



## Comunicaciones orales

### ÁREA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

#### OB: Área Biológica

##### OB-001. LOS INDIVIDUOS VIEJOS AL CONVIVIR CON ADULTOS "REJUVENECEN" SU FUNCIÓN INMUNITARIA Y ESTADO ANTIOXIDANTE

M. de la Fuente, J. Cruces y A. Garrido  
Universidad Complutense, Madrid.

Con el envejecimiento se produce la alteración de los sistemas fisiológicos, especialmente los homeostáticos (nervioso, endocrino e inmunitario). Concretamente, la capacidad funcional del sistema inmunitario, que se ha propuesto como un excelente marcador del estado de salud, se deteriora al envejecer, hecho que se denomina inmunosenescencia, y que tiene como causa el estrés oxidativo (aumento de oxidantes y disminución de antioxidantes) que experimenta. El enriquecimiento ambiental es una estrategia propuesta para mejorar dicho sistema y ralentizar así el envejecimiento. Aunque se ha demostrado el efecto negativo sobre la inmunidad de convivir con enfermos, la posible efectividad para la misma de la convivencia de viejos con adultos, no ha sido investigada. El objetivo del presente trabajo fue determinar si ratones viejos podrían mejorar la función de sus leucocitos y sus defensas antioxidantes tras convivir con adultos. Se usaron ratones hembras ICR-CD1, 16 viejas ( $21 \pm 1$  meses) y 28 adultas ( $9 \pm 1$  meses), distribuidas en las siguientes jaulas: 8 adultas (control adulto, CA), 8 viejas (control viejo, CV), 4 jaulas con una proporción de 2 viejas conviviendo con 5 adultas (ambiente social: AS, en el caso de las adultas ASA y en el de las viejas ASV). Tras 2 meses de cohabitación, se obtuvieron las células inmunitarias peritoneales en las que se valoró la actividad citotóxica *Natural Killer*, la fagocitosis de macrófagos, la quimiotaxis de linfocitos y macrófagos, y la capacidad proliferativa de los linfocitos (basal y en presencia de los mitógenos: lipopolisacárido y concanavalina A). También se valoró la actividad de las enzimas antioxidantes: catalasa, glutatión reductasa y glutatión peroxidasa. Los resultados mostraron que las funciones inmunitarias en el grupo CV estaban deterioradas en comparación con el AC, pero en el ASV estaban mejor que en el CV, presentando valores similares a los de AC. Sin embargo, el grupo ASA mostró una peor funcionalidad inmunitaria que los AC, alcanzando niveles similares al grupo CV. Este mismo patrón se observó en las enzimas antioxidantes. En conclusión, la convivencia durante 2 meses con ratones cronológicamente adultos parece "rejuvenecer" la

función inmunitaria y las defensas antioxidantes en ratones cronológicamente viejos.

Financiación: MINECO (BFU2011-30336), FIS (PI15/01787).

##### OB-002. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO Y DEL TRATAMIENTO CON OXITOCINA EN EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA Y LOS LÍPIDOS EN EL HÍGADO DE RATAS ZUCKER

R. Kireev<sup>1</sup>, L. Gajdosechova<sup>2</sup>, K. Krskova<sup>2</sup>, R. Olszanecki<sup>3</sup> y S. Zorad<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biomédica, Vigo. <sup>2</sup>Institute of Experimental Endocrinology, Slovak Academy of Sciences, Bratislava. <sup>3</sup>Chair of Pharmacology, Jagiellonian University Medical College, Cracovia.

Recientemente se ha demostrado que la oxitocina (OXT) puede ser fundamental para la regulación metabólica y puede funcionar como un enfoque terapéutico en la obesidad y otras enfermedades metabólicas relacionadas. Por lo tanto, el objetivo de nuestra investigación fue investigar el efecto del envejecimiento y la obesidad en el metabolismo y transporte de lípidos y glucosa en el hígado de ratas Zucker obesas, y probar el efecto de la influencia de la administración exógena de oxitocina en éstas, tratando de encontrar las vías afectadas. Se utilizaron animales de 12 semanas (jóvenes) y de 33 semanas de edad (viejos). Se administró oxitocina vía osmotic minipumps durante 2 semanas a dosis ( $3,6 \mu\text{g} \cdot 100 \text{ g}^{-1}$  por peso/día $^{-1}$ ). La expresión de genes se detectó mediante RT-PCR, mientras que la expresión de proteínas se estudió mediante Western blot. Los niveles de metabolitos se estudiaron mediante la técnica ELISA y por calorimetría. El envejecimiento y la obesidad aumentan significativamente la expresión de los genes SERBP-1c, ACC y estos cambios fueron más marcados en el grupo de ratas fa/fa viejos. Tratamiento con oxitocina en grupos fa/fa jóvenes provoca un incremento de la acumulación de lípidos en el hígado y aumenta la expresión de proteínas (FAS, ASCL, AceSC) involucradas en la síntesis y acumulación de lípidos. La hiperrinsulinemia en ratas fa/fa se constató por niveles de insulina extremos, que se multiplicaron por 12 ( $p < 0,001$ ) a las 12 semanas de edad y por 9 a las 33 semanas de edad ( $p < 0,001$ ) en comparación con los controles. Estos cambios se acompañaron de un incremento en la expresión de genes GK y de una disminución de PEPK y G6Pase en el hígado. Además, obesidad y envejecimiento afectan a la expresión IRS-2, que disminuye durante el envejecimiento, siendo más marcado en los ratones fa/fa viejos. El tratamiento con oxitocina en ratas fa/fa jóvenes provoca el incremento de los niveles de insulina y C-péptido en plasma, sin afectar a los niveles de leptina, y aumenta la expresión de GK en 5 veces hasta alcanzar los niveles como en ratas viejas.

### **OB-003. LOS PARAPLÉJICOS ACTIVOS ESTÁN PROTEGIDOS FRENTE AL DAÑO OXIDATIVO INDUCIDO POR EL EJERCICIO FÍSICO AGOTADOR A TRAVÉS DE LA INDUCCIÓN DE GENES ANTIOXIDANTES**

M. Inglés de la Torre, P. Serra Añó, C. Mas Bargues,  
L. Gimeno Mallench, J. Gambini Buchón, M.C. Gómez Cabrera  
y C. Borrás Blasco  
*Universidad de Valencia, Valencia.*

**Objetivos:** El ejercicio físico regular mejora la capacidad funcional y previene posibles consecuencias negativas en individuos con paraplejia. Sin embargo, el ejercicio, especialmente cuando es esporádico, se ha relacionado con la producción de especies reactivas de oxígeno, las cuales podrían tener un efecto negativo en dichos individuos. El objetivo del presente estudio es estudiar el efecto de una sesión de ejercicio exhaustivo sobre parámetros de estrés oxidativo y sobre la expresión de enzimas antioxidantes en individuos sedentarios y activos con paraplejia.

**Métodos:** 16 individuos con paraplejia, divididos en "sedentarios" y "activos" en función de su actividad física, realizaron una prueba de esfuerzo hasta el agotamiento. Se extrajeron muestras de sangre antes del ejercicio, inmediatamente después, a la hora y a las 2 horas. Como marcadores de daño oxidativo se determinaron los niveles plasmáticos de malondialdehído (MDA) por cromatografía líquida de alta eficacia (HPLC) y de proteínas oxidadas por *western blotting*. Asimismo, se determinaron los genes antioxidantes catalasa y glutatión peroxidasa (GPx) en células mononucleares de sangre periférica por retrotranscripción-amplificación mediante la reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR).

**Resultados:** Tras la prueba de esfuerzo se observó un incremento en los niveles plasmáticos de MDA y de proteínas oxidadas, el cual se correlacionó con los niveles de lactato. Los individuos parapléjicos activos mostraron menores niveles de MDA y proteínas oxidadas y mayor expresión de GPx y catalasa que los sedentarios tras el ejercicio.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que la práctica regular de ejercicio físico podría ser útil en individuos con paraplejia para desarrollar defensas antioxidantes contra el daño oxidativo inducido por ejercicio agotador.

Agradecimientos: Este trabajo fue apoyado por las ayudas: SAF2010-19498 y SAF2013-44663-R, ICSIII2012-RED-43-029 de RETICEF; beca intramural RS2012-609 INCLIVA, fondo CM1001 de la y FRAIOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2. Además, este estudio ha recibido cofinanciación por parte de fondos FEDER de la Unión Europea.

### **OB-004. LA GENISTEÍNA COMO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN UN MODELO MURINO**

M. Inglés de la Torre, C. Mas Bargues, L. Gimeno Mallench,  
V. Bonet Costa, M.C. Blanco García, C. Borrás Blasco y J. Viña Ribes  
*Universidad de Valencia, Valencia.*

**Objetivos:** La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad que provoca la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, siendo la causa más común de demencia a edades avanzadas. A nivel molecular, se ha relacionado con la existencia de placas del péptido beta amiloide ( $\beta$ A). No existe un tratamiento que sea realmente efectivo, existiendo en los últimos años un gran interés por encontrarlo. Recientemente se ha visto como el aclaramiento de  $\beta$ A en el cerebro está mediado por ApoE, la cual se expresa por la dimerización del "retinoid receptor X" con el "peroxisome proliferator-activated receptor gamma" (RXR/PPAR $\gamma$ ). La genisteína es un fármaco no tóxico, bien testado y barato, que se une a la mitad libre de PPAR $\gamma$  del dímero RXR/PPAR $\gamma$  y que se utiliza en la práctica clínica porque está desprovisto de efectos secundarios significativos. El objetivo de este trabajo fue estudiar la eficacia de un tratamiento con genisteína sobre parámetros cognitivos en ratones transgénicos para la enfermedad de Alzheimer.

**Métodos:** Se emplearon ratones hembra C57BL6/J wild type (WT) y transgénicos (TG) para la EA (APPswe/PS1dE9), de 6-8 meses de edad. Los ratones TG fueron tratados por sonda nasogástrica con genisteína (1 mM) o H<sub>2</sub>O durante una semana. Como parámetros cognitivos se evaluaron: La memoria de reconocimiento mediante la prueba de reconocimiento de objetos, el aprendizaje hipocampal mediante la prueba Hebb-Williams Mazes 1 (fácil) y 5 (difícil), la memoria implícita mediante la prueba de evitación pasiva y el posible déficit olfativo mediante la prueba de habituación olfativa.

**Resultados:** Los ratones TG tratados con genisteína obtuvieron resultados significativamente mejores en la prueba reconocimiento de objetos, en el Hebb-Williams Mazes 1 y en la prueba de evitación pasiva a los 7 días. En la prueba de habituación olfativa observamos que los ratones TG tratados con agua mostraron un índice de discriminación olfativa significativamente peor que el WT. Sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre el índice de discriminación olfativa de los WT y los tratados con genisteína.

**Conclusiones:** El tratamiento con genisteína mejora parámetros cognitivos en un modelo animal para la EA.

Agradecimientos: SAF2010-19498, SAF2013-44663-R, ICSIII2012-RED-43-029 (RETICEF); beca RS2012-609 INCLIVA, fondo CM1001, FRAIOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2, fondos FEDER (Unión Europea).

### **OB-005. ACLARAMIENTO DE $\beta$ -AMILOIDE MEDIADO POR GENISTEÍNA COMO TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EXPERIMENTAL**

C. Mas Bargues<sup>1</sup>, V. Bonet Costa<sup>1</sup>, V. Herranz Pérez<sup>2</sup>,  
M. Inglés de la Torre<sup>1</sup>, P. García Tarraga<sup>2</sup>, C. Borrás<sup>1</sup> y J. Viña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valencia, Valencia. <sup>2</sup>Instituto Cavanilles, Valencia.

**Objetivos:** La enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza por la presencia de unos depósitos o placas en la corteza cerebral, que se componen de ovillos neurofibrillares y de oligómeros de  $\beta$ -amiloide. La dimerización del receptor RXR/PPAR $\gamma$  produce la expresión de la proteína ApoE, cuya función principal es el aclaramiento de  $\beta$ -amiloide en el cerebro. La genisteína, un fármaco no tóxico, bien testado y barato, es capaz de unirse a la mitad libre de PPAR $\gamma$  del dímero RXR/PPAR $\gamma$ . El objetivo es determinar si la genisteína podría ser un posible tratamiento para la EA al incrementar la producción de ApoE y reducir los niveles de  $\beta$ -amiloide.

**Métodos:** Empleamos hembras C57BL6/J transgénicas (APP/PS1) ovariectomizadas de 6-8 meses de edad. Tras una semana de tratamiento con genisteína 1 mM o H<sub>2</sub>O, se extrae el cerebro para analizar las placas de  $\beta$ -amiloide por microscopía electrónica, o bien se inyecta *in vivo* florbetapir para su análisis por tomografía de emisión de positrones (PET). Empleamos astrocitos primarios corticales provenientes de neonatos C57BL6/J. Los astrocitos se incuban con DMEM-F12 (controles), con genisteína 1 mM, o con genisteína 1 mM + T0070907 (inhibidor de PPAR $\gamma$ ) durante 48h y posteriormente se añade  $\beta$ -amiloide durante 24h más.

**Resultados:** Hemos comprobado que el tratamiento con genisteína de un modelo murino de Alzheimer experimental tiene como resultado una disminución de los depósitos de  $\beta$ -amiloide, lo cual ha sido verificado *in vivo*. Además, la incubación de astrocitos primarios corticales con genisteína provoca un incremento en la producción de ApoE y su secreción al medio de cultivo de una forma concentración dependiente. Este efecto es mediado por la activación de PPAR $\gamma$  puesto que su inhibición previene el incremento de la producción de ApoE inducida por el tratamiento con genisteína. Por todo esto, los efectos beneficiosos de la genisteína podrían estar mediados por ApoE.

**Conclusiones:** La relevancia clínica de este estudio se debe a los favorables efectos del tratamiento con genisteína, junto con la ausencia de efectos adversos indeseados, sugiriendo que se deberían de llevar

a cabo ensayos clínicos controlados para testar el efecto de la genisteína como un posible tratamiento de la EA en humanos

#### **OB-006. EL ESTRÉS OXIDATIVO PROVOCAS UN ENVEJECIMIENTO ACCELERADO DE LAS CÉLULAS MADRE DE PULPA DENTAL CULTIVADAS AL 21% DE OXÍGENO**

C. Mas Bargues, M. Inglés de la Torre, L. Gimeno Mallench, J. Viña Almunia, J. Gambini, C. Borrás y J. Viña  
Universidad de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** El cultivo *in vitro* se realiza comúnmente bajo tensión de oxígeno ambiental (21%). Sin embargo, la tensión fisiológica de oxígeno de las células madre de pulpa dental (CMPD) en el organismo es del 3-6% O<sub>2</sub>. Un objetivo es investigar el efecto del cultivo al 21% O<sub>2</sub> en los parámetros de estrés oxidativo, y su repercusión en el mantenimiento de la pluripotencia. Otro objetivo es identificar si Bmi-1 tiene algún papel en la relación entre el estrés oxidativo y la expresión de los factores de pluripotencia, puesto que Bmi-1 es un regulador de la cromatina implicado en la autorenovación de las células madre al inhibir la senescencia celular a través del locus INK/ARF.

