Aquellas personas que manifestaban tener un estado de salud bueno o muy bueno obtenían puntuaciones más bajas en depresión y ansiedad. Por último, se observó una asociación negativa entre el número total de actividades realizadas y la puntuación en ansiedad. Además, realizar ejercicio físico se asoció con puntuaciones bajas en depresión y ansiedad.

Conclusiones: Los resultados obtenidos revelan que el entorno geográfico influye en los patrones de actividad y el estado emocional de las personas que allí viven, además estas dos variables tienen una estrecha relación entre sí. Vivir en un entorno rural podría facilitar la realización de ciertas actividades que por su tipología son poco frecuentes en un ámbito urbano. Asimismo las características propias del entorno urbano podrían incidir en el estilo y ritmo de vida de las personas, lo que a su vez determinaría su estado emocional.

OS-038. VOLUNTARIADO EN PERSONAS MAYORES BRASILEÑAS: UNA ACTIVIDAD GENERATIVA A LA BÚSQUEDA DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

C. Jatahy Peixoto y J.J. Zácarés González
Universitat de València. Valencia.

El presente estudio basado en las teorías del envejecimiento satisfactorio y en el concepto de generatividad comparó personas mayores brasileñas de más de 60 años que realizaban una actividad generativa formal de manera habitual con aquellas personas mayores que no están comprometidas en ninguna institución de voluntariado en los siguientes aspectos: bienestar psicológico, generatividad, salud auto-percibida y algunas variables sociodemográficas (edad, género, nivel de escolaridad, estado civil). Los participantes fueron 100 personas mayores (50 voluntarias y 50 no voluntarias). Se evaluaron dos indicadores de generatividad mediante dos instrumentos, la Escala de Generatividad de Loyola (Mc Adams & de St. Aubin, 1992) y las Escalas Gen-Current y Gen-Life (Schoklitsch & Baumann, 2011). Igualmente se obtuvieron dos medidas de bienestar a partir de la Escala de satisfacción con la vida (Diener et al, 1985) y de una escala de bienestar eudaimónico basada en la Escala de Bienestar de Ryff (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). Los resultados muestran las diferencias entre los dos grupos en interés generativo global y en facetas generativas específicas así como la repercusión diferencial en el bienestar psicológico del nivel de generatividad manifestado. Los datos obtenidos vuelven a verificar la estrecha conexión entre desarrollo generativo y bienestar en el envejecimiento. Se finaliza con una reflexión crítica en torno la actividad de voluntariado como potenciadora en las personas mayores de su salud física y psicológica así como de su sentido de integración psicosocial.

OS-039. ANÁLISIS DE VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO ACTIVO ENTRE PERSONAS MAYORES IMPLICADAS EN UN PROYECTO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y LA POBLACIÓN MAYOR GENERAL

N. Ortiz, J. López, P. Fernández de Larrinoa, M. Carrasco, S. Martínez e I. Gómez
Universidad Deusto. Bilbao.

Objetivos: La participación es fundamental para envejecer activamente y el empoderamiento es una herramienta idónea para favorecer los procesos de participación. La OMS (2002) ha reconocido la participación social como indicador de salud y bienestar. La participación implica interacción, respeto mutuo, acción grupal y compromiso (Delgado et al, 2005). Una cuestión importante es conocer los factores psicológicas que influyen en que las personas mayores pasen de la inactividad a la participación ya que queda demostrado los beneficios que proporciona participar (mejora calidad de vida, el bienestar psicológico y la salud real percibida) y la necesidad de promoverla en edades avanzadas (Chen y Chen, 2013; Cachadinha et al, 2011; Krueger et al, 2009). Este estudio, que se enmarca dentro del proyecto ciudades amigables con las personas mayores, analiza los factores psicosociales implicados en las personas mayores con un papel activo de participación dentro del proyecto ciudades amigables con las personas mayores en Durango en comparación con la población general mayor del municipio.

Métodos: La muestra ha sido extraída de forma aleatoria y estratificada de la población mayor de Durango. Para este estudio ($N = 47$) se han formado dos grupos. El grupo motor, formado por personas mayores con un papel activo en la comunidad, y el grupo aleatorio con personas mayores de la población general. Se han administrado los siguientes instrumentos: Índice de Satisfacción Vital (LSI), Cuestionario DUKE-UNK de apoyo social, la escala de integración y participación comunitaria, la escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer (1996), y el índice de sentido de comunidad (ICS).

Resultados: Los resultados estadísticos muestran que no existen diferencias significativas entre grupos en relación a las variables de satisfacción vital, apoyo social, autoeficacia, integración y sentido de comunidad. Sin embargo se observan diferencias significativas en las variables de participación comunitaria ($p \leq 0,05$).

Conclusiones: Los resultados confirman la relación entre la realización de actividades participativas en el pasado y el grado de partici-

pación presente. Parece que no es necesario presentar unas variables determinadas para iniciarse y permanecer comprometidas pero la participación previa en la comunidad o en voluntariado parece que se relaciona con el compromiso posterior.

OS-040. SATISFACCIÓN VITAL EN LAS PERSONAS MAYORES. INFLUENCIA CONJUNTA DE LOS RECURSOS PSICOSOCIALES, LA SALUD Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

C.G. Dumitrache¹, L. Rubio Rubio² y R. Rubio Herrera¹

¹Universidad de Granada. Granada. ²Universidad de Burgos. Burgos.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue examinar el impacto conjunto de los recursos personales, los recursos sociales, la salud y las variables sociodemográficas en la satisfacción vital de las personas mayores con edades comprendidas entre 65 y 99 años de la ciudad de Granada.

Métodos: La muestra estuvo compuesta por 406 personas mayores de 65 años ($M = 74,88$, $DT = 6,75$) que vivían en zonas urbanas de Granada. Para evaluar las características sociodemográficas, el estado de salud y las características de la red social se utilizó una entrevista estructurada diseñada para este estudio. La evaluación de los recursos personales y sociales se realizó mediante escalas validadas y adaptadas. La satisfacción vital se midió utilizando la Escala de Satisfacción con la vida (Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2000). Para estudiar el efecto conjunto de los recursos psicosociales, de la salud y de las características sociodemográficas en la satisfacción vital se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos.

Resultados: Los análisis ponen de manifiesto que los recursos personales, extraversion y optimismo explicaban un 21% de la variabilidad en satisfacción con la vida, mientras que los recursos sociales explicaban un 17% adicional. El estado de salud solo explicaba un 3% de la variabilidad en satisfacción vital y la edad y la satisfacción con el nivel de ingresos un 4%.

Conclusiones: Las características socio-demográficas y el estado de salud solo tenían un impacto modesto en la satisfacción vital de las personas mayores, la personalidad y las relaciones sociales estaban positiva y moderadamente asociadas con la satisfacción con la vida.

OS-041. PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y DESARROLLO PERSONAL EN LA VEJEZ: ¿QUÉ APRENDEN LOS MAYORES ACTIVISTAS DE SU IMPlicACIÓN POLÍTICA?

R. Serrat y F. Villar
Universidad de Barcelona. Barcelona.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo explorar los aprendizajes realizados por un grupo de personas mayores activistas como producto de su participación en organizaciones políticas.

Métodos: Participaron en el estudio 187 personas (103 hombres y 84 mujeres), de entre 65 y 86 años, que participaban activamente en tres tipos de organizaciones políticas: asociaciones de vecinos, partidos políticos y sindicatos, y organizaciones de causa única. Se les aplicó un cuestionario que incluía preguntas abiertas, frases incompletas, y un conjunto de escalas estandarizadas. En este estudio se analizan sus respuestas a las siguientes preguntas: 1. ¿Considera usted que ha aprendido alguna cosa importante gracias a su participación? y 2. Si ha respondido afirmativamente ¿Podría explicarnos en pocas palabras qué ha aprendido? Las respuestas se sometieron a un análisis de contenido.

Resultados: La mayoría de participantes (93.6%) afirmó que había realizado algún aprendizaje importante como producto de su participación en organizaciones políticas. Los aprendizajes realizados se clasificaron en tres tipos: sociales (como aprender a escuchar y respetar las opiniones de otras personas o apreciar el valor del compañerismo), políticos (como tener una mejor comprensión de la realidad social y política o valorar la importancia de la acción colec-

tiva), e instrumentales (como aprender a trabajar en equipo o mejorar las habilidades comunicativas). Mientras que los participantes en asociaciones de vecinos priorizaron los aprendizajes de tipo social, los participantes en partidos políticos y organizaciones de causa única destacaron los aprendizajes de tipo político.

Conclusiones: La participación en organizaciones políticas no sólo tiene un impacto positivo en el desarrollo comunitario sino que también dota a las personas mayores de oportunidades para su propio aprendizaje y desarrollo personal. Conocer qué tipos de aprendizaje valoran las personas que participan en diferentes organizaciones políticas puede ayudar a generar políticas orientadas a retener y mejorar la experiencia de aquellos que ya participan, y atraer a otros que todavía no lo hacen.