**Métodos:** Se cultivaron CMPD durante 25 pasos al 3% y al 21% O<sub>2</sub>. Cada 5 pasos, se determinaron parámetros de estrés oxidativo (ROS, PMM, MDA y proteínas carboniladas), marcadores de apoptosis/senescencia (beta-Galactosidasa, p16<sup>INK4a</sup> y p14<sup>ARF</sup>), y expresión génica de los factores de pluripotencia (SOX2, OCT3/4, c-MYC y KLF4). En CMPD jóvenes, se determinó la expresión de Bmi-1 y se silenció mediante siRNA para evaluar su efecto sobre el locus INK/ARF y sobre la expresión de los 4 factores.

**Resultados:** El cultivo al 21% O<sub>2</sub> supone un estrés oxidativo para la célula, que incrementa con los pasos, y una disminución de la expresión de los 4 factores de pluripotencia. Observamos también un incremento de los marcadores de senescencia p16<sup>INK4a</sup> (y no de p14<sup>ARF</sup>) y actividad beta-galactosidasa. El cultivo al 21% O<sub>2</sub> de CMPD jóvenes provoca un incremento de la expresión de Bmi-1 con respecto al 3% O<sub>2</sub>. La inhibición parcial de los niveles de Bmi-1 al 21%, no implica cambios en el locus INK/ARF, pero sí en los niveles de SOX2 y OCT3/4. **Conclusiones:** Evaluando los mecanismos moleculares de senescencia en relación con el potencial de pluripotencia de las CMPD a lo largo de los pasos, demostramos que al 21% O<sub>2</sub> se produce un envejecimiento prematuro mediado por p16<sup>INK4a</sup>. La inhibición parcial de los niveles de Bmi-1 en CMPD jóvenes cultivadas al 21% O<sub>2</sub> es suficiente para restaurar la expresión de los factores SOX2 y OCT3/4.

#### **OB-007. MUTACIONES INDUCIDAS POR N-ETIL-N-NITROSOUREA (ENU) EN EL GEN LRP5 CONLLEVA ALTERACIONES VISUALES Y METABÓLICAS EN MODELOS DE RATÓN**

R. Kireev<sup>1</sup>, H. Lad<sup>2</sup> y P. Potter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Vigo, Vigo. <sup>2</sup>Medical Research Council MRC Mammalian Genetics Unit and Mary Lyon Centre, MRC Harwell, Harwell Science and Innovation Campus, Harwell.

Se aparearon ratones macho C57BL/6J tratados con ENU con ratones hembra C3H/HeH no tratadas. La progenie masculina (G1) se apareó posteriormente con hembras C3H/HeH de tipo silvestre para generar la progenie G2. La progenie hembra G2 fue retrocruzada posteriormente con sus padres G1, y se realizó la revisión de fenotipos recesivos de la progenie G3 resultante a partir de las 2 semanas de edad. Se utilizaron como controles compañeros de camada de tipo silvestre ya que éstos tendrían una diversidad de segregación de alelos C57BL/6J y C3H/HeH similar a la de los ratones mutantes, minimizando así cualquier influencia específica de la cepa. El análisis del genoma completo, utilizando colecciones de SNP y muestras de ADN de ratones afectos y no afectos, permitió localizar en el cromosoma 19 un locus que contenía diferentes genes, siendo LRP5 el gen candidato más probable. Por tanto, se llevó a cabo en los ratones afectos el análisis por secuencia-

ción de las regiones codificantes y los límites exón/intrón de LRP5, revelando una transición de C a T en el exón 2 de este gen en los ratones *lrp5*. En mutantes heterocigotos se observó un fondo de retina normal, mientras que en mutantes homocigotos la imagen del fondo de retina reveló arterias de retina pálida y atenuada e hipopigmentación leve. Por otra parte, algunos de los ratones mutantes *lrp5* homocigotos desarrollaron hemorragia retiniana en periodo de destete. Otros estudios fenotípicos realizados en ratones *lrp5* demostraron elevaciones en las concentraciones plasmáticas de fosfato, creatinina, calcio y urea.

#### **OB-008. LA EXPRESIÓN DEL COMPLEJO DE SÍNTESIS DE COENZIMA Q REGULADA DURANTE EL ENVEJECIMIENTO**

C. Campos-Silva, I. Reyes-Torres, M. Rivera, E. Rodríguez-Bies, P. Navas y G. López-Lluch

Centro Andaluz de Biología del Desarrollo (CABD-CSIC), Departamento de Fisiología, Anatomía y Biología Celular, Universidad Pablo de Olavide, CIBERER, Instituto de Salud Carlos III.

**Objetivos:** La regulación de la expresión génica es un importante proceso en el mantenimiento de la homeostasis durante el envejecimiento. En muchos estudios, la evolución de los niveles de proteína y de mRNA a lo largo del desarrollo de los organismos son estudiados. Nuestro estudio intenta determinar la evolución de la expresión de los componentes del sistema de síntesis del coenzima Q, componente esencial en la actividad respiratoria mitocondrial.

**Métodos:** El mRNA de diferentes órganos (cerebro, hígado, riñón y músculo) de ratones jóvenes (8 meses), maduros (18 meses) y viejos (24 meses) fue extraído mediante trizol y analizado por qPCR utilizando sondas específicas para los diferentes genes COQ que codifican para los miembros complejo de síntesis de coenzima Q. Los niveles de proteína de algunos de ellos fueron analizados por WB.

**Resultados:** El hígado fue el órgano que presentó mayores cambios en cuanto a la expresión de mRNA. En la mayoría de los genes, el mRNA fue mayor en los animales maduros que en los jóvenes. Cuando el nivel de mRNA de los animales jóvenes y viejos fue comparado solo se encontraron pequeñas reducciones de expresión. El riñón presentó un patrón similar en cuanto a la evolución de la expresión aunque con menores incrementos en los animales maduros que en el hígado. Cerebro y músculo presentaron las menores variaciones de expresión, siendo el músculo el que menor variación presentó, aunque se observó un patrón similar al encontrado en hígado y riñón. En cuanto a los niveles de proteína las variaciones no fueron tan claras y, pese a modificaciones en los niveles de mRNA algunas proteínas presentaron variaciones diferentes a lo largo del tiempo.

**Conclusiones:** Nuestros resultados indican que la edad es un factor importante a tener en cuenta en el análisis de la expresión de los genes COQ. Además, la expresión de estos genes depende igualmente del órgano estudiado. Teniendo en cuenta la importancia del coenzima Q en el metabolismo celular y en el envejecimiento, es obligado un mayor estudio de la regulación génica de su maquinaria de síntesis. Este estudio ha sido financiado por el proyecto DEP2012-39985 del MINECO.

#### **OB-009. LA GENISTEÍNA PROTEGE A CÉLULAS MADRE FREnte A ESTRÉS OXIDATIVO: PAPEL DE LAS MICROVESÍCULAS LIBERADAS POR CÉLULAS INMUNITARIAS**

L. Gimeno Mallench, R. Picazo, C. Mas Bargues, M. Inglés, J. Gambini y J. Viña

Universidad de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** Estudiar si la genisteína influyen en la secreción de microvesículas en células inmunitarias, y su efecto protector frente a estrés oxidativo en la célula receptora.

**Métodos:** Se recogió muestras de sangre total de 10 mujeres de edades comprendidas entre 18-30 años, en tubos VACUTAINER® CPT con

Heparina. Se aislaron las células mononucleares por centrifugación. Éstas fueron cultivadas *ex vivo* y tratadas con: 0,5 µM genisteína y 0,001% dimetilsulfóxido como control. Tras 48 horas, se aislaron las microvesículas a partir del sobrenadante del cultivo, mediante un gradiente de ultracentrifugación alcanzando las 100.000 g (Momen-Heravia et al. *Vesicles Biol. Chem.* 2013;394:1253-126). Las microvesículas aisladas se incubaron con células madre de la pulpa dental (CMPD) durante 48 horas. A continuación, las CMPD fueron tratadas con 130 µM de peróxido de hidrógeno. 24 horas después se determinó la viabilidad celular mediante azul de tripano y se estudió la expresión de mRNA de los genes antioxidantes, manganeso-superóxido dismutasa (MnSOD) y catalasa mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y se determinaron los valores de malondialdehído como marcador de estrés oxidativo en las CMPD.

**Resultados:** La viabilidad de las CMPD incubadas con las microvesículas, aisladas del cultivo de células mononucleares tratadas con genisteína, aumenta de forma significativa un 7%, con respecto al control. En cuanto a los marcadores de estrés oxidativo se ha observado un incremento de la expresión de los genes antioxidantes MnSOD y catalasa, así como una disminución de los niveles de peroxidación lipídica.

**Conclusiones:** En vista a los resultados podemos concluir que: las microvesículas secretadas por las células mononucleares, incubadas 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.

No 4,91 ( $\pm$  3,042)/1,30 ( $\pm$  2,462) ( $p < 0,001$ ); IB alta UGA VD/No 38,6 ( $\pm$  16,071)/22,29 ( $\pm$  15,305) ( $p < 0,001$ ); FAC alta UGA VD/No 2,35 ( $\pm$  1,510)/1,32 ( $\pm$  1,535) ( $p < 0,001$ ); ICH VD/No 1,93 ( $\pm$  1,363)/2,92 ( $\pm$  2,281) ( $p < 0,001$ ); tiempo de espera quirúrgico < 2 días VD/No 86 (73,5%)/31 (26,5%) ( $p < 0,001$ ); riesgo anestésico (ASA < 2) VD/no 100 (72,5%)/38 (27,5%) ( $p = 0,004$ ); delirium SI/NO en paciente VD/No 62 (48,8%)/106 (77,4%)/65 (51,2%)/31 (22,6%) ( $p < 0,001$ ). El análisis multivariante (factores predictivos con VD a los 12 meses) Tener menor edad 1,069 (1,016-1,125) ( $p = 0,010$ ); mayor puntuación IB 0,962 (0,941-0,983) ( $p < 0,001$ ); menor GDS 1,266 (1,052-1,524) ( $p = 0,013$ ); menor espera quirúrgica 3,425 (1,077-10,889) ( $p = 0,037$ ); menor ICH 1,274 (1,046-1,551) ( $p = 0,016$ ). Capacidad discriminatoria del modelo AUC ( $\pm$  IC95%): 0,813 (0,759-0,867).

**Conclusiones:** Menor edad, comorbilidad, riesgo anestésico, tiempo espera quirúrgica; mejor IB al alta, FAC al alta, GDS; haber sido dado de alta a domicilio, no haber presentado delirium; son factores relacionados con el vivir en domicilio a los 12 meses después del alta por fractura de cadera. Menor edad, comorbilidad; mejor función física al alta, estado cognitivo previo, y haber sido intervenido quirúrgicamente el primer día; son factores predictivos en un modelo para mantener vivir en domicilio a los 12 meses con una certeza 81% ( $\pm$  IC95%).

## OC-002. EVOLUCIÓN DEL MIEDO A CAERSE EN UN ESTUDIO DE PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

P. Alcalde Tirado, S. Ariño, O. Pino y R. Cuevas  
Hospital Universitario de Granollers, Granollers.

**Objetivos:** El estudio europeo I-DONT-FALL evalúa la eficacia de las diferentes herramientas de las Tecnologías de la Información y la Comunicación sobre la prevención de caídas. Su objetivo además de la prevención de caídas también incluye la repercusión en su calidad de vida como lo es el miedo a caerse.

**Métodos:** Participan 500 personas durante un período de 3 años en 8 centros pilotos. En su diseño se contemplan cuatro ramas aleatorizadas (fisioterapia, neuropsicología, grupo mixto, y grupo control). Analizamos el miedo a caerse en nuestro centro piloto mediante la escala FES-I en situación basal (V0) y al finalizar la intervención (V1) en dos grupos: alto riesgo (AR) (dos o más caídas en el año previo o un índice de Tinetti inferior a 17 puntos) (n 22), y bajo riesgo (BR) (n 15).

**Resultados:** El grupo de AR presenta un FES-IV0 de 32,14 y el BR 23,8 ( $p = 0,008$ ). El FES-IV1 es 30,45 y 20,72 ( $p = 0,004$ ). Se analizan otros dos grupos en función de si se ha alcanzado el objetivo de prevenir las caídas: se previenen (n 32), FES-IV0 28,63, versus no se previenen (n 5) 29,6 ( $p = 0,69$ ). Tras la intervención el grupo en que se previene tiene un FES-IV1 de 24,22 y el grupo que no se previene 39,8 ( $p = 0,048$ ). En el conjunto del estudio europeo se contribuye a disminuir el miedo a caerse en el grupo motor, pero no en nuestro grupo. Al comparar los distintos grupos con respecto al placebo no se encuentran diferencias significativas en la evolución del miedo a caerse.

**Conclusiones:** El miedo a caerse tiende a disminuir en todos los grupos del estudio, excepto en los que no se consiguen prevenir nuevos episodios de caídas. Tanto en el grupo inicial de más alto riesgo de caídas, como en los pacientes en los que no se previenen los episodios de caídas no se reduce el miedo a caerse, por lo que consideramos serían los grupos diana a reforzar y monitorizar en su manejo.

## OC-003. EFECTO DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE OSTEOPOROSIS EN MAYORES DE 75 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA

F.L. Húnicken, M. Macías, A.B. Sow, E. Ridruejo, L. Escudero, R. Fortes, S. Marazuela y M.T. Guerrero Díaz  
Hospital General de Segovia, Segovia.

**Objetivos:** Los ancianos que ingresan por fractura de cadera tienen con frecuencia factores de riesgo de osteoporosis. El ingreso puede

## ÁREA CLÍNICA

### OC1: Ortogeriatría y caídas

#### OC-001. FACTORES PRONÓSTICOS DE VIVIR EN EL DOMICILIO A LOS 12 MESES TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD ÓSEA

A. Gamboa Arango, E. Duaso, J. Castella, M. Sandiumenge y P. Marimon

Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada.