OS-042. EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA DEL PROYECTO OMS "CIUDADES AMIGABLES"

P. Fernández de Larrinoa, N. Ortiz, M. Carrasco, S. Martínez, I. Gómez e I. Rubio
Universidad de Deusto. Bilbao.

Objetivos: El proyecto "Ciudades amigables con las personas mayores" de la OMS (2007) propone utilizar, mediante su protocolo Vancouver, una metodología de investigación-acción para su implementación. El planteamiento se aproxima más a la "tradición pragmática no-crítica" que reduce la investigación-acción a realizar encargos para las instituciones públicas, trabajando mediante grupos focales, como una forma práctica de conseguir los objetivos de la institución eliminando de esta metodología, quizás, todo su potencial de transformación social primando la preocupación por la eficacia y no por el conocimiento y transformación democrática de la sociedad (López Cabanas y Chacón, 1997). Para la "tradición crítica", la investigación-acción participativa (IAP) se constituye en un compromiso social en el que la intervención y participación se debe hacer tras un planteamiento previo que tome en cuenta las consecuencias políticas y éticas de tales actos. Así mismo, critica la oposición tradicional entre teoría y práctica, saber popular y saber científico, sujeto y objeto del conocimiento, la supuesta neutralidad del investigador...

Métodos, resultados y conclusiones: En Durango (Bizkaia) se ha desarrollado en los dos últimos años, el proyecto "Durango, adinekoen uri atsegina". En el mismo, participan actores políticos, técnicos y sociales (un colectivo de personas mayores). Sin embargo, se ha pretendido realizar una implementación del proyecto OMS en el que las personas mayores de la municipalidad tengan un papel preeminentemente en todo su desarrollo constituyendo el elemento esencial de un equipo dinamizador del mismo, siendo los verdaderos "titulares" del proyecto. No se trata de que las personas mayores ofrezcan su diagnóstico a unas personas expertas, o que reciban información suficiente de los resultados obtenidos por ellas, sino que dichas personas deben participar en la formulación de las preguntas a realizar, en la elección de los métodos para obtener dicha información, en su producción, en el planteamiento de los objetivos a conseguir, en la realización de las acciones de cambio, y en la evaluación de todo el proceso y de los resultados.

OS-043. ACEPTACIÓN SOCIAL Y RELACIONES SOCIALES EN LAS PERSONAS MAYORES

C.G. Dumitrache¹, L. Rubio Rubio² y R. Rubio Herrera¹
¹Universidad de Granada. Granada. ²Universidad de Burgos. Burgos.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue examinar la relación entre aceptación social y las relaciones sociales de un grupo de personas mayores de Granada.

Métodos: La muestra estuvo compuesta por 406 personas mayores de 65 años ($M = 74.88$, $DT = 6.75$) que vivían en zonas urbanas de

Granada capital. Para evaluar la aceptación social se utilizó la Escala de Aceptación Social extraída de las Escalas de Bienestar Social (Keyes, 1998). Para medir los aspectos funcionales de las relaciones sociales se utilizaron los siguientes instrumentos: el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Apoyo social (De la Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005), la Escala de Relaciones Positivas extraída de las Escalas de Bienestar de Ryff (Díaz et al, 2006) y la Escala de Integración Social extraída de las Escalas de Bienestar Social (Keyes, 1998). Para medir los aspectos estructurales de las relaciones sociales, tales como tamaño de la red social y número de horas semanales en compañía de la red social, se utilizó una entrevista estructurada diseñada para este estudio.

Resultados: La aceptación social correlacionaba positivamente con el tamaño de la red social, con el apoyo emocional y afectivo, con la valoración subjetiva de las relaciones sociales y con la integración social. La aceptación social explicaba entre el 2,9% y el 11,7% de la variabilidad en las relaciones sociales, teniendo el mayor poder explicativo en el caso de la valoración subjetiva de las relaciones sociales.

Conclusiones: La aceptación social es un aspecto relevante a tener en cuenta a la hora de estudiar las relaciones sociales de las personas mayores. Las intervenciones que tienen como fin mejorar las relaciones sociales de las personas mayores tienen que contemplar la actitud que los mayores tienen hacia las personas que les rodean.

OS-044. TENIENDO EN CUENTA A LAS PERSONAS MAYORES: ¿ALCANZAN LA VEJEZ CON ÉXITO SEGÚN SUS PROPIOS CRITERIOS?

M. Izal, L. Sánchez, T. Mingo, G. Jiménez, S. Rodríguez de la Plaza e I. Montorio
Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Objetivos: Durante la última década, ha existido un claro interés por desarrollar una definición de envejecimiento exitoso que incluya una visión multidimensional compuesta de medidas objetivas y subjetivas y que considere la propia perspectiva de los adultos mayores. La ciencia y la política continúan interesadas en conocer cómo las propias personas mayores consideran qué es envejecer bien. El objetivo de este trabajo es conocer, sobre una muestra de personas mayores, si, a su juicio, están envejeciendo bien, utilizando múltiples criterios que ellos consideran importantes y la relación de éstos con medidas tradicionales de envejecimiento con éxito.

Métodos: 130 participantes mayores de 65 años completaron una batería de instrumentos que evalúan diferentes dimensiones de envejecimiento con éxito, incluyendo la medida de salud SF12. También se les preguntó si habían logrado alcanzar 15 criterios de envejecimiento con éxito previamente identificados como importantes por las propias personas mayores y que implican creencias sobre la salud física, funcional, social y psicológica (Phelan et al, 2004).

Resultados: Como promedio, los participantes informaron cumplir 10 de los 15 criterios de envejecimiento con éxito. "Estar libre de enfermedades crónicas" es el único criterio en el que existe una mayoría de personas que no lo alcanzan. La muestra fue dividida por la mediana de la puntuación en el cuestionario de Phelan. Existen diferencias significativas entre ambos grupos de envejecimiento con éxito autopercibido en las dimensiones práctica de ejercicio físico ($t = 2.2$, $p < 0.05$), estado de ánimo ($t = 3.1$, $p < 0.01$), funcionamiento social ($t = 2.7$, $p < 0.01$), satisfacción en la vida ($t = 1.9$, $p < 0.05$) y en salud según SF12 ($t = 5.6$, $p < 0.01$). No existen diferencias por edad o género.

Conclusiones: Este trabajo incorpora al estudio del envejecimiento con éxito una perspectiva multidimensional y el uso de criterios que las propias personas mayores consideran importantes. Las personas mayores como promedio alcanzan dos tercios del total posible de lo

que ellos mismos consideran vejez con éxito y además aquellos que reúnen más criterios de vejez con éxito puntúan de forma más elevada en otras dimensiones tradicionales de vejez con éxito, como son el ejercicio físico, la salud, la participación social o el funcionamiento afectivo.

OS6: Soledad

OS-045. PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y SENTIMIENTOS DE SOLEDAD EN ABUELOS CON NIETOS DE 6 A 12 AÑOS

J. López Martínez, C. Noriega, C. Velasco y G. Pérez-Rojo
CEU San Pablo. Madrid.

Objetivos: Analizar la influencia de las relaciones con los nietos en la percepción de apoyo y los sentimientos de soledad de los abuelos.

Métodos: Se evaluaron 300 abuelos con nietos de entre los 6 y 12 años acerca de la frecuencia de contactos entre el abuelo y el nieto, la calidad de la relación abuelo-nieto, el número de nietos, características sociodemográficas del abuelo (edad, sexo y parentesco) y del nieto (sexo). La cantidad de apoyos sociales y la satisfacción con los mismos fueron evaluadas con el cuestionario de apoyo social de Saranson. Los sentimientos de soledad fueron evaluados con el Cuestionario de bienestar psicológico de Ryff. ANOVAs de un factor y pruebas t-Student se utilizaron para estudiar diferencias de medias en los apoyos y los sentimientos de soledad en función de las distintas variables independientes analizadas. Por último, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre la edad del abuelo, la percepción de apoyos y los sentimientos de soledad.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en la cantidad de apoyos sociales recibidos en función del número de nietos, siendo mayores entre los que tienen un mayor número de nietos ($p < 0,001$). Asimismo, se observaron diferencias significativas en la satisfacción con los apoyos sociales recibidos en función de la frecuencia de contactos ($p < 0,001$), siendo mayores las puntuaciones en los sujetos que tenían contactos diarios con los nietos. Por último, se han encontrado correlaciones significativamente positivas entre cantidad de apoyos y satisfacción con los mismos ($p < 0,001$) y negativas entre cantidad de apoyos sociales y sentimientos de soledad ($p < 0,001$). Sin embargo, no se encontraron correlaciones entre satisfacción con los apoyos y sentimientos de soledad. Por último, no se han encontrado diferencias significativas en función del sexo, la edad, el parentesco ni la calidad de la relación con el nieto.

Conclusiones: Aunque el número de nietos parece incrementar la cantidad de apoyos sociales, son sobre todo los contactos frecuentes con los nietos los que incrementan los niveles de satisfacción con los mismos. Convendría que estudios futuros profundicen en estas variables para desarrollar programas intergeneracionales orientados a incrementar las redes de apoyos de los abuelos.

OS-046. PREDICTORES DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DE 65 Y MÁS AÑOS

D. Sequeira Daza¹, M. Montero López Lena² y J.L. Cabezas Casado³
¹Universidad Central de Chile. Santiago de Chile. ²UNAM. México. ³UGR. Granada.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue identificar algunos predictores de riesgo asociados a la soledad y elaborar un perfil de riesgo de adultos mayores de 65 y más años susceptibles de experimentar soledad.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal correlacional desarrollado con una muestra no probabilística constituida por 350 adultos mayo-

res entre 65 y 95 años (41,1% hombres y 58,9% mujeres). La información se obtuvo a través de un cuestionario multidimensional de elaboración propia sin estructura psicométrica de 79 preguntas relacionadas con características socio- demográficas, psicológicas y estado de salud, y de cuatro escalas que miden Auto-eficacia (Escala de Autoeficacia Generalizada), Satisfacción con la vida (Escala de Satisfacción con la Vida de Diener), Apoyo Social (Cuestionario MOS de Apoyo Social) y Soledad (Inventario Multifacético de Soledad en Adultos Mayores). Los factores de riesgo de soledad se obtuvieron a través del modelo de regresión logística en el programa estadístico SPSS15 y R versión 2.11.0.14.

Resultados: El 17% de la muestra experimentaba soledad al momento de realizar el estudio, las variables que se asociaron significativamente con la soledad fueron la presencia de enfermedades crónicas: diabetes, artrosis, estados depresivos, bronquitis y estados depresivos, la edad, el tipo de convivencia, la satisfacción con la vida, la percepción del estado de salud y ánimo y el apoyo social. No aportaron información significativa la autoeficacia, el sexo, la participación en organizaciones sociales, el ingreso y el nivel de estudios.

Conclusiones: El estudio permite concluir que la persona con mayor probabilidad de experimentar soledad es aquella que tiene más de 80 años que tiene una mala percepción de su estado de salud, percibe que tiene un apoyo social deficitario, que tiene enfermedades crónicas como diabetes, artrosis, bronquitis y estados depresivos, que no tiene pareja, que se siente insatisfecha con la vida y que se siente desanimada. Siendo la soledad un problema prevalente y previsible para las personas mayores, ésta debe ser vista como una prioridad en la atención de enfermería comunitaria y los factores de riesgo deben ser incorporados en la valoración de enfermería a fin de planificar intervenciones de acuerdo a las características específicas de las personas mayores.

OS-047. EL VOLUNTARIADO COMO FACTOR PROTECTOR DEL BIENESTAR EN LAS PERSONAS MAYORES

A. Chulian Horrillo¹, G. Pérez Rojo² y M.L. Delgado Losada³

¹Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid. ²Universidad CEU San Pablo. Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Introducción: El voluntariado es una forma altruista y solidaria de participar socialmente aportando un gran valor a la sociedad. Las personas mayores que viven solas y que no cuentan con apoyo social son uno de los principales objetivos de intervención para las organizaciones de voluntariado que perciben y conocen la creciente soledad entre las personas mayores (Vecina, 2001; Dávila de León & Díaz Morales, 2005; Aknin et al, 2013). Que sean las propias personas mayores las que realicen esta labor puede ser un valor añadido a esta actividad.

Objetivos: Analizar si el voluntariado actúa como factor protector para el bienestar de las personas mayores.

Métodos: Se aplicó un protocolo de evaluación, con cuestionarios validados para personas mayores, a 57 mayores voluntarios, que ejercen su voluntariado en Madrid a través de una asociación de voluntariado, y 26 receptores de ayuda mayores de 60 años.

Resultados: Los mayores voluntarios son mayoritariamente universitarios o con educación secundaria completa, estando el 82% de los hombres casados y el 45% de las mujeres solteras. Los análisis realizados demuestran que las personas mayores voluntarias presentan mejor percepción de la salud ($\chi^2 = 48,825$; $p < 0,01$), mayor apoyo social ($t = -3,081$; $p < 0,01$) y autoestima ($t = -4,792$; $p < 0,01$), menor depresión ($t = 7,348$; $p < 0,01$), ansiedad ($t = 5,793$; $p < 0,01$) y soledad ($t = 4,660$; $p < 0,01$). El dato más llamativo es el alto índice de estereotipos negativos asociados a la vejez ($t = -4,665$; $p < 0,01$).

Conclusiones: Los resultados muestran que el voluntariado en personas mayores es un elemento clave que garantiza un mejor bienestar.

tar en las personas mayores y está relacionado con el envejecimiento saludable. El hecho de que presenten un gran número de estereotipos negativos asociados a la vejez puede asociarse con los miedos e insatisfacciones que presentan, relacionados con la realidad social que perciben a raíz de las personas mayores a las que atienden.

OS-048. LA SOLEDAD DESDE EL MODELO BIOPSICOSOCIAL DE LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

G. Pérez Rojo¹, M.L. Delgado Losada² y A. Chulian Horrillo³

¹Universidad CEU San Pablo. Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ³Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid.

Introducción: La soledad ha dejado de ser una preocupación personal y un problema social para convertirse también en un problema de salud física, psicológica y social. La soledad provoca cambios y modificaciones que predisponen a la enfermedad y afectan a la calidad de vida de las personas mayores. Los estudios indican cambios como, aumento de la hipertensión arterial, sistema inmunitario deprimido, malos hábitos alimenticios, depresión, mayor estrés (Anderson, 1992; Routasalo & Pitkälä, 2003; Momtaz, Hamid & Yusoff, 2012; Thekee, 2013; y, Boss, Kang, & Branson, 2015).

Objetivos: Analizar la relación entre la soledad y posibles factores predictores relacionados con la salud entendida desde un modelo biopsicosocial.

Métodos: La muestra está compuesta por 83 personas mayores (35 hombres y 48 mujeres) de 60 años sin deterioro cognitivo que viven en sus domicilios. Para medir la soledad se utilizó la escala de soledad UCLA y se aplicaron también medidas para evaluar la salud física (estado de salud, dependencia), psicológica (depresión, ansiedad, autoestima) y social (apoyo social). Se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos utilizando el programa computarizado SPSS versión 22.

Resultados: Los resultados de la investigación indican que la puntuación media de los participantes en la escala de soledad fue de 35 puntos (rango 20-80). Se encontró que la percepción negativa de la salud, alta ansiedad rasgo y la falta de apoyo social serían las mejores variables predictoras para explicar la soledad en personas mayores.

Conclusiones: Se confirman los resultados sugeridos en estudios previos sobre el sentimiento de soledad como un factor de riesgo relacionado con la salud física, psicológica y social de las personas mayores. El sentimiento de soledad guardaba relación no sólo con el estado civil, la situación socioeconómica, sino también con la salud física, el apoyo social y el nivel de ansiedad de las personas mayores. Estos resultados pueden ser tenidos en cuenta para el desarrollo de intervenciones orientadas a abordar la soledad y sus consecuencias negativas en las personas mayores. El análisis de los resultados de estas intervenciones determinará si reduciendo la soledad mejora la calidad de vida de las personas mayores.

OS-049. LA SOLEDAD PERCIBIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DE MADRID EVALUADA A TRAVÉS DE LA ESCALA DE SOLEDAD UCLA

B. Ausín Benito, M. Muñoz y A.B. Santos-Olmo
UCM. Madrid.

Objetivos: Analizar cómo perciben la soledad las personas mayores de Madrid y qué variables pueden estar interviniendo en esa percepción de soledad (sexo, edad, estado civil, tener o no hijos, variables de convivencia y otras variables de salud y funcionamiento)

Métodos: La muestra se obtiene a partir de una muestra aleatoria de personas mayores de la Comunidad de Madrid. Se tienen en cuenta los criterios de inclusión y exclusión en la muestra. Se compone de hombres y mujeres de entre 65 y 85 años y se estratifica por edad y

sexo. Se entrevistó a un total de 419 personas. La entrevista se realizó cara a cara en el domicilio de las personas mayores, por personal entrenado. Se administró la Escala de Soledad UCLA, junto con un cuestionario con variables sociodemográficas, además de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta para Personas Mayores CIDI65+, las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años HoNOS65+ y la Escala de Discapacidad de la OMS WHO-DAS-II. Se analizan las respuestas a la UCLA. Se evalúan los posibles efectos del sexo, de la edad, estado civil, tener o no hijos, variables de convivencia y de otras variables de salud y de funcionamiento en esa percepción de soledad.

Resultados: Alrededor del 16% de las personas de la muestra se perciben solas con una frecuencia de bastante y a veces. Cerca del 70% no se perciben solas y cerca del 14% se perciben solas pocas veces. Se encuentra una relación directa entre algunas de las variables estudiadas (sexo, edad, estado civil, tener o no hijos, variables de convivencia y otras variables de salud y funcionamiento) y la percepción de soledad de la persona mayor.

Conclusiones: La soledad percibida es multicausal y está directamente relacionada con algunas variables de salud y de funcionamiento, entre otras. El abordaje profesional de este constructo tendrá que contemplar estas variables que tienen impacto en la percepción de soledad de las personas mayores.

OS-050. IMPACTO DEL GÉNERO Y LA EDAD EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO USADAS POR PERSONAS MAYORES

L. Rubio Rubio¹, C.G. Dumitache² y R. Rubio-Herrera²

¹Universidad de Burgos. Burgos. ²Universidad de Granada. Granada.