**Objetivos:** Describir los factores pronósticos que permitirán vivir en domicilio (VD) a los 12 meses, tras la intervención quirúrgica de fractura de cadera por fragilidad ósea (FCFO), de aquellos pacientes atendidos en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y que previamente a la fractura ya vivían en domicilio (DP).

**Métodos:** Estudio prospectivo de análisis de datos bivariante para los factores pronósticos relacionados y análisis de datos multivariante para los factores pronósticos predictores de vivir en domicilio a los 12 meses, de una muestra de pacientes ingresados en la UGA con diagnóstico de FCFO y que previamente vivían en domicilio (DP). Se han analizado las variables sociodemográficas, Índice Lawton (IL), Índice Barthel (IB), Índice Charlson (ICH), capacidad de la marcha (FAC), estado cognitivo previo, localización fractura, tiempo de espera quirúrgico, entre otras. Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS modelo 19.0.0.

**Resultados:** Del 01 de junio de 2010 hasta el 31 de mayo de 2013 hemos atendido 273 pacientes con diagnóstico de FCFO, que vivían en DP, en el seguimiento se han perdido 7 pacientes (266). El análisis bivariante (factores relacionados con VD a los 12 meses) IL basal VD/

ser el momento para iniciar la prevención secundaria adecuada a la supervivencia esperada y el riesgo de nuevas fracturas.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los mayores de 75 años ingresados en Traumatología en 2014 por fractura subcapital o pertrocantárea de cadera. Análisis mediante SPSS 15.

**Resultados:** De 198 pacientes ingresados por fractura de cadera, con 22 (11%) antecedente de fractura osteoporótica clínica y 14 (7%) de tratamiento previo con vit D, se realizó determinación de vit D al ingreso a 90 (47%) pacientes con unos niveles medios de  $9,78 \pm 7$  De ellos sólo 7 presentaban niveles > 20 y sólo 1 recibía tratamiento con vit D. El único paciente con antecedente de fractura con niveles de vit D > 20 no recibía tratamiento con vit D. Fallecieron 11 pacientes (5,6%) durante el ingreso, 30 (15%) al mes 46 (23%) a los 6 meses y 58 (29%) al año,. Al alta recibieron tratamiento con vitD 111 pacientes (56%) y la combinación de antirresortivo y vit D 93 (47%) siguieron con tratamiento al mes 68 pacientes (40%) y 40 pacientes a los 6 meses (26%) consiguiendo conocer niveles de vit D a los 6m en 67 pacientes con niveles medios de  $24 \pm 11$  No hubo relación entre niveles iniciales de vitD con mortalidad ni reingreso pero sí hubo relación entre los niveles de vit D en seguimiento y menor número de reingresos al mes (U- Mann Whitney). El tratamiento al alta con vit D se relaciona con menor mortalidad al mes, 6 meses y año y menor número de reingresos al mes y 6 meses ( $\chi^2$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes ancianos que sufren fractura de cadera no suelen haber recibido tratamiento previo para osteoporosis, incluso los que ya han presentado una fractura por fragilidad y sus niveles de vit D suelen ser muy bajos. La implantación de un protocolo de seguimiento y prevención secundaria de osteoporosis aumenta el número de pacientes tratados, consigue niveles óptimos y reduce reingresos y mortalidad.

#### OC-004. FACTORES PRONÓSTICOS DE MANTENIMIENTO DE FUNCIONALIDAD A LOS 12 MESES DE FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Castellà Aumedes, E. Duaso Magaña y A. Gamboa Arango  
Hospital de Igualada, Igualada.

**Objetivos:** Analizar factores pronósticos relacionados y predictores de mantenimiento funcional previo a fractura de cadera, a los 12 meses después, en pacientes mayores 69 años ingresados por fractura de cadera en la unidad geriátrica de agudos (UGA) de un Hospital Comarcal, entre junio 2010 y mayo 2013.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo recogiendo variables socio-demográficas; procedencia; destino alta; funcionalidad previa, al ingreso y alta de UGA y 12 meses con índice Lawton (IL); índice Barthel (IB); y Functional Ambulation Clasification (FAC); cognición mediante GDS de Reisberg; comorbilidad con índice Charlson (IC); polifarmacia; déficit sensorial (visión/audición); localización fractura; riesgo anestésico (ASA); período prequirúrgico; bioquímica (insuficiencia renal, déficit vitamina D, hipertiroidismo, anemia e hipoalbuminemia); complicaciones intrahospitalarias cardiorrespiratorias, hidroelectrolíticas, infecciosas y anemia transfundida; delirium y estancia media hospitalaria. Analizados factores pronósticos relacionados (análisis bivariante) y predictores (análisis multivariante) con mantenimiento funcionalidad a los 12 meses. Hemos considerado pérdida funcional inferior a 20 puntos respecto al IB como mantenimiento funcional. Para el análisis estadístico se ha utilizado el SPSS 19.9

**Resultados:** Del 1 junio 2010 al 31 mayo 2013 hemos atendido 371 pacientes consecutivamente, excluidos 5 pacientes por pérdida (366 pacientes) y excluidos 95 defunciones (271 pacientes). De ellos, 146 pacientes (54,8%) mantenían funcionalidad a los 12 meses (MF) y 122 (45,2%) no (no MF). Análisis bivariante: MF edad media  $83,4 (\pm 6,268)$  años, no MF  $85,80$  (DE  $\pm 5,949$ ) ( $p = 0,002$ ); MF IL  $4,42$  (DE  $\pm 3,413$ ), no MF  $2,40$  (DE  $\pm 2,847$ ) ( $p < 0,001$ ); MF IB alta  $34,21$  (DE  $\pm 18,550$ ), no MF  $27,10$  (DE  $\pm 15,811$ ) ( $p = 0,002$ ); MF puntuación GDS Reisberg 2,59 (DE

$\pm 2,154$ ), no MF  $3,13$  (DE  $\pm 1,954$ ) ( $p = 0,009$ ); MF riesgo anestésico ASA < II  $62,2\%$ , no MF  $37,8\%$  ( $p = 0,006$ ); MF ausencia delirium  $64,7\%$ , no MF  $35,3\%$  ( $p = 0,002$ ). Análisis multivariante: edad  $1,044$  (1,002-1,088) ( $p = 0,042$ ). IL  $0,869$  (0,804-0,940) ( $p < 0,001$ ). Capacidad discriminación modelo AUC ( $\pm IC95\%$ ):  $0,658$  (N0.594-0.723).

**Conclusiones:** Menor edad, mejor funcionalidad previa, mejor estado cognitivo, menor riesgo anestésico y ausencia de delirium, son factores relacionados con mantenimiento de funcionalidad a los 12 meses de la fractura de cadera. Menor edad y mejor funcionalidad previa son factores predictores de mantenimiento de funcionalidad a los 12 meses de la fractura de cadera.

#### OC-005. VARIABLES ASOCIADAS A LA MEJORA FUNCIONAL EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

E. San Martín Igual, P. González García, R. Gómez Navarro, M.J. Vicente Romero y M. Díaz García  
Hospital San José, Teruel.

**Objetivos:** Conocer los resultados de la rehabilitación funcional de pacientes ingresados por fractura de fémur proximal en una Unidad de Recuperación Funcional (URF) y analizar la influencia de distintas variables recogidas en la VGI sobre la misma. Conocer la mortalidad e incidencia de institucionalización durante el año posterior a la fractura.

**Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo de los pacientes ingresados por fractura de cadera para recuperación funcional en el Hospital San José de Teruel durante el año 2014. Se recogieron variables socio-demográficas, clínicas, situación funcional (índice de Barthel, capacidad de deambulación) y cognitiva (test de Pfeiffer) basales, al ingreso, al alta y un año después.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron 100 pacientes con fractura por fragilidad en la URF del H. San José, con una edad media de  $84,62$  años [DE  $5,92$ ] y un índice de Comorbilidad abreviado de Charlson de  $1,63$  [DE  $1,39$ ]. El 75% eran mujeres. El índice de Barthel previo a la fractura era de 83 puntos [DE  $20,96$ ], el 58% de los ancianos no utilizaba ayudas técnicas para deambular, y sólo el 1% hacía vida cama-sillón. Durante el ingreso en la URF los pacientes realizaron un promedio de 9 sesiones de fisioterapia. El 71% tuvieron menos de 4 errores en el test de Pfeiffer, y el 20% presentó síndrome confusional. La recuperación de la pérdida funcional al alta, medida con el Índice de Montebello (IM), fue de  $0,52$  [DE  $0,28$ ]. Al año de la fractura un 11% de los pacientes habían sido institucionalizados, un 17,3% hacía vida cama-sillón y un 15% había fallecido. En el análisis multivariante se observa que existe relación estadísticamente significativa entre la recuperación funcional y el Índice de Montebello, el estado cognitivo al ingreso ( $p = 0,006$ ) y el hecho de presentar síndrome confusional ( $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** Existe recuperación funcional al alta hospitalaria según el Índice de Montebello, sin embargo, sólo un 25% de los pacientes recuperó su nivel de independencia previo al año de la fractura. La menor puntuación en el test de Pfeiffer ha sido el mayor factor predictivo independiente de mejora funcional con significación estadística, junto con la no aparición de síndrome confusional durante el ingreso.

#### OC-006. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS (FLS)

L. Guardado Fuentes, D. Padrón Guillén, P.L. Carrillo García, A.M. Rubio Regalado, A.I. Membrilla Ortiz y J. Mora Fernández  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** 1. Analizar el impacto que la implantación de una Unidad de Coordinación de Fracturas (FLS) tiene sobre la cultura de prevención secundaria de osteoporosis en una Unidad de Ortoperiátria. 2. Describir cambios en la prescripción y adherencia terapéutica al mes de alta hospitalaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo, comparativo (antes-después) y de seguimiento. Se incluyen pacientes ingresados por fractura de cadera por fragilidad > 50 años en 2015. Se excluyen fracturas patológicas y de naturaleza "compleja". Se recogen variables demográficas, funcionales, sociales, comorbilidad, relacionadas con la fractura y prevención, ubicación al alta, mortalidad y adherencia terapéutica al mes. Se estudian dos grupos: A (ingresos enero-junio 2015) y B (julio-diciembre 2015). A los pacientes del grupo B se les dio información del programa FLS: evaluación del riesgo de nuevas fracturas, educación sanitaria (ejercicio físico y prevención de caídas). Se valora específicamente la indicación de tratamiento antiosteoporosis. Al mes, se realizó seguimiento por enfermería de consultas de Traumatología para determinar adherencia terapéutica. Análisis estadístico: comparación de proporciones o medias. SPSS 15.0.

**Resultados:** n 380 (grupo A: 209; grupo B: 171). Edad media 84,7 (DE 7,1), mujeres 81,1%. Fracturas previas por fragilidad 37,6%, tratamiento antiosteoporosis previo 10%. Se observaron diferencias basales entre ambos grupos, presentando mejor funcionalidad al ingreso y mayor comorbilidad el grupo A: I. Barthel: Grupo A mediana 90 (RI 70-100) vs Grupo B 75 (RI 52-93) ( $p < 0,001$ ). I. Charlson medio Grupo A 6,6 vs 5,7 Grupo B ( $p < 0,001$ ). No se observaron diferencias respecto a otras variables demográficas o clínicas. Se encontraron diferencias en la prescripción de tratamiento antiosteoporosis al alta, mayor en Grupo B (65,2% vs 42,6%;  $p < 0,001$ ). Al mes, el 77,1% toma tratamiento. De los que no lo toman, 71,4% por olvido. Ningún paciente sufrió nuevas fracturas.

**Conclusiones:** Los pacientes de nuestra muestra son de edad avanzada, la mayoría mujeres, con buena situación funcional previa y alta comorbilidad. Más de un tercio de nuestra muestra presentaba fracturas previas por fragilidad y sólo un 10% recibía tratamiento preventivo. Las fases iniciales de implantación de una FLS demuestran aumento en la prescripción de tratamiento antiosteoporosis con alta adherencia terapéutica al mes de seguimiento.

#### OC-007. ¿PODEMOS MEJORAR EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE LA FRACTURA DE CADERA?

R. Gómez Navarro<sup>1</sup>, P. González García<sup>2</sup>, S. Valdearcos Enguidanos<sup>3</sup>, M.J. Vicente Romero<sup>2</sup>, M. Díaz García<sup>2</sup>, A. Castro Sauras<sup>4</sup> y C. Martín Hernández<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CS Teruel Centro, Teruel. <sup>2</sup>Hospital San José, Teruel. <sup>3</sup>Unidad Docente, Teruel. <sup>4</sup>Hospital General Obispo Polanco, Teruel. <sup>5</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar las intervenciones de prevención primaria y secundaria llevadas a cabo por Atención Primaria en las personas que padecieron fractura de fémur por fragilidad.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye los pacientes con fractura de cadera ingresados en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro hospital de referencia el año 2014. Fuente de datos: informe de alta hospitalario y OMI-AP. Variables estudiadas: sexo, edad, Zona Básica de Salud, Índice de Barthel, lugar de residencia, tipo de fractura, diagnóstico previo de osteoporosis, tratamiento previo con calcio, Vit D o antiosteoporóticos, antecedente de fractura de fémur, vertebral o de pérdida de talla, utilización de herramienta FRAX®, tratamiento al alta hospitalaria, fallecimiento y supervivencia tras fractura.

**Resultados:** Ingresaron 161 personas, de ellas 148 pertenecían a nuestro Sector Sanitario y que compusieron nuestra población de estudio. Edad media  $85,9 \pm 6,0$  años. 76,4% mujeres. El 48,6% procedían de las zonas urbanas. El 66,9% residían en domicilio particular estando el resto institucionalizadas. Considerando el Índice de Barthel, el 27% presentaba dependencia grave o total. El 45,3% de las fracturas fueron pertrocántreas, el 44,6% subcapitales, el 7,4% subtrocántreas y el 2,7% de otras. En el 10,1% existía antecedente de fractura de cadera por fragilidad y en el mismo porcentaje vertebral, aunque de estas, solo la mitad estaban reflejadas en la historia clí-

nica. En el 13,7% de los casos figuraba en OMI-AP el diagnóstico previo de osteoporosis. El 12,2% tenían tratamiento pautado con calcio, el 11,5% con vit D y el 6,8% con algún fármaco antiosteoporótico. Estaban tallados el 38,4% de los pacientes y de estos habían perdido > 2,5 cm en los últimos 5 años un 20,7%. En ningún caso se había determinado el riesgo de fractura con la herramienta FRAX®. Tras el alta, el 47,3% de los fracturados no seguían ningún tratamiento. A 31/12/2015 habían fallecido el 25,7% con una mediana de supervivencia de 64,5 días. El exitus se produjo en un 71,1% de los casos en el hospital.