Objetivos: Analizar el perfil de estrategias de afrontamiento usadas según género, edad y tipo de situación estresante en un grupo de personas mayores de 55 años del ámbito urbano de la ciudad de Granada.

Métodos: La muestra estuvo compuesta por 243 participantes, 81 hombres y 162 mujeres, con una media de edad de 71,93 años (DT = 8,63). Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó el cuestionario CSI que incluye una pregunta abierta para indicar una situación estresante ocurrida recientemente, 40 ítems para evaluar el uso de 8 estrategias de afrontamiento y un ítem para evaluar la autoeficacia percibida.

Resultados: Las situaciones estresantes se clasificaron en 3 categorías: problemas de salud, familiares y otros problemas (financieros o de trabajo). Las mujeres señalaron con más frecuencia problemas de salud como situación estresante mientras que los hombres indicaron problemas financieros o laborales. Se observaron diferencias en las estrategias utilizadas para enfrentarse a estas situaciones en función del género. Las mujeres puntuaron más alto en expresión de emociones en todas las situaciones estresantes, además usaban más frecuentemente la resolución de problemas y búsqueda de apoyo social para enfrentarse a los problemas de salud, pensamiento desiderativo en problemas familiares y evitación de problemas para otros problemas. Sin embargo los hombres utilizaban la autocritica y la resolución de problemas para enfrentarse tanto a problemas familiares como a problemas financieros o de trabajo. En relación a la edad, los menores de 65 años mencionaron más frecuentemente como situación estresante los problemas familiares, sin embargo a partir de esta edad son los problemas de salud la situación estresante más frecuente. Las estrategias más usadas en todos los grupos fueron apoyo social y resolución de problemas para enfrentarse a problemas de salud y autocritica para problemas interpersonales u otros problemas.

Conclusiones: Los resultados ponen de manifiesto que variables como el género o la edad determinan el tipo de situaciones consideradas estresantes y además inciden en el tipo de estrategias de afrontamiento elegidas. Sin embargo, es necesaria más investigación al

respecto, analizando la influencia de variables como los estereotipos de rol de género o variables de personalidad.

OS-051. SOLEDAD Y ABURRIMIENTO: DOS PREGUNTAS CLAVE PARA ENTENDER LA DEPRESIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

V. Fernández Fernández¹, A. Losada Baltar², M. Márquez González³, R. Romero Moreno², C. Nogales González², J. López¹ y L. Gallego³

¹Universidad San Pablo CEU. Madrid. ²Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. ³Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Objetivos: Numerosos estudios constatan el efecto perjudicial de la soledad sobre el envejecimiento (Luo y Waite, 2014). Realizar actividades agradables también ha sido señalada como un elemento de protección en la depresión (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001). Se propone un modelo explicativo de depresión basado en los sentimientos de soledad y aburrimiento y la realización de actividades agradables con el objetivo de comprobar el valor predictivo que tienen estas variables en la explicación del malestar de las personas mayores.

Métodos: Participaron en este estudio 393 personas mayores de 60 años (media edad: 71,5; d.t: 6,9; 70,2% mujeres) con nivel cognitivo y funcional normal. Se analizaron correlaciones entre las variables estudiadas (sexo, aburrimiento, soledad, frecuencia de actividades agradables, red social y sintomatología depresiva). Se realizó un análisis de regresión jerárquica, introduciendo en un primer paso el sexo, después el aburrimiento y la soledad, a continuación la red social y finalmente la frecuencia de actividades agradables. Se analizaron los resultados en dos grupos: sintomatología depresiva alta (CES-D ≥ 16, según recomendación de Radloff y Teri, 1985) y baja (CES-D < 16).

Resultados: El modelo propuesto explica un 23,9% de varianza de depresión en las personas probablemente deprimidas, y un 11,2% en los probablemente no deprimidos. Controlando previamente el efecto de las actividades agradables, la soledad explica un 10,1% en el primer grupo ($t = 2,80$; $p \leq 0,01$), frente a un 5,3% en el segundo ($t = 3,41$; $p \leq 0,001$). El aburrimiento ($t = 3,50$; $p \leq 0,001$) sólo muestra valor predictivo significativo en el grupo de deprimidos (8%). Realizar actividades agradables, contribuye en menor medida a la explicación del malestar de las personas deprimidas (8,2%; $p \leq 0,05$), frente a un 5,8% en no deprimidos ($p \leq 0,001$).

Conclusiones: El modelo propuesto, basado en preguntas directas ("Se siente solo?"; "Generalmente, ¿usted diría que se aburre?") junto con realización de actividades agradables permite explicar un importante porcentaje de varianza del malestar en las personas deprimidas. La soledad y el aburrimiento añaden explicación de la varianza, habiendo controlado el efecto de las actividades agradables y siendo además evaluadas con ítems individuales, por lo que parecen ser especialmente relevantes para explicar la sintomatología depresiva de las personas mayores con sintomatología depresiva elevada.

OS-052. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES

M. Donio-Bellegarde Nunes y S. Pinazo-Hernandis

Universidad de Valencia. Valencia.

Introducción: La soledad es una experiencia subjetiva desagradable e inquietante que resulta de deficiencias en las relaciones sociales de la persona afectada (Peplau y Perlman, 1982). Se suele evaluar la soledad a través de autoinformes subjetivos, sea con escalas validadas o con una pregunta única y directa sobre su presencia y/o frecuencia. Datos recientes indican que un 23,1% de los mayores españoles se sienten solos (Losada et al, 2012). Pero podría tratarse de una subestimación, ya que su valoración se ve afectada por el

estigma y la creencia de que sea un fracaso social (Rubio Herrera, 2004; Victor et al, 2005; Tiikkainen y Heikkilä, 2005).

Objetivos: 1. Revisar qué instrumentos han sido utilizados para medir la soledad en personas mayores en los últimos quince años; 2. Identificar cuáles han sido los instrumentos más usados; 3. Conocer las propiedades psicométricas de estos instrumentos, sus ventajas e inconvenientes de acuerdo con lo descrito por quienes los utilizaron.

Métodos: La revisión bibliográfica se realizó en bases de datos de revistas científicas indexadas y comprendía artículos publicados sobre instrumentos de medida de la soledad en personas mayores entre 2000-2015: PSYCinfo, PSYccritiques, PSYCarticles, PROQUEST y PILOTS.

Resultados: Las bases de datos consultadas recogían 296 artículos científicos y tesis doctorales o tesinas, 101 de los cuales se identificaron como relevantes, según los criterios de inclusión. Se obtuvieron seis instrumentos de medida de soledad, siendo los más frecuentes las diversas versiones de la UCLA Loneliness Scale (N = 61), seguidas de la De Jong Gierveld Loneliness Scale (N = 15). Sólo se encontraron dos artículos de investigaciones con muestra y autores españoles.

Conclusiones: Los resultados sugieren que gran parte de las investigaciones sobre soledad se ha centrado en muestras de jóvenes y adolescentes y han sido realizadas en otros países, pero no en España. Identificamos, por un lado, la escasez de investigaciones que midan la soledad de las personas mayores españolas y, por otro, las fortalezas y las debilidades de los instrumentos disponibles actualmente.

OS-053. PREVENIR LA SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES: LOS BARES COMO LUGARES DE ENCUENTRO. "¿TOMAMOS UN CAFÉ?"

M.M. Sánchez

Benito Menni Complex Asistencial en Salut Mental. Sant Boi de Llobregat.

Objetivos: La soledad subjetiva en las personas mayores se relaciona con acontecimientos vitales como la viudedad, el empeoramiento de la salud y la lejanía de los hijos (Pinquart y Sörensen, 2001). La participación social en la comunidad a través de actividades de ocio y voluntariado, así como la presencia de amigos en la red social son factores protectores de la soledad (de Jong Gierveld y van Tilburg, 1995). En este estudio se investiga la frecuencia de actividades sociales y la participación en asociaciones como factores protectores de la soledad subjetiva en nuestro contexto cultural.

Métodos: N = 646 personas mayores españolas residentes en la comunidad de ambos性, con edades entre 60 y 95 años. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, salud percibida, variables de integración en la comunidad y de la red social. La soledad se midió mediante una escala estandarizada (de Jong Gierveld, 1987). Se realizó un análisis descriptivo de los datos y un análisis de regresión múltiple para evaluar el efecto de las diferentes variables en la soledad subjetiva.

Resultados: Las personas mayores que viven solas, han tenido pérdidas significativas en el último año y tienen una salud subjetiva deteriorada se sienten más solas. En cuanto a los factores protectores de la red social, ir a bares y cafeterías, tener amigos y una red social amplia predicen una menor soledad subjetiva.

Conclusiones: En nuestro país las personas mayores que viven solas se sienten solas a menudo. Los resultados de este estudio muestran que acudir con frecuencia a bares y cafeterías se relaciona con una menor soledad subjetiva. En nuestro contexto cultural los bares constituyen lugares de encuentro socialmente aceptados que proporcionan oportunidades para entablar relaciones de amistad. Los programas de intervención dirigidos a prevenir la soledad deberían tener en cuenta las preferencias de las personas mayores y los lugares de encuentro que utilizan.