**Conclusiones:** Existe un amplio margen de mejora en las actividades de prevención primaria y secundaria relacionadas con la fractura de fémur por fragilidad.

#### OC-008. IMPACTO DEL INGRESO EN FIN DE SEMANA POR FRACTURA DE CADERA EN LA MORTALIDAD

C. González de Villaumbrosia<sup>1</sup>, F.J. Martínez Peromingo<sup>1</sup>, C. Oñoro Algar<sup>1</sup>, E. Baeza<sup>2</sup>, V.L. García Cárdenas<sup>3</sup>, A. Castañeda<sup>1</sup> y R. Barba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles. <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

<sup>3</sup>Hospital General de Villalba, Collado Villalba.

**Objetivos:** Estudiar si existe mayor mortalidad durante la fase aguda de la hospitalización en los pacientes que ingresan por fractura de cadera durante el fin de semana comparados con los que ingresan en día laborable.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo basado en la base de datos administrativa del Ministerio de Sanidad español (Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD), habiendo incluido a todos los pacientes mayores de 50 años ingresados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012 que fueron dados de alta con el diagnóstico principal de fractura de la extremidad proximal de fémur. Se realizó un análisis descriptivo de las características generales de la población, así como un análisis univariante de las diferencias entre los dos grupos de pacientes a estudio (ingresados en fin de semana o en día laborable) mediante los test  $\chi^2$  y estadístico t para muestras independientes. Posteriormente se realizó una regresión logística binaria en la que la variable dependiente fue la mortalidad, y como variables independientes se introdujeron todos los factores que se habían asociado de forma significativa con ésta en el análisis univariante.

**Resultados:** Fueron incluidos 48.302 pacientes, de los cuales el 41,4% ingresaron en fin de semana. No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa en las características de los pacientes ingresados en fin de semana y en día laborable salvo la mortalidad, con un 5,5% y un 5,1% respectivamente ( $p = 0,03$ ). En el análisis univariante para estudiar los factores de riesgo de mortalidad todos los siguientes factores mostraron asociación: Edad ( $p < 0,01$ ), índice de Charlson ( $p < 0,01$ ), género masculino ( $p < 0,01$ ), tratamiento conservador ( $p < 0,01$ ), delirium ( $p < 0,01$ ) y neoplasia ( $p < 0,01$ ). En la regresión logística los pacientes ingresados en fin de semana mantuvieron una asociación estadísticamente significativa con mayor mortalidad, con un OR = 1,1 (intervalo de confianza al 95% de 1,01-1,20).

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan en fin de semana por fractura de cadera tienen un riesgo de fallecer un 10% superior a los pacientes que lo hacen en día laborable, con una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad de ambos grupos, independientemente de la edad, género, comorbilidad, estancia hospitalaria o tipo de tratamiento empleado.

#### OC-009. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE CONVALESCENCIA EN LOS PACIENTES ORTOGERIÁTRICOS

F.L. Húnicken, A.B. Sow, E. Ridruejo, M. Macías, A. Hernández, L. Escudero, R. Fortes y M.T. Guerrero Díaz  
Hospital General de Segovia, Segovia.

**Objetivos:** Las unidades de convalecencia surgieron para favorecer el alta temprana, la rehabilitación y la reinserción social de los pacien-

tes cuyo deterioro funcional impide que sean cuidados por sus familiares. Presentamos los resultados de su implantación en el caso de los mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera.

**Métodos:** Se recogen los datos de todos los mayores de 75 años ingresados en 2014 por fractura de cadera y se procesan mediante SPSS 15 (chi cuadrado, U de Mann Whitney y t Student).

**Resultados:** De 180 pacientes con seguimiento al año, 82 (45%) procedían de domicilio propio, 34 (18%) de domicilio familiar y 64 (32%) de residencia. Durante el ingreso fallecieron 7 (3,8%), volvieron a su domicilio 22 (12,7%), al domicilio familiar 18 (10,4%), a su residencia 56 (32%) y pasaron a convalecencia 22 (12,7%) y a residencia privada 24 (13,8%). En total cambiaron de domicilio 40%. Los pacientes que pasan a convalecencia no presentan diferencias estadísticas en edad, Charlson, FRAX, número de complicaciones, descarga al alta y Barthel al alta aunque presentan mejor Barthel previo y menor puntuación en Nottingham Si existe diferencia estadísticamente significativa de estancia total  $17,70 \pm 6,4$  en convalecencia versus  $10,82 \pm 6,3$  La mortalidad al mes fue 4 (19%) en convalecencia, 23 (11%) en residencia, 3 (11%) en domicilio y 2 (8%) en domicilio familiar. Sólo 6 (27%) pacientes que se fueron a convalecencia pasaron a domicilio y lo hicieron en el primer mes de estancia (alta voluntaria) y 9 (40%) pasan a residencia privada. Al año habían fallecido 7 (30,43%) de los que inicialmente fueron a convalecencia, 5 (20,8%) de los que volvieron al domicilio familiar, 5 (19,23%) de los que volvieron a domicilio propio, y 28 (29,78%) de los que fueron a residencia. No hay diferencias en mortalidad en los que fueron a convalecencia, ni en los que cambiaron de domicilio.

**Conclusiones:** En nuestro medio los pacientes derivados a convalecencia tienen peor estancia hospitalaria a pesar de no presentar mayor deterioro funcional previo ni al alta, comorbilidad ni complicaciones hospitalarias. La derivación a convalecencia no mejora mortalidad ni funcionalidad suficiente para que los pacientes puedan volver a su domicilio con 40% de institucionalización al alta.

## OC2: Fragilidad. Sarcopenia

### OC-010. ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y CARACTERÍSTICAS BASALES DE DOS POBLACIONES ESPAÑOLAS DE PERSONAS

#### MAYORES

M. Machón Sobrado<sup>1</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>2</sup>, M. Mateo Abad<sup>3</sup>, E. Contreras Fernández<sup>4</sup>, M.J. Vázquez Blanco<sup>5</sup> e I. Vergara Mitxeltorena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de investigación AP-OSIs Gipuzkoa. Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, San Sebastián. <sup>2</sup>Unidad de Investigación, Agencia Sanitaria Costa del Sol. Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas REDISSEC), Málaga.

<sup>3</sup>Unidad de Investigación de AP-OSIS Gipuzkoa, San Sebastián. <sup>4</sup>Distrito Sanitario Costa del Sol, Málaga. <sup>5</sup>FIBAMIS, Málaga.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de fragilidad y describir las características basales en dos poblaciones españolas (Gipuzkoa y Málaga) de personas mayores.

**Métodos:** Estudio multicéntrico de cohorte prospectivo de dos años de duración de 900 sujetos de 70 o más años, autónomos ( $\text{Barthel} > 90$ ) y no institucionalizados. En la valoración basal se recogieron las siguientes variables mediante entrevista personal: características sociodemográficas, fragilidad (índice de fragilidad de Tilburg, IFT), pruebas de ejecución funcional (test de velocidad de la marcha, VM;

test de levántate y anda cronometrado, LAC), hábitos de vida y estado de salud. Además, a una submuestra de 100 individuos se les analizarán biomarcadores de fragilidad (SOX2 y p16INK4a). Durante el seguimiento se recogerá información sobre la aparición de dependencia, muerte y utilización de recursos sanitarios mediante entrevistas y revisión de bases de datos clínicas. Las comparaciones entre variables se realizaron mediante el test t-Student para continuas y el test chi-cuadrado para categóricas. Este estudio ha sido autorizado por los correspondientes comités de ética. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

**Resultados:** El reclutamiento está en marcha y finalizará antes de la presentación de estos resultados en el congreso. Los individuos incluidos (159 de Málaga y 193 de Gipuzkoa) tenían una edad media de 78,3 (DE 5,1) años, 192 (54,5%) eran mujeres y 114 (32,4%) presentaron mala salud percibida. La prevalencia de fragilidad medida con el IFT fue del 28,1%, siendo superior en las mujeres (35,4%,  $p < 0,001$ ) y en los individuos de Málaga (37,7%,  $p = 0,001$ ). Con respecto a las pruebas de ejecución funcional, presentaron un valor medio de 0,99 m/s. (DE 0,8) en el VM y de 12,4 s. (DE 4,0) en el LAC, siendo este último más alto en las mujeres (13,3 DE 4,5;  $p < 0,001$ ) y en los individuos de Málaga (13,1 DE 4,3;  $p = 0,005$ ).

**Conclusiones:** La presencia de fragilidad es elevada en la muestra estudiada, observándose diferencias por sexo y lugar de residencia. Esta situación implica un elevado riesgo en la aparición de eventos adversos, como caídas, dependencia u hospitalizaciones. Estos resultados preliminares sugieren la necesidad de introducir herramientas de detección de fragilidad en los centros de atención primaria.

### OC-011. SARCOPENIA Y SÍNDROME DE TEMOR A CAERSE: ESTUDIO FISTAC

I. Soler Moratalla, I. Huedo Rodenas, P.M. Sánchez Jurado, G. Ariza Zafra, G. Sánchez Nievas, M. Esbrí Víctor y P. Abizanda Soler Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

**Objetivos:** Analizar la asociación entre sarcopenia identificada según diferentes constructos y el síndrome de temor a caerse (STAC).

**Métodos:** Análisis descriptivo de 183 participantes en el estudio FISTAC. Se determinó masa muscular en kg mediante DXA y BIA, potencia muscular máxima en vatios (W), se construyeron los constructos de masa musculoesquelética apendicular (aLM), aLM/altura<sup>2</sup>, y aLM/índice de masa corporal (IMC). Posteriormente se determinó sarcopenia mediante los criterios EWGSOP y FNIH. Se recogió el síndrome de temor a caerse (STAC). La asociación entre las diferentes variables musculares y el STAC se determinó mediante chi cuadrado y t de Student cuando convino, y posteriormente se ajustaron por edad y sexo mediante regresiones logísticas.

**Resultados:** Edad media 88,4 (DE 5,6), 147 mujeres (80,3%). Los valores para pacientes sin y con STAC fueron respectivamente: Masa muscular DXA 41,1 y 37,1 (diferencia de medias 4,0; IC95% 0,5-7,4;  $p = 0,026$ ); Masa muscular BIA 46,7 y 42,1 (diferencia de medias 4,6; IC95% 1,4-7,7;  $p = 0,005$ ); Potencia muscular máxima 181 y 121 W (diferencia de medias 59; IC95% 21-98;  $p = 0,007$ ); aLM 16,0 y 14,6 (diferencia de medias 1,4; IC95% -0,2-3,0;  $p = 0,094$ ); aLM/h<sup>2</sup> 6,38 y 6,36 (diferencia de medias 0,02; IC95% -0,4-0,4); aLM/IMC 0,588 y 0,498 (diferencia de medias 0,090; IC95% 0,032-0,148;  $p = 0,003$ ); Con criterios FNIH, los pacientes con STAC presentaron sarcopenia en el 42,2% de los casos, frente al 33,3% de aquellos sin STAC (NS). Por último, con criterios EWGSOP, los pacientes con STAC presentaron sarcopenia en el 17,8% de los casos, frente al 51,9% de aquellos sin STAC ( $p < 0,001$ ). Al ajustar por sexo, desaparecen todas las asociaciones entre músculo y STAC.

**Conclusiones:** Ni la masa o potencia muscular, ni los actuales criterios de sarcopenia se asocian con el síndrome de temor a caerse. Otros factores deben ser responsables de este síndrome.

## **OC-012. RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FÍSICA Y MEDIDAS DE MASA, FUERZA Y POTENCIA MUSCULAR: ESTUDIO FISTAC**

M. López Utiel, I. Huedo Rodenas, S. Lozoya Moreno,  
E. Júdez Navarro, M.A. Herizo Muñoz, M. Esbrí Víctor  
y P. Abizanda Soler  
*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

**Objetivos:** Determinar la relación entre masa muscular (MM), fuerza y potencia muscular y función física en una cohorte de ancianos con caídas.

**Métodos:** Análisis descriptivo de 183 participantes en el estudio FISTAC. Número de medidas válidas para cada una de las variables de estudio: MM por densitometría marca Lunar (DXA) 117. MM por bioimpedanciometría Tanita (BIA) 165. Velocidad de marcha (VM) 182. SPPB 183. Fuerza prensora (FP) de mano dominante con dinamómetro de JAMAR 183. 1RM de prensa de piernas (PP) 164. Potencia máxima por T-Force 145. La asociación entre las diferentes variables se determinó mediante correlaciones y regresión lineal, ajustado por sexo.

**Resultados:** Edad media 88,4 (DE 5,6). 147 mujeres (80,3%). Valores medios de la muestra global: MM por DXA 38,0 kg (DE 6,6). MM por BIA 43,2 kg (7,4). VM 0,62 (0,20) m/s. SPPB 7,3 (DE 2,5). FP 17,1 kg (DE 7,6). PP 60,4 kg (DE 30,5). Potencia máxima global 137,1 w (DE 104,6). Para hombres: MM por DXA 47,4 kg (DE 5,6). MM por BIA 54,1 kg (7,8). VM 0,66 (0,19) m/s. SPPB 7,8 (DE 2,8). FP 25,4 kg (DE 8,0). PP 78,8 kg (DE 35,6). Potencia máxima global 220,8 w (DE 137,7). Para mujeres: MM por DXA 35,6 kg (DE 4,2). MM por BIA 40,8 kg (4,5). VM 0,61 (0,20) m/s. SPPB 7,2 (DE 2,4). FP 15,0 kg (DE 6,0). PP 56,1 kg (DE 27,6). Potencia máxima global 116,2 w (DE 82,9). La MM por DXA o BIA correlacionaron con fuerza y potencia muscular, pero no así con función física. Por el contrario, la fuerza y potencia musculares sí correlacionaron con MM y con función física. La MM por DXA y BIA presentaron una excelente correlación ( $r = 0,923$ ) entre ambas.

**Conclusiones:** La masa muscular se asocia con fuerza en ancianos con caídas, pero no con función física, aunque la fuerza muscular sí se asocia con función física. DXA y BIA presentan una excelente correlación para determinar masa muscular.

## **OC-013. FRAGILIDAD Y SÍNDROME DE TEMOR A CAERSE: ESTUDIO FISTAC**

S. Lozoya Moreno, M. López Utiel, A. Noguerón García,  
I. Soler Moratalla, S. Salmerón Ríos, M. Esbrí Víctor  
y P. Abizanda Soler  
*Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.*

**Objetivos:** Analizar la asociación entre fragilidad identificada con los criterios de L.P. Fried y el síndrome de temor a caerse (STAC).

**Métodos:** Análisis descriptivo de 183 participantes en el estudio FISTAC. Se determinó fragilidad con criterios Fried (debilidad, lentitud, cansancio, baja actividad física y pérdida de peso). Se determinó el síndrome de temor a caerse (STAC). La asociación entre la fragilidad y cada uno de sus componentes y el STAC se determinó mediante chi cuadrado, y posteriormente se ajustó por edad, sexo, dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Barthel), estado nutricional (MNA-SF) y comorbilidad (índice de Charlson) mediante regresión logística.

**Resultados:** Edad media 88,4 (DE 5,6). 147 mujeres (80,3%). Frágiles 98 (53,6%), Prefrágiles 78 (42,6%) y No frágiles 7 (3,8%). Los participantes frágiles, prefrágiles y no frágiles con STAC fueron respectivamente 87 (88,8%), 51 (65,4%) y 2 (28,6%) ( $p < 0,001$ ). De los 5 criterios de fragilidad, la pérdida de peso no se asoció con STAC, pero los otros cuatro sí: cansancio 84,6% vs 65,8% ( $p < 0,01$ ), lentitud 82,3% vs 67,1% ( $p < 0,05$ ), baja actividad física 86,8% vs 69,2% ( $p < 0,01$ ) y debilidad 80,8% vs 56,3% ( $p < 0,01$ ). Los participantes frágiles tuvieron un riesgo ajustado (OR) 3,4 veces mayor (IC95% 1,4 a 8,3;  $p < 0,01$ ) ajustado por edad, sexo, dependencia en ABVD y comorbilidad de presentar STAC.

**Conclusiones:** La fragilidad se asocia de manera independiente con el síndrome de temor a caerse.

## **OC-014. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EJERCICIO FÍSICO EN LOS ANCIANOS DE LA COMUNIDAD Y SU RELACIÓN CON LA FRAGILIDAD. ESTUDIO TRANSVERSAL DE BASE POBLACIONAL**

M. Serra-Prat<sup>1</sup>, M. Papiol<sup>2</sup>, J. Vico<sup>1</sup>, I. Lorenzo<sup>1</sup>, M. Arús<sup>1</sup> y M. Cabré<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital de Mataró, Mataró. <sup>2</sup>Argentona.

**Objetivos:** Describir los hábitos alimentarios, el consumo de calorías, macronutrientes y micronutrientes y la actividad física de la población anciana no institucionalizada, así como evaluar la relación entre estos hábitos y el estado de fragilidad.

**Métodos:** Estudio observacional y transversal de base poblacional en la población de 75 años o más que viven en la comunidad. La fragilidad se estableció según los criterios de L Fried. Los hábitos dietéticos fueron evaluados con un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos validado al español, la actividad física y el consumo de calorías se estimaron a través del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) y el estado nutricional según el formulario reducido del Mini-Nutritional assessment (MNA-sf).

**Resultados:** Se reclutó un total de 324 personas (170 hombres y 154 mujeres), con una edad media de 80,1 (3,5) años. El 94,6% mostraron un estado nutricional satisfactorio. En las mujeres, el IMC fue mayor en las mujeres frágiles y pre-frágiles que en las robustas (30, 30, y 26, respectivamente;  $p < 0,001$ ). No se observaron diferencias en la ingesta de proteínas entre las personas frágiles y no frágiles, pero las personas frágiles mostraron una menor ingesta de ensaladas, frutos secos, frutas y fibra. Comer ≤ 2 frutas/día es un factor de riesgo de fragilidad (OR = 1,90;  $p = 0,046$ ), como lo es comer ≤ 1 plato de verduras y/o legumbres al día (OR = 1,93;  $p = 0,041$ ) o < 24 g de fibra/día (OR = 2,86;  $p = 0,02$ ). Las personas frágiles mostraron una ingesta calórica algo menor y un gasto energético con ejercicio físico mucho menor que las personas no frágiles (gasto energético por ejercicio físico < 100 Kcal/día es un factor de riesgo de fragilidad con una OR = 14,4;  $p < 0,001$ ), lo que resulta en un mayor balance energético positivo.

**Conclusiones:** En una población anciana con un buen estado nutricional y un buen aporte calórico-proteico, una baja ingesta de micronutrientes mediante frutos secos, frutas y verduras (ricos en vitaminas y antioxidantes) es un factor de riesgo de fragilidad. La baja actividad física también está relacionada con la fragilidad y predispone a un balance energético positivo y a la obesidad sarcopénica.

## **OC-015. TOMA DE DECISIONES EN EL ANCIANO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER. FRAGILIDAD Y SARCOPENIA COMO PREDICTORES DE TOXICIDAD A LA QUIMIOTERAPIA. PROYECTO ONCOSARCO**

M.J. Molina Garrido<sup>1</sup>, C. Guillén Ponce<sup>2</sup>, B. Fernández Félix<sup>2</sup>, M.D.M. Muñoz Sánchez<sup>1</sup>, M.D.C. Soriano Rodríguez<sup>1</sup>, A. Olaverri Hernández<sup>1</sup> y J.A. Santiago Crespo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos:** Dado el alto riesgo de toxicidad a la quimioterapia en el anciano oncológico, la toma de decisiones en este grupo poblacional es compleja. En este sentido, el proyecto ONCOSARCO pretende: 1) Conocer cuál (fragilidad o sarcopenia) es el mejor predictor de toxicidad a la quimioterapia; 2) Identificar nuevos parámetros predictores de toxicidad, entre variables relacionadas con la masa muscular (MM), la fuerza muscular (FM) o la función física (FF).

**Métodos:** Entre diciembre 2012 y diciembre 2014, se incluyeron 103 pacientes ( $\geq 70$  años). Previo al inicio del tratamiento con quimioterapia, se registraron MM, FM y FF. Se emplearon los criterios del Grupo Europeo para definir sarcopenia y el fenotipo de Linda Fried para detectar la fragilidad. Se consideró como evento la aparición de

toxicidades de grado 3 y 4, empleando análisis de regresión logística multinomial para detectar sus predictores.

**Resultados:** Toxicidad grave en 44 pacientes (42,7%); no toxicidad en 30 (29,1%) y fallecimiento sin toxicidad en 29 (28,2%). En el análisis se objetivó que los pacientes frágiles no tenían más riesgo de presentar toxicidad ( $p = 0,220$ ) que los pacientes prefrágiles. Ajustando por las variables Dosis inicial plena y Estadio metastásico, la fragilidad se asociaba a mayor toxicidad grave por quimioterapia, pero no de forma significativa (RRR: 2,4; IC95%: 0,9-6,9;  $p = 0,090$ ). La sarcopenia no fue buen estimador ( $p = 0,590$ ). Se ha buscado un modelo predictivo de toxicidad con las variables de MM, FM y FF. En el análisis la única variable que se asoció de forma significativa con la toxicidad fue la fuerza de extensión de la rodilla (RRR 0,7; IC95%: 0,5-0,9;  $p = 0,031$ ).

**Conclusiones:** En el ámbito de la Oncogeriatría, los pacientes frágiles mostraron un riesgo 2,4 veces mayor de desarrollar toxicidad a la quimioterapia ( $p = 0,090$ ). La sarcopenia no se asocia a toxicidad, a diferencia de la fuerza de extensión de la rodilla ( $p = 0,031$ ). Estudios posteriores deberán confirmar el papel de esta variable como predictora de toxicidad en el anciano; de confirmarse, se dispondría de una nueva herramienta en la toma de decisiones en el anciano oncológico. Proyecto financiado por Beca Nutricia 2010 (SEGG) y Beca Mutua Madrileña 2010.

#### OC-016. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE PELVIS POR FRAGILIDAD EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE PROCEDENCIA. ESTUDIO DE 271 CASOS CONSECUTIVOS VALORADOS POR UN SERVICIO DE GERIATRÍA

I. Rodríguez-Sánchez, D. Moral, R. Menéndez-Colino, J.I. González-Montalvo, T. Alarcón, J. Díez e I. Martín  
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Introducción:** La fractura de pelvis (FP) es un tipo de fractura por fragilidad de incidencia creciente en la población anciana. No se conoce si existen diferencias en las características de la población afectada en función de su lugar de residencia previa.

**Objetivos:** Analizar las diferencias entre las características de los pacientes con FP consultados a un servicio de Geriatría según su lugar de procedencia.

**Métodos:** Se revisaron de forma retrospectiva los registros de todos los pacientes ingresados con el diagnóstico principal de FP y que fueron valorados por el Servicio de Geriatría de un hospital terciario en el periodo 1995-2015. Se recogieron los datos demográficos, las variables de la valoración geriátrica, la estancia media y la derivación al alta. Se clasificó a los pacientes en función de si procedían de su domicilio o de una residencia de personas mayores.

**Resultados:** Fueron valorados 271 pacientes. Procedían de residencia 46 (17%). Comparados con los procedentes de su domicilio, los pacientes de residencia eran mayores ( $87,8 \pm 4,7$  vs  $83,4 \pm 7,2$  años,  $p < 0,001$ ), tenían un peor Índice de Barthel basal ( $67,8 \pm 29,8$  vs  $45 \pm 21,2$ ,  $p < 0,01$ ), y al ingreso ( $14,2 \pm 13,3$  vs  $25 \pm 19,3$ ,  $p < 0,01$ ), Peor puntuación en la Escala de Cruz Roja Funcional basal ( $2,2 \pm 1,5$  vs  $1,6 \pm 1,2$ ,  $p < 0,01$ ) y al ingreso ( $4,8 \pm 0,5$  vs  $4,4 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ), peor puntuación en la Escala de Cruz Roja Mental basal ( $1,5 \pm 1,3$  vs  $0,9 \pm 1,2$ ,  $p < 0,01$ ) y al ingreso ( $1,9 \pm 1,4$  vs  $1,4 \pm 1,3$ ,  $p < 0,05$ ). La estancia media hospitalaria fue menor,  $8,5 \pm 7,4$  días vs  $11,6 \pm 9,3$  días ( $p < 0,05$ ). El 26,2% de los procedentes de su domicilio, pero ninguno de los procedentes de residencia, precisaron de derivación a una unidad geriátrica de media estancia (52 pacientes) o a unidades de larga estancia (7 pacientes). Fallecieron en el hospital 5 (2,2%) pacientes, todos ellos procedentes de domicilio.

**Conclusiones:** Los pacientes procedentes de residencia muestran características diferentes a los procedentes de domicilio: son de mayor edad y presentan peor situación funcional y cognitiva, tanto basal como al ingreso. Estas características definen a los pacientes de

residencia como un grupo que posiblemente precise de una atención especial que tenga en cuenta su situación diferencial.

#### OC-017. EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO DE FUERZA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS CON SARCOPENIA: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

M.A. Cebrià i Iranzo<sup>1</sup>, M.A. Tortosa Chulià<sup>2</sup>, M. Balasch i Bernat<sup>1</sup>, M.J. Ponce Darós<sup>1</sup> y S. Balasch i Parisi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidad de Valencia, Valencia.

<sup>2</sup>Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Valencia, Valencia.

<sup>3</sup>Departamento de Estadística Aplicada e Investigación Operativa y Calidad, Universidad Politécnica de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** La sarcopenia, pérdida progresiva de masa y fuerza muscular asociada al envejecimiento, se acompaña de fragilidad, discapacidad y un aumento de la mortalidad. Entre sus criterios diagnósticos se incluyen la masa y fuerza muscular, así como el rendimiento físico. Afecta especialmente a los grupos de población con estilo de vida sedentario, comorbilidad y/o encamamiento, características que se presentan frecuentemente en los mayores institucionalizados. Este estudio persigue evaluar los efectos de dos intervenciones de fisioterapia en personas mayores institucionalizadas con sarcopenia.

**Métodos:** Setenta personas mayores (edad media:  $81,4 \pm 0,9$ ; 67,1% mujeres; media de años de institucionalización:  $2,1 \pm 0,3$ ) de 4 residencias españolas fueron reclutadas en 2014 atendiendo a los parámetros diagnósticos de sarcopenia. Se excluyeron aquellos residentes que presentaban trastornos cognitivos (MMSE < 20) y/o enfermedad aguda los 2 meses previos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo control (GC,  $n = 26$ ), un grupo de entrenamiento respiratorio (GER,  $n = 25$ ) o un grupo de entrenamiento de la musculatura periférica (GEMP,  $n = 19$ ). Ambas intervenciones consistieron en un entrenamiento de la fuerza de la musculatura respiratoria o de los miembros superiores e inferiores, respectivamente, 3 días alternativos a la semana, durante 3 meses. Las variables resultado fueron: la fuerza de la musculatura respiratoria [presión inspiratoria máxima (PIM, cmH<sub>2</sub>O) y presión espiratoria máxima (PEM, cmH<sub>2</sub>O)], la fuerza de la musculatura periférica [fuerza pico del cuádriceps y tríceps braquial (Kg)], bioimpedanciometría (masa muscular, kg) y velocidad de marcha (m/s). Estas variables se registraron antes y después del entrenamiento.

**Resultados:** Las características iniciales de los tres grupos no mostraron diferencias significativas. Un ANOVA unifactorial para la comparación de las medias de las variables mostró diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre grupos para la PIM, la PEM y la fuerza pico de la musculatura periférica, pero no para la masa muscular y la velocidad de marcha.

**Conclusiones:** Los dos grupos entrenados presentaron valores mayores de fuerza de la musculatura esquelética (respiratoria y periférica) que el grupo control. Los resultados obtenidos permiten recomendar el entrenamiento de la fuerza de la musculatura esquelética como intervención para mejorar la fuerza en personas mayores institucionalizadas con sarcopenia.

#### OC-018. ASOCIACIÓN ENTRE FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD INCIDENTE O MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

L. Palazón Valcarcel, E. Gómez Jiménez, R. Ceres Martínez, M. Mas Romero, A. Avendaño Céspedes, J.L. Oliver Carbonell y P. Abizanda Soler

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

**Objetivos:** Determinar la asociación entre fragilidad y mortalidad o discapacidad incidente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en ancianos institucionalizados.