OS7: Cognición

OS-054. APPLICABILIDAD DE KINECT EN TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS SOBRE POBLACIÓN CON DETERIORO COGNITIVO

M. Cabello Herranz y A. Caba Rubio

Centro Integrado Municipal Jazmín. Madrid.

Objetivos: El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación, sin embargo, existe evidencia de que las personas con enfermedades que cursan con deterioro cognitivo conservan capacidad de aprendizaje. Es en esta capacidad, y en el hecho de que la intervención rehabilitadora puede producir beneficios a través de la modulación de los mecanismos neuro-plásticos, donde se asienta la intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias. El objetivo del presente trabajo es analizar la influencia del entrenamiento con Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) sobre la esfera afectivo-relacional en personas dependientes en los ámbitos comunitario e institucionalizado.

Métodos: Estudio comparativo pre-post durante el cual se somete a 89 participantes (64 mujeres, 25 hombres), media de edad de 77.17 años y desviación típica de 10.96 que conviven en residencias, centros de día o en su propio domicilio, con distintos grados de deterioro cognitivo (65% con diagnóstico de Alzheimer y otras demencias y 35% sin deterioro cognitivo), a 12 sesiones de estimulación cognitiva enriquecida, repartidas en 4 semanas usando como herramienta la consola X-BOX 360 con dispositivo Kinect de Microsoft y tres juegos. Para realizar la evaluación, se aplicaron la subescala cognitiva de la Functional Independence Measure (FIM-Cognitivo) y la Escala de Estimación Psicomotriz (EEP), elaborada ad hoc. Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico PASW v.18.

Resultados: Relacionando las mediciones pre y post de los ítems de la escala EEP, habiendo mejorado el 39% en atención; el 34% en memoria y un 24% en lenguaje y comunicación. Se obtienen para todos ellos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Es significativa la relación entre la mejora en Interacción social según la subescala cognitiva de la escala FIM y el ítem de Lenguaje y comunicación de la escala EEP ($p < 0,001$).

Conclusiones: El uso de la videoconsola Xbox 360 con Kinect es útil como soporte para el diseño y realización de sesiones de estimulación cognitiva enriquecida. Se evidencian mejoras significativas tras la intervención en las distintas áreas trabajadas (cognitiva e interacción social).

OS-055. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LAS PERSONAS MAYORES DE MADRID: RESULTADOS DEL ESTUDIO MENTDIS_ICF65+

B. Ausín Benito, M. Muñoz, M. Castellanos y A.B. Santos-Olmo
UCM. Madrid.

Objetivos: El proyecto MentDis_ICF65+ es un estudio europeo epidemiológico sobre los trastornos mentales en las personas mayores, en el que participa la ciudad de Madrid. El objetivo es conocer los datos de prevalencia del trastorno mental (total y por edad y sexo) vital, de un año y actual en personas de entre 65 y 85 años.

Métodos: La muestra se obtiene a partir de una muestra aleatoria de personas mayores de la Comunidad de Madrid. Se compone de 555 hombres y mujeres de entre 65 y 85 años y se estratifica por edad y sexo. Se administró la CIDI65+ (desarrollada en este estudio). La prevalencia se calcula mediante un análisis de frecuencias de las variables acerca de la existencia de un trastorno mental, en los tres niveles: vital, al año y actual. Los posibles efectos de la edad y el sexo se analizan mediante la odds ratio (OR), a un 95% de confianza.

Resultados: Casi una de cada dos personas mayores de 65 años han sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida (si se incluye la

dependencia a la nicotina), uno de cada tres lo han sufrido en el último año, y casi uno de cada cinco personas padecen en la actualidad un trastorno mental. Si se excluye la dependencia a la nicotina, los porcentajes disminuyen pero siguen siendo altos: 38,2% de las personas han sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, 29,2% lo han sufrido en el último año, y 16,6% padecen en la actualidad un trastorno mental. Los trastornos con tasas de prevalencia mayores fueron los trastornos de ansiedad, los relacionados con el uso y abuso de sustancias y los afectivos. Se muestran los efectos de la edad y el sexo en la prevalencia de cada uno de los trastornos mentales.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio muestran tasas de prevalencia más altas que en los estudios precedentes que emplean una entrevista estandarizada y estructurada como la CIDI.

OS-056. PROCESO DE INTERVENCIÓN SOCIAL-SANITARIA EN PACIENTES CON DEMENCIA Y SUS FAMILIAS

N. Pou Canales¹, V. Mir² y M.A. Rocabayera³

¹Hospital de Mataró. Mataró. ²ABS Mataró. Mataró. ³ABS St. Adrià. Sant Adrià de Besòs.

Objetivos: Definir la atención integrada social y sanitaria en la trayectoria de las demencias des del trabajo social sanitario en base al continuum asistencial. Identificar proactivamente los pacientes diagnosticados de demencia para iniciar la intervención des del trabajo social sanitario. Identificar las necesidades sociofamiliares producidas o asociadas al proceso de demencia. Adecuar los ritmos de intervención a las necesidades del paciente y su familia. Poner en marcha sistemas de ayuda que permitan al sistema sociofamiliar hacer frente a las situaciones provocadas por la enfermedad. Incluir los elementos de prevención, soporte, intervención, protección y control que se requieran.

Métodos: La intervención social sanitaria definida se inicia en el momento en que la enfermedad está presente. La mejor manera de intervenir es desde el momento del diagnóstico para poder trabajar con el paciente/familia/entorno desde el principio. El proceso de intervención del trabajador social sanitario se produce paralelamente a la del médico y la enfermera, y en la mayoría de las ocasiones la intervención se hará de manera conjunta con el resto de profesionales sanitarios. Se definen las diferentes fases del proceso de intervención del trabajador social sanitario en el momento en el que se diagnostica una demencia: 1) Acogida. 2) Acompañamiento social-sanitario. 3) Tratamiento y seguimiento social-sanitario. 4) Acompañamiento en el duelo. Todo ello se realizará en base a diferentes modelos de intervención.

Resultados: El presente trabajo es una propuesta de proceso de intervención des del trabajo social sanitario con los enfermos con demencia des del inicio hasta el final de vida, por lo que no se dispone de resultados.

Conclusiones: Tener procesos definidos a nivel de trabajo social sanitario nos permitirá: Adecuar la atención a las necesidades que en cada momento de la enfermedad tendrán los pacientes con demencia y sus familias. Definir el tipo de intervención en cada etapa del proceso. Realizar una intervención proactiva des del inicio del diagnóstico. Mantener un seguimiento durante todo el proceso de la enfermedad y, posteriormente, en duelo de la familia. La intensidad de la intervención variará en función de las necesidades bio-psicosociales del paciente y/o familia.

OS-057. ALZHUP: I+D+I Y ALZHEIMER. EL FUTURO DE LA INTERVENCIÓN INTEGRAL

J.A. Sánchez Martín¹, M.J. Valenzuela Mena²

y R. Espinosa de los Monteros Iglesias²

¹Reta al Alzheimer. S.L./Instituto de Neurociencias de Castilla y León. Salamanca. ²Reta al Alzheimer. Zaragoza.

AlzhUp es un servicio socio sanitario, surgido de la unión de las nuevas tecnologías y las terapias no farmacológicas (TNF), puestas al

servicio del avance terapéutico, la investigación y la intervención dirigidas al bienestar de la persona con enfermedad de Alzheimer y su entorno (cuidadores y familiares). En este servicio se unen la experiencia en el emprendimiento y creatividad de Reta al Alzheimer, S.L. y los antecedentes en investigación del CRE de Alzheimer de Salamanca (IMSERSO) y el Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL). AlzhUp presenta varios pilares importantes: Por un lado, terapias digitales en base a componentes cuidadosamente elaborados, que siguen los principios validados de metodologías de la rehabilitación neuropsicológica y las terapias no farmacológicas (TNF). Concretamente, uno de los aspectos más importantes es la digitalización del PACID, programa de estimulación del CRE Alzheimer. A ello, se une la utilización del Banco de Recuerdos Personal, reforzando la memoria autobiográfica, a través de la etiquetación de recuerdos en diferentes formatos sobre las categorías del "Arte de la memoria". Ésta inclusión, permite la generalización de los aspectos en rehabilitación, y la personalización de las actividades del PACID. Por último, se emplean técnicas de gamificación para aumentar la interconexión en todos los ámbitos de la red sociosanitaria de la persona afectada. La figura del cuidador es fundamental dentro del servicio, pero también la continua intervención y seguimiento del profesional. De esta forma, el esquema de intervención de AlzhUp contempla los aspectos terapéuticos, motivacionales, emocionales y sociales, creando un ecosistema único hasta la fecha en la lucha contra el Alzheimer. Dicho ecosistema tiene como objetivos fundamentales la medición y la investigación, diferenciando a AlzhUp de las alternativas conocidas como "Brain Games" en su metodología de validación científica. De esta forma se crea un test propio de valoración de deterioro, se propone una metodología de validación del propio programa, de valoración continua del estado de la persona con Enfermedad de Alzheimer, del proceso a través del punto de vista de los cuidadores (formales e informales) y finalmente la validación general de AlzhUp como prueba de su efectividad terapéutica.

OS-058. LOS FACTORES PSICOSOCIALES COMO PREDICTORES DEL FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES DE 85 AÑOS

I. Etxeberria
Autónomo. Hernani.

Conocer las variables que tienen valor predictor en el funcionamiento emocional de las personas mayores de 85 años es de suma importancia por sus implicaciones en la intervención. Esta investigación analizó la relación del funcionamiento cognitivo, la capacidad funcional (ABVD y AIVD), la salud (índice de comorbilidad y número de fármacos) la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la personalidad y el apoyo social, con el funcionamiento emocional (afecto positivo y negativo, satisfacción con la vida y soledad) en las personas mayores de 85 años. Participaron 102 personas mayores de 85 años sin deterioro cognitivo. La edad media de los participantes fue de ($M = 92,53$, $DT = 5,91$). Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos en el que las variables criterio fueron cada una de las siguientes variables: el afecto positivo, el afecto negativo, la satisfacción con la vida y la soledad. En el afecto positivo la Responsabilidad explicó el 25,4% de la varianza. En el afecto negativo fue el rasgo de personalidad Neuroticismo el que explicó el 14,3%. En lo que respecta a la satisfacción con la vida, fue la Extraversión (10,4%), y por último, en referencia a la soledad el apoyo social fue la variable con mayor peso predictor (14,9%). En conclusión, los factores psicosociales (personalidad y apoyo social) son los que mayor peso predictivo tienen sobre el funcionamiento emocional en las personas mayores de 85 años. Por tanto, cultivar las relaciones sociales incluso en edades avanzadas tiene una gran relevancia.

OS-059. VARIABLES SOCIOEDUCATIVAS. ¿CUÁLES SON LAS QUE MEJOR PREDICEN EL RENDIMIENTO COGNITIVO POR SEXO Y GRUPO DE EDAD?

M.F. González Pérez¹, D. Facal Mayo², O. Juncos Rabadán²
y J.J. Yanguas Lezáun³

¹Neuropsicóloga. San Sebastián. ²Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ³Matia Instituto Gerontológico. San Sebastián.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es el de conocer qué variables socioeducativas predicen mejor el funcionamiento cognitivo de las personas mayores teniendo en cuenta su sexo y su grupo de edad.

Métodos: Dentro de las variables socioeducativas se evaluaron: Frecuencia de participación en actividades (culturales, formativas, sociales, de asociacionismo, en el entorno doméstico y del barrio y hacer viajes de turismo), nivel de estudios más alto completado, nivel económico objetivo (dinero gastado al mes para cubrir las distintas necesidades), nivel económico subjetivo (se le pide al participante que sitúe sus ingresos en una escala del 0 al 10) y profesión (categorizada siguiendo el protocolo NEST-DD, Garibotto et al, 2008). Para la evaluación cognitiva se utilizó un índice de rendimiento cognitivo que engloba las funciones: memoria verbal inmediata y demorada, velocidad visuomotriz, amplitud de memoria de trabajo, fluidez fonológica y semántica y denominación. Los participantes fueron 832 personas sin deterioro cognitivo ni depresión. Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple siguiendo el método paso a paso.

Resultados: Las variables que entraron en el modelo fueron las mismas para hombres ($F(3,410) = 78,803$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,366$) que para mujeres ($F(3,396) = 99,068$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,429$): nivel de estudios, nivel económico objetivo y participación en actividades. En cuanto a los grupos de edad, en el de 50-59 años resultaron significativas: nivel de estudios y nivel económico objetivo ($F(2,304) = 84,648$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,358$). En el de 60-69 las variables nivel de estudios, profesión y participación en actividades ($F(3,245) = 26,289$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,243$) resultaron significativas. Las variables nivel de estudios, participación en actividades y nivel económico objetivo ($F(3,168) = 35,779$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,390$) fueron significativas en el grupo de 70-79 años. Finalmente, solo la variable nivel económico objetivo ($F(1,84) = 21,463$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,204$) resultó significativa en el grupo de los más mayores.

Conclusiones: El nivel de estudios es la variable que mejor predice el rendimiento cognitivo en los diferentes grupos según sexo y grupo de edad, con la excepción del grupo de 80+ años lo cual se puede deber a que la mayoría tenga un nivel de estudios similar. No obstante, otras variables también tienen valor predictivo (ej, nivel económico objetivo) por lo que es importante tenerlas en cuenta.

OS-060. CREACIÓN DE UN ÍNDICE DE RENDIMIENTO COGNITIVO EN EL ESTUDIO LONGITUDINAL ELES

M.F. González Pérez¹, D. Facal Mayo², O. Juncos Rabadán²
y J.J. Yanguas Lezáun³

¹Neuropsicóloga. San Sebastián. ²Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ³Matia Instituto Gerontológico. San Sebastián.

Objetivos: En los estudios longitudinales se suelen evaluar diferentes funciones cognitivas. Sin embargo, viene siendo una práctica común en estos estudios (ej, Chicago Health and Aging Project – Wilson et al, 2010) el crear un índice de funcionamiento cognitivo con el fin de obtener una medida compuesta que englobe las diferentes funciones y que facilite análisis posteriores. El objetivo de este trabajo es el de analizar la posibilidad de crear dicho índice con los datos del Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES) (www.proyectoel.es).

Métodos: Las tareas cognitivas medidas en el estudio ELES son: memoria verbal inmediata y demorada (Test de Aprendizaje Auditivo

Verbal de Rey); velocidad visuomotriz (tarea donde se pedía marcar unas letras concretas en una hoja con un patrón aleatorio de letras); amplitud de memoria de trabajo (tarea de dígitos hacia atrás del WAIS); fluidez fonológica y semántica (decir durante un minuto palabras que empiecen por "S" y nombres de animales, respectivamente); denominación (test de vocabulario de Boston). Para este estudio se han tenido en cuenta los datos de 832 personas sin deterioro cognitivo ni depresión.

Resultados: En primer lugar se realizó un análisis factorial exploratorio siguiendo el método de extracción de Componentes Principales y el método de rotación Direct Oblimin. El análisis factorial identificó un factor de rendimiento cognitivo que explicaba el 50,57% de la varianza. En este factor se agruparon todas las variables cognitivas, que se presentan a continuación con sus respectivas cargas factoriales: memoria verbal inmediata (0,813); memoria verbal demorada (0,768); fluidez fonológica (0,727); fluidez semántica (0,714); amplitud de memoria de trabajo (0,678); denominación (0,659); velocidad visuomotriz (0,597). Para el cálculo del índice de rendimiento cognitivo, como se confirmó que todas las variables entraban en el mismo factor, se transformaron las puntuaciones directas de los test de evaluación cognitiva a puntuaciones z y se halló la media de esas puntuaciones z.

Conclusiones: Al igual que sucede en otros estudios longitudinales, las variables cognitivas del estudio ELES se agrupan en un mismo factor lo que posibilita que se pueda crear un índice de rendimiento cognitivo con el que se puede operar en futuros análisis.

OS-061. ESTUDIO DE LAS TRANSICIONES DIAGNÓSTICAS EN EL DETERIORO COGNITIVO LIGERO A MEDIO Y MEDIO-LARGO PLAZO

D. Facal¹, J. Guàrdia-Olmos², O. Juncos-Rabadán¹ y A.X. Pereiro¹

¹Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

²University of Barcelona. Barcelona.

Objetivos: Los patrones de transiciones diagnósticas en el deterioro cognitivo ligero (DCL) se caracterizan por la heterogeneidad, pudiendo producirse progresión de síntomas, ausencia de cambios o mejoría. Estudios previos de las transiciones entre primera y segunda evaluación en un proyecto longitudinal sobre deterioro cognitivo en centros de atención primaria muestran: bajas tasas de cambio en controles con quejas de memoria; que el diagnóstico se mantiene o revierte a normal en el DCL unidominio amnésico (DCL-uda) y no amnésico (DCL-na); y que en el multidominio amnésico (DCL-mda) se produce la tasa más baja de recuperación y la más alta de conversión a demencia. El objetivo del presente estudio es estudiar las transiciones entre el envejecimiento cognitivo normal, tres subtipos de deterioro cognitivo ligero y la demencia, en diferentes intervalos de tiempo.

Métodos: Se incluyeron en el estudio 279 participantes, de los cuales 26 eran DCL-mda, 27 DCL-na, 47 DCL-uda y 179 controles con quejas subjetivas. Se calculó la probabilidad de transiciones diagnósticas a través de modelos de Markov, entre la segunda y la tercera evaluación ($17,97 \pm 3,82$ meses de media) y la primera y la tercera ($36,96 \pm 4,92$ meses).

Resultados: Se mantienen los patrones observados en estudios anteriores, con tasas de conversión relativamente altas de DCL-mda a demencia, y altas de estabilidad en los controles. Los participantes con DCL-uda y DCL-na se mantienen o recuperan un rendimiento cognitivo normal. El porcentaje de transición de DCL-uda y DCL-na a DCL-mda se mantiene bajo entre primera y tercera evaluación, y prácticamente inexistente entre segunda y tercera.