**Métodos:** Estudio de cohortes longitudinal sobre 331 > 65 años institucionalizados en dos residencias con un período de seguimiento de tres años. La fragilidad se determinó mediante criterios Fried. Se consideró discapacidad incidente en ABVD cuando se detectó una menor puntuación en alguno de los siguientes ítems del índice de Barthel entre la visita basal y el seguimiento a los tres años: baño, aseo, vestido, retrete, transferencias y comer. Como covariables de estudio se consideraron la edad, sexo, IMC, índice de Barthel en la visita basal e Índice de Charlson. Se analizaron las diferencias entre los grupos de frágiles y no frágiles mediante comparaciones de medias y proporciones y se construyeron modelos de regresión logística para determinar la asociación ajustada entre fragilidad y las variables de resultados: mortalidad, discapacidad incidente en ABVD y el evento combinado (muerte + discapacidad).

**Resultados:** La edad media de la muestra fue de 83,85 años (DE 6,8), con 213 (65,1%) mujeres. De los 331 residentes mayores de 65 años incluidos en la visita basal, se perdieron 42 (12,7%) a los tres años de seguimiento. De los 289 restantes, 133 (46%) fallecieron. 92 (59,0%) fueron frágiles y 27 (17,3%) tenían alta comorbilidad. La media del IMC fue 28,2 kg/m<sup>2</sup> (DE 5,4), del índice de Barthel 62,9 (DE 34,2) y del MMSE 19,4 (DE 6,3). De los 156 restantes, 75 sujetos (48,1%) desarrollaron discapacidad incidente, de los cuales 54 (72,0%) eran frágiles y 21 (28%) eran no frágiles o prefrágiles en la visita basal ( $p < 0,001$ ). 81 (51,9%) no presentaron ninguno de los dos eventos adversos recogidos. La fragilidad se asoció de manera independiente con discapacidad incidente (OR 3,4; IC95% 1,4-8,1) y con el evento combinado (discapacidad incidente o mortalidad) (OR 3,6; IC95% 1,7-7,4) ajustada por todas las covariables del estudio.

**Conclusiones:** En una cohorte de ancianos institucionalizados, la fragilidad se asoció de manera independiente con mortalidad o discapacidad incidente en actividades básicas de la vida diaria.

lesión de órgano diana, siendo la enfermedad cerebrovascular la más prevalente (18,96%), seguido en frecuencia por nefropatía (17,24%), cardiopatía (15,51%), neuropatía y retinopatía (8,62%) y enfermedad arterial periférica (5,17%). Encontramos diagnóstico de demencia en el 75,86% de los diabéticos, con un MMSE mediano de 12 puntos (2-22), habiendo evidencia de enfermedad cerebrovascular en el 12,64% de pacientes; y de depresión en el 24,14% de nuestra subpoblación. La asociación de diabetes, demencia y depresión tiene una prevalencia del 14,94% en nuestros mayores diabéticos.

**Conclusiones:** La diabetes es una enfermedad crónica prevalente en nuestros centros, en muchos casos con evidencia de complicaciones micro y macrovasculares. Además, es frecuente la coexistencia de demencia y depresión; por lo que el despistaje de ambas entidades debe estar siempre presente; orientado al establecimiento de los objetivos terapéuticos y el tratamiento farmacológico, según las recomendaciones de guías clínicas, y con el fin de mejorar la calidad de vida y evitar la progresión de complicaciones, así como la aparición de hipoglucemia, que interfiera en el rendimiento cognitivo de nuestros pacientes diabéticos.

## OC-020. ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DE LA FRACTURA DE FÉMUR A PARTIR DE LOS RESULTADOS QUE IMPORTAN AL PACIENTE

M. Espaulella Ferrer<sup>1</sup>, A. Torné Corominas<sup>2</sup>, L. Yatako<sup>3</sup>, E. Puigoriol<sup>4</sup>, M. Ullastre<sup>4</sup>, M. Otero-Viñas<sup>5</sup> y J. Espaulella Panicot<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de la Santa Creu, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic. <sup>2</sup>Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

<sup>3</sup>Hospital Universitari de la Santa Creu, Vic. <sup>4</sup>Consorci Hospitalari de Vic, Vic. <sup>5</sup>Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic.

**Objetivos:** Los servicios de salud focalizan sus actuaciones en aportar valor a los pacientes. La fractura de fémur es una causa de morbilidad y deterioro funcional de los pacientes. Nuestro objetivo principal es evaluar los resultados de las fracturas de fémur desde la experiencia del paciente evaluando las variables situación previa, retorno a su funcionalidad basal, presencia de caídas y necesidad de utilización de recursos hospitalarios no planificados.

**Métodos:** Este estudio descriptivo incluyó los pacientes con fractura de fémur mayores de 65 años atendidos en un hospital comarcal (población de influencia 156.000 habitantes). Se analizaron las siguientes variables: datos sociodemográficos, valoración geriátrica integral a partir de la historia clínica, y encuesta del paciente y/o cuidador principal vía telefónica a los 12 meses del episodio.

**Resultados:** Se incluyeron 196 fracturas de fémur (incidencia de fractura de fémur de 7,3/1.000 habitantes). El índice de mortalidad al ingreso fue de un 5,5% y el acumulado al año del 30%. El índice de Barthel (IB) medio previo a la fractura era de  $69,74 \pm 27,46$ , y de  $57,27 \pm 31,93$  al año de seguimiento. La mitad de los pacientes vuelven a su funcionalidad basal (se considera que los pacientes retornan a su situación basal si presenta IB  $\leq 10$  puntos). El 43,2% de los pacientes perdieron la autonomía de marcha y necesitaron alguna ayuda técnica, y de éstos un 14,7% perdieron la deambulación. Únicamente un 17,6% de los pacientes manifestaron haber recuperado la funcionalidad previa a la fractura. Un 25% de los pacientes presentaron de nuevo caídas después de la fractura. Un 50% de los pacientes consultaron al menos en una ocasión en urgencias antes del año, generando un total de 128 ingresos.

**Conclusiones:** El grupo de indicadores estudiados (índice de mortalidad, IB, autonomía de marcha, requerimientos de ayudas técnicas, grado de percepción de recuperación de la funcionalidad, número de caídas y visitas a urgencia post fractura) permiten determinar los parámetros que realmente interesan a los pacientes. Y, a su vez, permiten realizar estudios de seguimiento de evolución de funcionalidad del paciente a largo plazo, así como realizar análisis comparativos con otros estudios.

## OC3: Crónicos. Infecciones

### OC-019. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE “TRIPLE D” (DIABETES, DEMENCIA Y DEPRESIÓN) EN POBLACIÓN INGRESADA EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA DE BIZKAIA

N. Fernández Gutiérrez, M. Niño Vivo, M. Mendieta Corral, R. Valera Pérez, J.M. Amurrio Olartua e I. Artaza Artabe  
Igurco, Amorebieta-ET.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de diabetes mellitus, sus complicaciones macro y microvasculares, y la asociación con trastorno depresivo reactivo y demencia de cualquier etiología en una población mayor de 75 años institucionalizada.

**Métodos:** Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas, cognitivas y funcionales de todos los pacientes diabéticos institucionalizados en nuestras Unidades de Larga Estancia, recogido a través de historia clínica electrónica. Se aplicarán la escala Mini Mental Status Examination para determinar la existencia de deterioro cognitivo, y la Geriatric Depression Scale (15 ítems) para el despistaje de trastorno depresivo en personas con integridad cognitiva y deterioro cognitivo leve-moderado. En caso de evidenciar deterioro cognitivo grave, la escala aplicada será la Cornell Depression Scale.

**Resultados:** Se estudió una población de 439 personas mayores institucionalizadas en nuestros Centros, en la que encontramos una prevalencia de diabetes del 19,81%. La subpoblación de pacientes diabéticos presenta una mediana de edad de 86,01 años (75-99), el 64% son mujeres, y tienen una dependencia moderada para actividades básicas de la vida diaria [IBM Me 37 (0-100)]. El 66% presenta

### **OC-021. ¿TIENEN MEJOR PRONÓSTICO FUNCIONAL AL ALTA DE LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA LOS AVC HEMORRÁGICOS QUE LOS ISQUÉMICOS?**

S. Ariño Blasco, M. Moreno Ariño, C. Díaz Miralles y P. Bao Alonso  
Hospital General de Granollers, Granollers.

**Introducción:** Durante el año 2014 se produjeron en Catalunya un total de 12.989 ingresos hospitalarios por accidentes vasculares cerebrales (AVC), alrededor del 20% son ingresados en Unidades de Media Estancia Sociosanitarias (UME) para continuar un programa RHB.

**Objetivos:** Conocer la eficacia de dicha intervención en estos dispositivos y si existe alguna asociación entre etiología isquémica o hemorrágica y resultado funcional al alta.

**Métodos:** Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva de todos los pacientes ingresados durante el periodo 2009-2014 en las UME de Catalunya con AVC como diagnóstico principal. Se valora la ganancia funcional definida por la diferencia entre la valoración del índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (índice ADL RUGIII), al ingreso y al alta. Se describen las características clínicas basales a través de estadísticos descriptivos, así como comparación de medias para muestras independientes y de datos apareados mediante la prueba de t de Student.

**Resultados:** Se analizan los episodios de 11.471 pacientes ingresados por enfermedad vascular cerebral con los diagnósticos principales CIE-9 (430-437). Edad media 78,23 (DE ± 10,55) años, predominio de sexo femenino 5.976 (52%) pacientes. Estancia media en el dispositivo 49,51 (DE ± 36,62) días, índice dependencia funcional RUGIII<sub>(4-18)</sub> de 13,05 (DE ± 4,13) al ingreso y 10,97 (DE ± 4,92) al alta. Diferencia 2,07 p < 0,000. Se observa mejora funcional en el 46,3% de la población. El subanálisis por etiología hemorrágica o isquémica del AVC muestra una prevalencia de 2.185 (19%) ingresos hemorrágicos. Observando una asociación estadísticamente significativa entre edad (76,14 vs 78,72), dependencia al ingreso (13,27 vs 13,00), deterioro cognitivo (2,13 vs 1,99), estancia media (37,54 vs 36,39) y ganancia funcional (-2,38 vs -2,00) en este colectivo.

**Conclusiones:** La ganancia funcional observada al alta de los pacientes con AVC en los dispositivos de UME de Catalunya es del 46,3%. Los pacientes con AVC hemorrágicos son más jóvenes, presentan mayor dependencia al ingreso y mejoran más que los isquémicos en estos dispositivos.

### **OC-022. DESCRIPCIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON INFECCIÓN VIH**

C. Oñoro Algar, J. Martínez Peromingo, J. Rojas Marcos, T. Álvarez Espejo, S. Nistal, V. Sendín y R. Barba  
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

**Objetivos:** Describir a los pacientes en edad geriátrica que ingresan con infección VIH, y ver si en los últimos años se han modificado las comorbilidades asociadas a la enfermedad.

**Métodos:** Se analizaron todos los pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro país durante los años 1997 a 2013. Se evaluó la presencia de comorbilidades, especialmente aquellas más relacionadas con la edad, así como la mortalidad y la necesidad de reingreso a lo largo del tiempo. La fuente de datos usada es el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) aportado por el Ministerio de Sanidad.

**Resultados:** Durante los años 1997-2013 ingresaron en los hospitales españoles 203.567 pacientes con infección VIH, generando 428.007 episodios. Un 0,8% de los pacientes eran mayores de 75 años (1.676 casos), y generaron 3.006 episodios durante este periodo de tiempo. En el año 97 hubo 86 ingresos de pacientes VIH positivos mayores de 75 años (el 0,3% de los ingresos), pasando a 391 en 2013 (el 1,6% de los ingresos). Un 14% de los pacientes VIH ancianos tenían insuficiencia renal crónica, un 13% neoplasia, un 4,6% demencia, 25% diabetes,

13% insuficiencia cardíaca, 7% cardiopatía isquémica, 6% enfermedad arterial, un 4,5% hepatopatía y un 31% hipertensión arterial. En todos los casos la incidencia de estos factores de riesgo ha ido en aumento a lo largo de los años: por ejemplo, el 4,5% de los pacientes ancianos VIH tenían hipertensión en el 97 y en el 2013 lo tienen el 19%, la diabetes de un 0,4% a un 19%, la insuficiencia renal de 0,9 a 23%, o la neoplasia de 2,7% a 12,7%. La mortalidad ha pasado de un 3% a un 9%. **Conclusiones:** Los pacientes VIH positivos viven más tiempo y van llegando con más frecuencia a edad anciana. En los últimos 15 años se ha triplicado el número de casos de pacientes geriátricos ingresados por infección VIH, y estos pacientes tienen cada vez más comorbilidades relacionadas con la edad. La mayor presencia de comorbilidades probablemente contribuya a una mayor mortalidad en estos pacientes.

### **OC-023. ¿PUEDEN SER LAS UPP UN PROBLEMA DE SALUD EN EXTINCIÓN? EVALUACIÓN Y REGISTRO DURANTE UN PERÍODO DE 12 AÑOS (2004-2015) EN UN CENTRO GERONTOLOGICO**

J.J. Calvo, M. Epeldegi, J. Vegas, A. Izagirre, N. Lema y O. Bueno  
Residencia de Ancianos Zorroaga, San Sebastián.

**Objetivos:** Las úlceras por presión (UPP), son consecuencia derivada de la inmovilidad y la presión que genera una insuficiente vascularización de los tejidos. Derivadas de cuidado que se dispensa al anciano, pueden constituir una complicación en las personas mayores institucionalizadas. La prevención y diagnóstico temprano de UPP se consideran indicadores de buena praxis en el medio residencial geriátrico. Para una adecuada evaluación de estos parámetros, es preciso llevar a cabo un registro pormenorizado de las diferentes situaciones inherentes a la producción y/o evolución de las UPP.

**Métodos:** Durante 12 años consecutivos (2004-2015), los profesionales sanitarios de una residencia de mayores de 300 plazas (edad media 84,5 años y grandes dependientes según BVD 65%) han llevado a cabo un sistema de registro exhaustivo y pormenorizado de todas las nuevas UPP. El registro en cada uno de los casos incluía: datos personales, lugar de producción, localización, estadiaje diagnóstico y evolución. Se ha desarrollado un programa informativo/educativo periódico trimestral dirigido al personal de atención directa sobre la evolución periódica de los resultados obtenidos.