Conclusiones: Estos resultados respaldan la importancia de los criterios de estabilidad temporal en el estudio del DCL y para la detección precoz del deterioro cognitivo. Las intervenciones de tipo preventivo deben incidir especialmente en el grupo DCL-mda, por ser el que presenta un riesgo efectivo de conversión a demencia.

OS-062. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE PERSONAS SANAS, CON DETERIORO COGNITIVO LIGERO Y CON DEMENCIA EN LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS Y CONDUCTUALES?

D. Facal, S. Mallo, C. Lojo-Seoane y A.X. Pereiro

Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación. Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

Introducción: Durante los últimos años se ha sugerido que la gravedad de los síntomas afectivos y conductuales, así como la presencia de sintomatología depresiva, es mayor en las personas con demencia, intermedia en las personas con deterioro cognitivo ligero (DCL) y menor en los individuos cognitivamente sanos.

Objetivos: Estudiar si existen diferencias significativas en la gravedad total de los síntomas afectivos y conductuales, y en la presencia de depresión, en una muestra de adultos conformada por 6 grupos: individuos sanos control con quejas de memoria elevadas y bajas, DCL multidominio amnésico, DCL multidominio no amnésico, DCL unidominio amnésico y demencia probable.

Métodos: Participaron un total de 402 personas, con edades comprendidas entre los 47 y los 92 años, 123 hombres y 279 mujeres, clasificados en los 6 grupos mencionados previamente siguiendo los criterios clásicos de Petersen (2004). Se aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage versión breve (GDS-15 ítems) y el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI).

Resultados: Los participantes con demencia probable y DCL multidominio no amnésico presentaban síntomas afectivos y conductuales con un índice de gravedad mayor que el resto de los grupos. Los participantes control con bajas quejas de memoria y los afectados con DCL unidominio amnésico presentaron menor sintomatología depresiva que el resto de los grupos. No se encontraron diferencias entre los tres grupos de DCL en cuanto a sintomatología depresiva. La edad y los años de educación mostraron un efecto significativo sobre la sintomatología depresiva pero no sobre los síntomas afectivos y conductuales en general.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que, en lo que se refiere al total de gravedad de los síntomas afectivos y conductuales, el DCL no amnésico multidominio es el que más se aproxima a la demencia. Por otro lado, la simple presencia o ausencia de depresión no permite diferenciar entre los tres grupos de DCL. Profundizar en los parámetros de persistencia y severidad será la clave para caracterizar las diferencias entre los grupos.

ÁREA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

OB: Área biológica

OB-001. POLIFENOL XANTHOHUMOL MEJORA EL PROCESO DE NEUROINFLAMACIÓN Y DISFUNCIÓN DE LA PLASTICIDAD SINÁPTICA EN EL CEREBRO DE RATONES CON ENVEJECIMIENTO ACCELERADO

R. Kireev¹, G. yoldi², B. Bermudo², E. Vara² y J. Tresguerres²

¹Instituto de Investigación Biomédica de Vigo. Vigo. ²Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es investigar el efecto del envejecimiento sobre la neuroinflamación y marcadores de plasticidad sináptica en los cerebros obtenidos de hembras de ratón SAMP8 y SAMR1, y la influencia de la administración crónica de xanthohumol.

Métodos: Se utilizaron animales de 2 meses (jóvenes) y de 10 a 11 meses de edad (viejas). Se administró xanthohumol en la bebida

durante un mes a dos dosis diferentes (1 y 5 mg/kg/día). La expresión de genes fue detectada mediante RT-PCR, mientras que la expresión de proteínas se estudió mediante Western blot. Los niveles de citoquinas pro/anti- inflamatorias fueron estudiados mediante la técnica ELISA. **Resultados:** Los niveles de IL2, TNF α , IL6 incrementaron en el cerebro de ambas cepas de ratones adultos en comparación con ratones jóvenes. El tratamiento con xanthohumol en ambas dosis fue capaz de disminuir los niveles de citoquinas pro-inflamatorias. La expresión de genes y proteínas de TNF α , IL1 β , HO-1 y iNOS se incrementó con la edad y estos cambios fueron más marcados en el grupo de animales SAMP8. Estas expresiones fueron, como era de esperar, inhibidas por el tratamiento con xanthohumol. Los resultados de Western Blot demostraron la activación de p38 MAPK en el cerebro de los ratones adultos SAMP8 y SAMR1 hembras. La expresión de genes y proteínas de GFAP se incrementó durante el envejecimiento, siendo más marcado en los ratones viejos. Estos cambios se redujeron significativamente por el tratamiento con xanthohumol, reduciéndose también la expresión de GFAP. La patología sináptica en ratones SAMP8, como se muestra debido a la disminución de la expresión de la proteína BDNF activa y el aumento de proBDNF, también fue contrarrestado por el tratamiento con xanthohumol. La expresión de las proteínas sinapsina I y sinaptofisina también disminuyó en las hembras SAMP8 y el tratamiento con xanthohumol aumentó significativamente la expresión de dichas proteínas. En conclusión, este estudio demuestra por primera vez que el xanthohumol posee una potente actividad neuroprotectora. Esta actividad está mediada, al menos en parte, por la inhibición de las respuestas inflamatorias y por la activación de pro-supervivencia.

OB-002. EL TRATAMIENTO CON HIDROTERAPIA REVIERTA EL DETERIORO INMUNOLÓGICO DE RATONES VIEJOS QUE RESPONDEN CON ANSIEDAD AL AISLAMIENTO SOCIAL
M. de la Fuente, I. Maté, A. Garrido, O. Hernández y J. Cruces
Universidad Complutense. Madrid.

Recientemente propusimos la hidroterapia como una estrategia para revertir el deterioro de los sistemas homeostáticos (neuroendocrino e inmunitario) al envejecer. Además, los individuos envejecidos son más vulnerables a padecer aislamiento social (AS) o soledad, un estrés psicológico considerado factor de riesgo de morbi-mortalidad. No obstante, los efectos negativos del AS sobre la salud dependen de la respuesta emocional del individuo, siendo los que responden con altos niveles de ansiedad al AS los que muestran una función inmunitaria más deteriorada. El objetivo del presente trabajo fue estudiar los posibles efectos de la hidroterapia sobre el sistema inmunitario de ratones viejos que responden con altos niveles de ansiedad al AS. Se utilizaron ratones ICR-CD1 hembras viejas (68 ± 4 semanas) que durante 4 semanas fueron establecidas en grupo o aisladas (AS). Tras ese periodo, se realizó la prueba conductual del Laberinto en Cruz Elevado (EPM), con la que se pudieron seleccionar aquellos animales aislados que mostraron mayor ansiedad (HA; $n = 10$). De ellos, un grupo ($n = 5$) fue sometido a un tratamiento de hidroterapia durante 4 semanas (15 minutos/sesión, 5 sesiones/semana, agua a 37 °C) y el otro quedó como grupo control de AS con HA. Finalizado ese tiempo, todos los ratones realizaron la prueba de EPM para determinar sus niveles de ansiedad. En los leucocitos peritoneales de todos esos animales fueron evaluadas: la capacidad fagocítica de los macrófagos, la actividad antitumoral Natural Killer (NK) y la respuesta proliferativa de los linfocitos en ausencia (basal) o presencia de mitógenos (concanavalina A: ConA y lipopolisacárido: LPS). Los resultados muestran que la hidroterapia disminuye la ansiedad, y mejora la actividad NK y la linfoproliferación basal de los individuos que responden con alta ansiedad al AS, alcanzando valores similares a los observados en individuos agrupados. Sin embargo, no revierte la disminuida respuesta linfoproliferativa a la ConA y al LPS observada en los individuos aislados.

lados HA. Como conclusión, la hidroterapia parece tener un efecto ansiolítico y revertir el deterioro de algunas funciones inmunológicas en individuos con ansiedad frente al AS, demostrando su eficacia como estrategia para mejorar la función de los sistemas homeostáticos y, por tanto, la salud.

Financiación: MINECO (BFU2011-30336), Grupo UCM (910379ENE-ROINN).

OB-003. ALTERACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO DE LA HOMEOSTASIS DEL GLUTACIÓN EN NEUTRÓFILOS, LINFOCITOS Y PLASMA DE SANGRE PERIFÉRICA HUMANA
I. Maté Otaño, J. Cruces González y M. de la Fuente del Rey
Universidad Complutense. Madrid.

Con el envejecimiento tiene lugar un aumento del estrés oxidativo (mayores niveles de oxidantes que de antioxidantes) en todas las células del organismo. Las células inmunitarias necesitan cantidades óptimas de antioxidantes para llevar a cabo una función adecuada, dado que la misma requiere generar compuestos oxidantes. Al envejecer la capacidad funcional de las células inmunitarias se deteriora. Uno de los antioxidantes endógenos más importante frente al estrés oxidativo es el glutatión, el cual puede pasar de su forma reducida (GSH) a la oxidada (GSSG) cuando actúa como antioxidante, y el cociente GSSG/GSH es un buen marcador de estado de estrés oxidativo. El objetivo del presente trabajo fue analizar los niveles intracelulares de GSH y GSSG, y el cociente GSSG/GSH, en células inmunitarias de sangre periférica, así como los niveles plasmáticos de glutatión total a lo largo del envejecimiento humano. Se obtuvieron muestras sanguíneas de 68 individuos (41 mujeres y 27 hombres) que fueron divididos en tres grupos de edad, 24 adultos (30-49 años), 20 adultos-maduros (50-59 años) y 24 maduros (60-79 años). Tras la separación de los neutrófilos y los linfocitos, se valoró la cantidad de GSH y GSSG y el GSSG/GSH de esas células y del glutatión total en plasma. Los resultados muestran que el contenido de GSSG aumenta ($p \leq 0,01$) al avanzar la edad tanto en neutrófilos como en linfocitos. A pesar de que los neutrófilos presentan un aumento de GSH con el envejecimiento, especialmente en las mujeres ($p \leq 0,01$), el cociente GSSG/GSH aumenta en neutrófilos ($p \leq 0,001$) y linfocitos ($p \leq 0,05$) al avanzar la edad en ambos sexos. Si bien los niveles de glutatión total disminuyeron ($p \leq 0,001$) con la edad en la población general analizada, al introducir el factor género, sólo las mujeres presentaron dicha disminución. Se puede concluir que, al envejecer tiene lugar un continuo aumento de eventos oxidativos tanto en el medio extracelular como en las células inmunitarias, hecho que es dependiente del género. Se confirma que el deterioro funcional que muestran los leucocitos con la edad, puede deberse, en parte, a la alteración en el estado redox del glutatión.

Financiación: MINECO (BFU2011-30336); Grupo UCM (910379ENE-ROINN); RETICEF (RD12/0043/0018).

OB-004. LOS NIVELES BASALES DE HSP70 SON UN POSIBLE MARCADOR DE LA VELOCIDAD DE ENVEJECIMIENTO
I. Martínez de Toda, I. Maté, C. Vida y M. de la Fuente
Universidad Complutense. Madrid.

El envejecimiento se caracteriza por una alteración funcional del organismo y la menor capacidad para restaurar la homeostasis, al afectarse los tres sistemas reguladores: el nervioso, endocrino e inmunológico, así como la comunicación entre ellos. Por su parte, la expresión de la proteína Hsp70 supone un mecanismo de defensa celular al controlar e incidir en la oxidación e inflamación que subyace en el proceso de envejecimiento. Dado la falta de marcadores que valoren adecuadamente la velocidad a la que cada individuo envejece, esto es, la edad biológica, el objetivo del presente estudio fue evaluar si los niveles basales de Hsp70 podrían ser marcadores de esa velocidad. Se cuantificaron los niveles basales de Hsp70 en cor-

teza cerebral, bazo y leucocitos peritoneales de ratones hembra ICR-CD1 y Balb/C de edad adulta, madura, vieja y longeva (6, 12, 18 y 30 meses, respectivamente) así como en ratones adultos que muestran un envejecimiento prematuro (PAM: *prematurely aging mice*) en comparación con los de su misma edad que no lo muestran (NPAM: *non-prematurely aging mice*). Los PAM son un modelo caracterizado por la mala respuesta al estrés de esos animales, que además presentan sistemas reguladores más envejecidos y menor longevidad que los NPAM de su misma edad. Los resultados muestran que los niveles basales de Hsp70 disminuyen con la edad tanto en corteza cerebral como en bazo y leucocitos peritoneales, mientras que los ratones que de forma natural han alcanzado una elevada longevidad mantienen unos niveles elevados y comparables a los de adultos. Además, los valores basales de Hsp70 en PAM están disminuidos respecto a los de NPAM y son similares a los de ratones cronológicamente viejos. En conclusión, puesto que los niveles basales de Hsp70 están preservados en ratones longevos, lo que pone de manifiesto el papel de esta proteína en el envejecimiento saludable, y disminuidos en los PAM (con valores similares a los obtenidos en ratones viejos), se puede proponer a los niveles basales de Hsp70 como un marcador útil para valorar la velocidad de envejecimiento, esto es, la edad biológica; pudiendo ser buen indicador de una longevidad saludable.

Financiación: MINECO (BFU2011-30336), UCM (910379); RETICEF (RD12/0043/0018).

OB-005. DISMINUCIÓN DE LA TOXICIDAD Y DEL EFECTO TERAPÉUTICO DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN EL TRATAMIENTO COMBINADO CON DIFERENTES EXTRACTOS ANTIOXIDANTES

J.A. López-Morata¹, M. Alcaraz¹, A. Olivares¹, R. Bernal², M.D.C. Celadrán², J.G. González² y P. Valdivieso²

¹Universidad de Murcia. Murcia. ²Hospital Perpetuo Socorro. Cartagena.

Objetivos: Determinar un posible efecto protector de diferentes sustancias antioxidantes (ácido carnósico, ácido rosmarínico y apigenina) frente a la inhibición del crecimiento en células epiteliales de próstata humana (PNT2) y en células tumorales de adenocarcinoma transgénico de próstata murino (TRAMP-C1), en tratamientos combinados de ácido zoledrónico junto con radiación ionizante (IR).

Métodos: Mediante un ensayo de viabilidad celular (MTT) se estudia la supervivencia de células PNT2 y TRAMP-C1 en tratamientos aislados y combinados de ácido zoledrónico y radiación ionizante; así como, el efecto de la adición de diferentes sustancias antioxidantes (ácido carnósico, ácido rosmarínico y apigenina) a los mismos.

Resultados: El ácido zoledrónico muestra un efecto citotóxico sobre las células PNT2 y TRAMP-C1 ($p < 0,001$). La administración de diferentes sustancias antioxidantes (ácido carnósico, ácido rosmarínico y apigenina) en el tratamiento aislado de ácido zoledrónico presenta un efecto protector sobre las células normales PNT2, pero no en las tumorales TRAMP-C1. Sin embargo, la administración de ácido rosmarínico y apigenina en el tratamiento combinado con ácido zoledrónico más IR presenta un efecto protector no sólo sobre

las células normales PNT2, sino también sobre las células tumorales TRAMP-C1.

Conclusiones: El uso de sustancias antioxidantes produce una mayor disminución del efecto citotóxico inducido por la administración del ácido zoledrónico sobre las células no tumorales, por lo que podrían ser utilizadas en patologías no tumorales. Sin embargo, en un tratamiento combinado con IR, también pueden proporcionar protección a las células tumorales, reduciendo de este modo el efecto terapéutico deseado con la exposición a radiaciones ionizantes.

OB-006. EFECTO DE LAS MICROVESÍCULAS LIBERADAS POR LAS CÉLULAS INMUNITARIAS ACTIVADAS POR POLIFENOLES SOBRE LAS CÉLULAS MADRE

L. Gimeno-Mallench¹, J. Gambini¹, M. Inglés², V.M. Arnau¹, C. Mas-Bargues¹, M. Dromant¹, C. Borrás¹ y J. Viña¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. ²Facultad de Fisioterapia. Universidad de Valencia. Valencia.

Las microvesículas contienen proteínas, lípidos, mRNA, miRNA, etc y constituyen un vehículo para la comunicación intercelular (Breakfield et al. Mol Ther. 2011;9:1574-6). Pueden ser secretadas por células inmunitarias y ejercer un papel en el control fisiológico de las células. Los nutrientes ingeridos contactan con células inmunitarias en el torrente sanguíneo, pudiendo activar la formación de microvesículas. Determinados alimentos contienen moléculas con actividad reguladora, como la genisteína y el resveratrol, polifenoles presentes en la soja y el vino tinto, respectivamente. Por ello, nos planteamos estudiar si ciertos polifenoles influyen en la secreción de microvesículas en las células inmunitarias, así como su efecto protector en la célula receptora. Se realizó un cultivo *ex vivo* de células mononucleares de 5 individuos, éstas fueron tratadas con: 1 nM resveratrol, 0,5 μ M genisteína, 0,2 5 μ M 7,8-dehidroflavona, 0,1 μ M colesterol y 0,1% dimetilsulfóxido. Tras 48 horas, se aislaron las microvesículas mediante ultracentrifugación y se incubaron en células madre de la pulpa dental (CMPD) 48 horas. A continuación, las CMPD fueron tratadas con 100 μ M de peróxido de hidrógeno. 24 horas después se determinó la viabilidad celular y se midió la expresión de mRNA de genes antioxidantes mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). La viabilidad de las CMPD incubadas con las microvesículas aisladas del cultivo de células mononucleares tratadas con genisteína aumenta un 10%. Además, en estas células se sobreexpresa el gen antioxidante manganeso-superóxido dismutasa. Por tanto, las microvesículas secretadas por las células mononucleares tratadas con genisteína ejercen un efecto protector en CMPD tratadas con peróxido de hidrógeno a una concentración tóxica.

This work was supported by grants ISCIII2012-RED-43-029 from the "Red Temática de investigación cooperativa en envejecimiento y fragilidad" (RETICEF); RS2012-609 Intramural Grant from INCLIVA and EU Funded CM1001 and FRAIOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2. The study has been co-financed by FEDER funds from the European Union.