**Resultados:** Durante estos 12 años de seguimiento, se han registrado 1603 nuevas UPP con una altísima tasa de producción en el medio residencial (89%) y con un estadiaje diagnóstico progresivamente más temprano que consideramos directamente relacionado con la formación del personal auxiliar y con la implicación del mismo, sobre todo en las tareas preventivas. Los resultados de los años 2004 y 2015 ofrecen una importante mejora en el estadiaje diagnóstico (p < 0,00000001). Los resultados anuales pormenorizados corroboran la progresiva mejoría diagnóstica. Los datos de prevalencia de UPP a final del año 2015 muestran que en los 13 residentes que acumulaban 16 UPP, ninguna de las mismas se encontraba en un estadio III/IV.

**Conclusiones:** Las UPP han tenido una alta prevalencia en el medio residencial y se ha conseguido una alta incidencia diagnóstica en estadiajes tempranos que relacionamos con una sensibilización progresiva del departamento sanitario, que se ha hecho extensiva al personal asistencial de la residencia. En la actualidad, las UPP en estadiajes avanzados son una excepción en nuestro medio residencial.

### **OC-024. HOSPITALIZACIONES DERIVADAS DESDE UN MEDIO RESIDENCIAL CON DOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA**

J.J. Calvo, C.H. Martínez, J. Vegas y N. Mendiluce  
Residencia de Ancianos Zorroaga, San Sebastián.

**Introducción:** Las derivaciones a urgencias hospitalarias desde el medio residencial, y las hospitalizaciones derivadas de las mismas

(Burke R.E 2015) constituyen un área de mejora para las organizaciones sanitaria y sociosanitaria, y para el propio usuario residente. La repercusión económica de las mismas es alta.

**Objetivos:** En el periodo de 3 años (2013-2015), nos hemos planteado conocer desde una atención sanitaria residencial, cuáles han sido nuestros ratios de derivación a urgencias hospitalarias y las hospitalizaciones derivadas de las mismas, y comparar los resultados obtenidos con los publicados por Burke, así como con las hospitalizaciones generadas en un pequeño grupo de residentes de nuestro medio cuya atención sanitaria está siendo únicamente gestionada por Atención Primaria de Osakidetza.

**Métodos:** La población residencial de Zorroaga se divide en dos grupos: Grupo A (95,4% del número de estancias residenciales), con un nivel de dependencia alto y una edad media de 85,2 años, constituido por residentes que reciben una atención sanitaria integrada médica y de enfermería desde la propia residencia Zorroaga y Grupo B (4,6% del número de estancias residenciales), con un nivel de dependencia bajo y una edad media de 72,2 años, cuya atención sanitaria procede de Atención Primaria (AP) del Servicio Vasco de Salud. En ambos grupos evaluamos derivaciones a urgencias, hospitalizaciones, tiempos de estancia hospitalaria, ratios de ingreso hospitalario y mortalidad.

**Resultados:** Durante los 3 años comprendidos entre el 1/1/2013 y el 31/12/2015, en el Grupo A han sido evaluados 511 residentes con una edad media de 85,2 años, que han generado 313.857 días de estancia residencial y se ha producido el fallecimiento de 194. En el Grupo B han sido incluidos 31 residentes con una edad media de 72,2 años que han generado 15.143 días de estancia residencial y han dado lugar a dos fallecimientos. En el Grupo A, el ratio de derivación a urgencias en el medio residencial que recibe asistencia sanitaria integrada ha sido de 0,43/residente/año, con una tasa de hospitalizaciones derivadas del 57,6%, lo que ofrece un ratio de hospitalizaciones de 0,25/residente/año. En el Grupo B de atención sanitaria externa (AP del Servicio Vasco de Salud), la tasa de hospitalizaciones ha sido de 0,74/residente/año ( $p < 0,000001$ ).

**Conclusiones:** Con una población de edad más avanzada y mayores niveles de dependencia, la atención sanitaria integrada en nuestro medio residencial genera una minorización importante de los ingresos hospitalarios.

|                                      | < 65 años         | ≥ 65 años                            |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| N acetil cisteína                    | 3,06 (1,11-8,45)  | 1,95 (0,49-7,79)                     |
| Aerosoles                            |                   |                                      |
| Sin cámara                           | 1,23 (0,29-5,28)  | 2,77 (0,74-10,35)                    |
| Con cámara                           | 1,65 (0,16-16,9)  | 4,98 (1,05-23,7)                     |
| Antiácidos                           | -                 | 1,13 (0,78-1,66)                     |
| Corticoides inhalados                | 1,48 (0,48-4,59)  | 1,42 (0,74-2,74)                     |
| Beta2 inhalados                      | 2,42 (0,54-10,9)  | 0,40 (0,11-1,45)                     |
| Anticolinérgicos<br>inhalados        | 10,5 (0,90-122,2) | 0,73 (0,19-2,78)                     |
| Vacuna neumococo                     | -                 | 0,50 (0,31-0,80)                     |
| Bajo peso                            | 2,33 (1,53-3,54)  | -                                    |
| Fumador pasivo                       | -                 | 1,54 (0,97-2,45)                     |
| Nunca fumador                        | 1                 | -                                    |
| Exfumador                            | 1,32 (0,98-1,77)  |                                      |
| Fumador                              | 1,19 (0,92-1,52)  |                                      |
| Alcoholismo                          | 1,72 (1,09-2,72)  | -                                    |
| Nivel de estudios                    | -                 | 1,07 (0,69-1,64)<br>1,01 (0,37-2,75) |
| Vivir con niños                      | 1,60 (1,28-1,99)  | -                                    |
| Animales                             | 1,18 (0,95-1,46)  | 1,42 (0,96-2,11)                     |
| Ingreso últ. 5 años                  | 1,54 (1,21-1,95)  | 1,48 (1,14-1,92)                     |
| Infección respiratoria<br>último año | 1,40 (1,11-1,76)  | 1,07 (0,81-1,40)                     |
| Valvulopatía                         | 2,02 (0,71-5,79)  | -                                    |
| Diabetes                             | -                 | 1,18 (0,87-1,59)                     |
| ICC                                  | -                 | 1,38 (0,95-1,99)                     |
| Bronquitis crónica                   | 2,11 (1,20-3,70)  | 2,18 (0,51-3,13)                     |
| Asma                                 | 1,87 (1,39-2,51)  | 1,61 (1,17-2,23)                     |
| Depresión                            | 0,55 (0,40-0,75)  | -                                    |
| VIH                                  | 4,71 (0,98-22,8)  | -                                    |
| Alzheimer                            | -                 | 2,39 (0,89-6,40)                     |
| Cáncer                               | -                 | 1,29 (0,87-1,91)                     |
| Dentista último mes                  | 0,63 (0,45-0,89)  | -                                    |
| Prótesis dental                      | -                 | 1,39 (1,04-1,85)                     |

#### OC-025. FACTORES DE RIESGO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ANCIANOS. UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL. ¿SON DIFERENTES?

M. Méndez Brich, J. Almirall Pujol, E. Palomera Fanegas,  
M. Serra Prat y E. Vendrell Torra  
*Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.*

**Objetivos:** Conocer los factores de riesgo de la NAC en las personas mayores de 65 años. Conocer las diferencias que hay con los factores de los jóvenes.

**Métodos:** Un estudio de casos y controles de base poblacional se llevó a cabo en una población que incluye 859.033 habitantes mayores de 14 años en la costa este de Cataluña, asignados a cualquiera de los 64 centros de atención primaria participantes. Los pacientes con sospecha clínica de NAC durante más de 1 año (1999-2000) se registraron de forma prospectiva y separados en dos grupos (mayores de 65 años ( $n = 566$ ) y menores de 65 ( $n = 768$ ). Cada caso de NAP confirmado de cada grupo fue apareado a un control (mayores  $n = 568$  y menores  $n = 747$ ). Un cuestionario sobre el riesgo de la NAC se administró en casa. Se realizó un análisis multivariado.

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

**Conclusiones:** No solo se han reconocido nuevos factores de riesgo, como el tabaquismo pasivo, el contacto con los niños o el uso de inhaladores, sino también el efecto significativo de otros factores controversiales en la literatura, incluyendo la vacuna neumocócica, el consumo de alcohol y la oxigenoterapia.

#### OC-026. EVOLUCIÓN DE PATÓGENOS URINARIOS Y RESISTENCIAS A ANTIBIÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL DE GETAFE

C. Ramón Otero, A. Areosa Sastre, M. Alcantud Ibáñez, J. Peco Torres y N. Fernández González  
*Hospital Universitario de Getafe, Getafe.*

**Objetivos:** Describir los patógenos aislados en los urocultivos de los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe y la evolución de las resistencias en los últimos seis años.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, con muestra de 1037 urocultivos de pacientes ingresados en la unidad de agudos del Servicio de Geriatría del Hospital de Universitario de Getafe desde 2009 hasta 2015. Utilización de base de datos del Proyecto WASPSS-Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System.

**Resultados:** Entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2012 se aislaron 587 cultivos con  $> 100.000$  UFC. Durante este

periodo, los patógenos aislados en orden de frecuencia fueron *Escherichia coli* en un 50,94%, *Klebsiella pneumoniae* en un 13,97%, Enterococo sp en un 12,61%, *Pseudomonas aeruginosa* en un 8,18% y *Proteus mirabilis* en un 5,11%. Con respecto a *E. coli*, no se objetivaron resistencias a ertapenem, meropenem e imipenem. Se observa que un 10% de los *E. coli* son resistentes a piperazilina-tazobactam. Un 39% son resistentes a amoxicilina-clavulánico y un 66,6% a ciprofloxacino. Las Klebsiellas aisladas son sensibles a meropenem, imipenem, con un 16% de resistencia a piperazilina tazobactam, un 50% a amoxicilina-clavulánico y un 46% a ciprofloxacino. Desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2015, se registran 450 aislamientos de los que sigue siendo *E. coli* el más frecuente, con un 50,67%, después *Klebsiella pneumoniae* 13,3%, Enterococo 9,3% y *Proteus mirabilis* 8,44%. Con respecto a *E. coli*, se detecta un caso de los 217 aislamientos resistente a ertapenem, y se mantiene eficacia a meropenem e imipenem. Un 7% son resistentes a piperazilina tazobactam, un 30% a amoxicilina-clavulánico y un 52% a ciprofloxacino. Las Klebsiellas aisladas tienen resistencia a meropenem en un 1,78%, ertapenem 3,5%, piperazilina-tazobactan 15%, amoxicilina-clavulánico 46%, y ciprofloxacino 43%.

**Conclusiones:** Los patógenos más frecuentemente aislados en los cultivos de orina son *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y Enterococo. La resistencia a antibióticos de primera línea recomendados en las guías clínicas es muy alta y en los últimos tres años aparecen casos de resistencia a carbapenémicos.

#### OC-027. EVALUACIÓN DE LOS ANCIANOS INGRESADOS CON TOXINA DE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* POSITIVO

B.A. Cedeño Veloz, M. Asenjo Cambra, J. Peco Torres, N. Fernández González y A. Areosa Sastre  
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

**Objetivos:** Analizar los pacientes ancianos ingresados con toxina de CD+ a fin de conocer sus características, causas de infección, estancia media y deterioro funcional asociado.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos los pacientes mayores de 75 años ingresados en planta de Agudos con diagnóstico microbiológico de ICD (TCD+) durante los años 2010-2015 en un hospital de tercer nivel.

**Resultados:** La edad media fue 84,81 años (64% mujeres) con una estancia mediana de 6 días cuando el diagnóstico principal al alta fue la ICD y de 13 días cuando este fue otro. Se observó un índice de Charlson medio de 8,07; con un porcentaje de polimedication del 80%. Una valoración funcional medida por Escala de la Cruz Roja al ingreso/alta fue de 2,48/2,84 en la esfera física y de 1,21/1,62 en la esfera mental. La causa más frecuente de ingreso fue la infecciosa en un 73,14% (73% por ICD, 8,16% por ITU, 12,25% por neumonía, 6,13% por otras infecciones), seguida de causas cardiológicas (7,5%). En el 97% de los casos se identifica toma previa de ATB (media de 1,1 ATB/paciente) siendo las quinolonas más frecuentes (44,6%), seguidas por la amoxicilina-clavulánico (29,7%) y las cefalosporinas (19%). El tratamiento de primera línea fue el metronidazol en el 92% de los casos. De segunda línea fue la vancomicina en el 68,75%. A lo largo de los años se observa un aumento de los pacientes ingresados que requieren más de un ciclo antibiótico para erradicar el *Clostridium* (1,25 pacientes de media en 2010-2013; 5 en 2014 y 7 en 2015).

**Conclusiones:** La infección por *Clostridium difficile* en los pacientes ancianos incide principalmente en paciente con alta comorbilidad, polimedicated y con una situación basal deteriorada. Incide principalmente en pacientes en un contexto infeccioso, identificándose un amplio número de ATB previos. Se plantea como causa de prolongación de la estancia hospitalaria y deterioro funcional de los pacientes; observándose necesidad de cada vez más ciclos para su erradicación.

Un correcto uso previo de antibióticos, identificación y tratamiento adecuado se hace necesario para evitar el deterioro funcional y las estancias prolongadas.

## OC4: Patología vascular

#### OC-028. FRAGILIDAD Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA

K. O'Hara<sup>1</sup>, A. Díaz<sup>1</sup>, A. Hernández<sup>1</sup>, A. Ariza<sup>2</sup>, J. Aboal<sup>3</sup>, F. Rueda<sup>4</sup> y M.T. Vidán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>3</sup>Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona. <sup>4</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de fragilidad y el estado funcional de los pacientes ancianos con infarto de miocardio con elevación del segmento ST, sometidos a angioplastia primaria. Analizar su impacto en la mortalidad hospitalaria.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en 4 servicios de cardiología de hospitales de tercer nivel. Se incluyeron pacientes ≥ 75 años ingresados por infarto de miocardio con elevación ST y sometidos a angioplastia primaria según los criterios habituales. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. El estado funcional se evaluó mediante el índice de Barthel (rango 0-100) y una escala de movilidad (rango 0-8). La fragilidad se definió por 3 o más criterios en la escala FRAIL (0-5).

**Resultados:** Se incluyeron 278 pacientes consecutivos con edad media  $82,2 \pm 4,5$  años, 58% varones. El 30% eran diabéticos, 73,7% hipertensos y 29,4% fumadores. Un 14% tenía infarto previo y en un 55% se colocó stent en el procedimiento. La media del I. Barthel basal fue de  $90 \pm 8$ , y un 7% de los pacientes tenían dependencia grave. Se objetivó fragilidad según los criterios de Frail, en un 18,8%. Además, un 46,6% tenían pobre fuerza de prensión (según criterio Fried). La mortalidad intrahospitalaria tras la angioplastia primaria fue de un 6,8%, 37,7% en los pacientes con Barthel ≤ 60 frente a 5,4% si Barthel > 60;  $p = 0,001$ . La fragilidad se asoció también a mayor mortalidad; 21,6% vs 3,6%;  $p < 0,001$ . El estado nutricional también influyó en la mortalidad siendo 17,6% en los pacientes desnutridos, 10,1% en los de riesgo de malnutrición y 3,4% en aquellos con nutrición normal;  $p = 0,024$ .

**Conclusiones:** La fragilidad, nutrición y funcionalidad previa son marcadores importantes de mortalidad precoz tras angioplastia primaria por SCACEST en el anciano. La alta mortalidad asociada con la dependencia funcional previa debe hacernos reconsiderar la indicación del procedimiento en este grupo de pacientes.

#### OC-029. FACTORES ASOCIADOS AL DELIRIUM TRAS ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN ANCIANOS

A. Díaz<sup>1</sup>, A. Hernández<sup>1</sup>, K. O'Hara<sup>1</sup>, A. Ariza<sup>2</sup>, F. Formiga<sup>2</sup>, M. Martínez-Selles<sup>1</sup> y M.T. Vidán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

**Objetivos:** Describir la incidencia y factores asociados al delirium durante la hospitalización en ancianos sometidos a angioplastia primaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional realizado en 4 servicios de cardiología de hospitales de tercer nivel. Se incluyeron pacientes ≥ 75 años ingresados por infarto de miocardio con elevación del seg-

mento ST y sometidos a angioplastia primaria según los criterios habituales. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales (I Barthel, Movilidad), cognitivas (Pfeiffer), criterios de fragilidad (FRAIL, Fried). Se diagnosticó delirium según criterios clínicos.

**Resultados:** Se analizan 278 pacientes con edad media  $82,2 \pm 4,5$  años, 58% varones. Un 4% tenían el diagnóstico de demencia y un 14,4% depresión. La incidencia de delirium fue de 20,8%, y los pacientes con delirium tuvieron una tendencia a presentar mayor mortalidad que aquellos que no lo desarrollaron (12,7% vs 5,7%,  $p = 0,07$ ). La presencia de delirium no se asoció con mayor comorbilidad, fragilidad previa, tiempo de isquemia, flujo TIMI tras revascularización o estancia hospitalaria. Entre los procedimientos realizados, la necesidad de marcapasos provisional aumentó la incidencia de delirium (46,2% vs 19,5%,  $p = 0,02$ ). Los factores que aumentaron el riesgo de forma independiente fueron: Pfeiffer basal OR IC95%: 1,3 (1,1-1,5); peor Barthel basal (por cada 10% de empeoramiento) OR; IC95%: 1,24 (1,07-1,44) y la cifra de Creatinina máxima (por cada mg/dl de aumento) OR; IC95%: 2,4 (1,22-4,75).

**Conclusiones:** La aparición de delirium tras angioplastia primaria en el anciano se asocia con peor funcionalidad y cognición previas, factores ambos no modificables. Sin embargo, otros factores determinantes para su aparición como el empeoramiento de la función renal sí pueden ser potencialmente prevenibles. Todos ellos identifican además pacientes de especial riesgo en los que realizar prevención específica.

#### OC-030. EL PACIENTE MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: SEGUIMIENTO A 6 MESES

M.E. Portilla Franco, R. Sosa Suarez, L. Gómez Armas, F. Tornero Molina y C. Verdejo Bravo  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Evaluar la evolución de la función renal y la aparición de eventos en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en tratamiento conservador, durante su seguimiento de 6 meses.

**Métodos:** Pacientes mayores de 65 años con ERCA (Filtrado Glomerular (FG) < 20 ml/min medido mediante fórmula CKD-EPI), atendidos en las Consultas Externas de ERCA del Servicio de Nefrología. Variables: datos sociodemográficos; funcionales (índices de Barthel, Lawton, Functional Ambulation Classification (FAC)); comorbilidad (CIRS-G), etiología enfermedad renal, fármacos habituales (número y grupos), eventos fatales: exitus; inicio de tratamiento sustitutivo (TRS) y no fatales: ingreso hospitalario por causa médica; analítica (basal y cada 2 meses). Estudio observacional y prospectivo. Análisis estadístico chi cuadrado ( $p < 0,10$ ), regresión logística binaria ( $p < 0,05$ ), análisis de correlación rho de Spearman, estadístico de contraste test de Wilcoxon. SPSS 15.

**Resultados:** n = 80 pacientes (60% varones), edad media  $78,3 (\pm 7,4)$  años. Situación funcional basal Barthel > 80: 80%; Lawton > 4: 37,5%; FAC < 3: 13,8%. Etiología: diabetes mellitus tipo 2 (DM2) 30%; vascular 18,8%, glomerular 7,5%, nefritis intersticial crónica 5%, no filiada 23,8%. CIRS-G > 2,5 53,6%; > 6 categorías 54,6%; al menos 2 enfermedades discapacitantes graves o extremadamente graves: 35%. Fármacos: media 9: diuréticos 63,8%, IECAS 23,8%, ARAII 26,3%, IECAS + ARAII 16,3%, anticoagulantes orales 17,5%. Comorbilidades asociadas: HTA 91,3%, DM2 45%, depresión sensorial 38,8%; ICC 32%, Fibrilación auricular 22,5%, cardiopatía isquémica 21,3%, enfermedad cerebrovascular 15%, amputación no traumática 3,8%. Analítica: FG medio 15,8; Hb 12; sodio 139, potasio 4,8; albúmina 3,9;  $\beta_2\mu$ globulina 9,1; Fórmula Huge valor medio 8,5. Eventos fatales: exitus 2 pacientes; inicio tratamiento sustitutivo 1 paciente. Análisis univariante: asociación significativa entre ingreso hospitalario y Hb < 11, K > 5, menor uso IECAS, FG MDRD4 < 15, antecedente neoplasia, CIRS-G > 14. Análisis multivariante K > 5 y antecedente de neoplasia. Factores de protección Hb  $\geq$  11, uso IECAS.

**Conclusiones:** 1) Los pacientes mayores con ERCA presentan alta comorbilidad y factores de riesgo vascular, con buena situación funcional basal. 2) El antecedente de neoplasia, la anemia y la hipertotasemias se asocian con eventos no fatales, mientras que el uso de IECAS actuaría como factor protector.

#### OC-031. ¿ICTUS MINOR?... EN GERIATRÍA MINOR ILLNESS, MAJOR EFFECTS

J.J. Martínez Rivas, R. Benavent Boladeras, D. Cocho Calderón, M. Tomé Guerreiro, Y. Montegroso y S. Ariño Blasco  
Hospital General de Granollers, Granollers.

**Introducción:** Actualmente los pacientes con ictus minor no suelen ser candidatos a tratamiento trombolítico, debido a la la poca repercusión funcional que aparentemente producen estos eventos. Esto podría considerarse inapropiado si se demuestra que sí hay empeoramiento funcional. En nuestro entorno una puntuación, al ingreso, inferior o igual a 6 en la escala NIHSS define ictus minor y excluye al paciente a tratamiento de reperfusión.

**Objetivos:** Conocer si los pacientes previamente independientes tras 90 días de sufrir un ictus minor preservan su autonomía.

**Métodos:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo, de todos los ictus minor ingresados en la Unidad de Ictus del HGG desde enero 2009 a noviembre de 2015. Se describen características basales de este grupo y se compara la funcionalidad previa y a 90 días a través de la escala de Rankin modificada (ERm). Se excluyeron los casos que resultaron ser AIT, conversiones hemorrágicas y ERm al ingreso mayor a 2.

**Resultados:** Se analizó una población total de 313 pacientes con ictus minor que no recibieron tratamiento trombolítico. La media de edad fue de  $67,30 (\pm 13,89)$ , predominio de sexo masculino 187 (59,7%), con una estancia media de 6 ( $\pm 4,53$ ) días, destino al alta unidad de media estancia 16 (5,1%). El 19,8% de los pacientes presentaban una ERm a 3 meses superior a 2. En el subanálisis por grupos de edad, los mayores de 75 años (113 casos, 36,1%) presentan un porcentaje superior de empeoramiento funcional 31,9% vs 13% ( $p < 0,000$ ).

**Conclusiones:** El ictus minor presentó una evolución funcional desfavorable (ERm > 2) hasta en el 20% de los casos. En los mayores de 75 años el empeoramiento funcional es más marcado y puede llevar a excluir hasta un 32% de potenciales candidatos a tratamiento trombolítico.

#### OC-032. ¿EXISTEN FACTORES DE MAL PRONÓSTICO QUE NOS PERMITAN PREDECIR LA REPERCUSIÓN DE LOS ICTUS MINOR?

J.J. Martínez Rivas, R. Benavent, D. Cocho, M. Tomé Guerreiro, Y. Montegroso y S. Ariño Blasco  
Hospital de Granollers, Granollers.

**Introducción:** En nuestra población hasta un 60% de los pacientes mayores de 75 años con ictus minor empeoran funcionalmente a los 3 meses del alta hospitalaria y un 25% presentan un valor superior a 2 en la Escala de Rankin modificada (ERm).

**Objetivos:** Identificar factores de mal pronóstico independientes que permitan predecir la repercusión funcional a tres meses en pacientes con ictus minor.

**Métodos:** Estudio observacional, de cohorte retrospectivo, con análisis de variables clínicas, en pacientes ingresados por ictus minor (NIHSS  $\leq 6$ ), desde enero 2009 a noviembre de 2015, en un Hospital General. Se excluyen: AIT, conversiones, hemorragias y ERm superior a 2. Se realizó análisis bivariado y las variables estadísticamente significativas se introdujeron en análisis multivariante mediante regresión logística binaria con IBM SPSS Statistics 20.

**Resultados:** Se analizó una población total de 313 pacientes con ictus minor. La media de edad fue de  $67,30 (\pm 13,89)$  años, predominio

de sexo masculino 187 (59,7%), con una estancia media de 6 (DE ± 4,53) días, destino al alta: unidad de media estancia 16 (5,1%). Sesenta y dos pacientes (19,8% del total de pacientes) presentaban un Rankin a 3 meses superior a 2, ascendiendo esta cifra al 31,9% en los mayores de 75 años. El análisis bivariante mostró asociación estadísticamente significativa entre peor ERm con edad > 75 años, hipertensión arterial (HTA), hábito enólico, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral previa (EVCp), disfagia, subtipo aterotrombótico (TOAST1) y subtipo indeterminado (TOAST5). En el análisis multivariante mediante regresión logística binaria se mantienen como predictores independientes: edad > 75 a (p < 0,005), HTA (p < 0,019), EVCp (p < 0,029), disfagia (p < 0,001), TOAST1 (p < 0,021) y TOAST5 (p < 0,026). El modelo de predicción permite la clasificación correcta en el 81,6% de los casos y una explicación de la variabilidad del mal pronóstico del 26,7% R<sup>2</sup> de Nagelkerke.

**Conclusiones:** En el ictus minor, los predictores independientes al ingreso, de empeoramiento funcional a tres meses (ERm) son: edad > 75 años, HTA, EVCp y subtipos EVC: aterotrombótico e indeterminados.

### OC-033. FACTORES PRONÓSTICOS TRAS UNA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

L. Guardado Fuentes, M. Vigara García, D. Padrón Guillén, P.L. Carrillo García, S. Hernández López y P. Gil Gregorio  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Identificar factores pronósticos tras una hemorragia intracerebral (HIC).

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y de seguimiento. Se incluyen pacientes > 65 años ingresados durante el 2015 con diagnóstico de hemorragia intracerebral. Se excluyen pacientes con HIC crónica que no ingresaban por este motivo. Se recogen variables demográficas, funcionales, comorbilidad, sociales, datos de HIC (tipo, tamaño, mecanismo de producción, tratamiento realizado, tratamiento anticoagulante (ACO) previo y al alta, motivo de tratamiento ACO y tipo, escalas de riesgo (CHADS2VASC2, HAS-BLED, SAMeTT2R2), ubicación y funcionalidad al alta y mortalidad (ingreso, al mes y al año). Se realiza un análisis univariante usando chi-cuadrado, t-Student y la prueba de la mediana y un análisis multivariante mediante regresión logística incluyendo a variables que presentaron significación estadística en el anterior. Los datos se analizaron con SPSS versión 15.0.

**Resultados:** Análisis univariante: se encontraron diferencias entre el tipo de HIC y la mortalidad siendo mayor en la intraparenquimatoso (p < 0,001), entre el tamaño y tipo de HIC, la de mayor tamaño fue la intraparenquimatoso con 42,5 mm (p < 0,001) y con el tamaño y mortalidad, siendo mayor el tamaño de la HIC en los que fallecen (p < 0,001). Se observó mayor mortalidad en los pacientes no intervenidos quirúrgicamente (p = 0,043), en las HIC de causa espontánea (p < 0,001) y en los pacientes dependientes para las actividades de la vida diaria (AVD) y la deambulación al ingreso (p = 0,002 y p = 0,037 respectivamente). No se encontraron diferencias con toma de ACO, edad, sexo, I. Charlson o puntuación en escalas. Análisis multivariante: Se incluyen tipo de HIC, causa, tamaño, tratamiento realizado y funcionalidad previa, quedando un modelo adecuado dependiente del tamaño y tratamiento realizado: a mayor tamaño de la hemorragia y a menor tratamiento quirúrgico, mayor probabilidad de morir (p < 0,001 y p = 0,004 respectivamente).

**Conclusiones:** En nuestra muestra identificamos como factores de mal pronóstico el mayor tamaño de la HIC y la realización de un tratamiento conservador. Aproximadamente la mitad de los pacientes de nuestra muestra fallecen, ocurriendo la gran mayoría en la fase aguda, y estos resultados son similares a lo descrito en la literatura. Se observa baja tasa de tratamiento quirúrgico, siendo más marcado en los pacientes de mayor edad.

### OC-034. INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO: ¿ADAPTAMOS EL PACIENTE A LAS GUÍAS O LAS GUÍAS AL PACIENTE?

M. Moreno Ariño y R. Benavent Boladeras  
Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

**Objetivos:** La insuficiencia cardíaca es la patología más frecuentemente atendida en el Hospital de día-Programa de enfermo crónico complejo (PECC) del Hospital General de Granollers. La optimización terapéutica de este tipo de pacientes supone un reto, dado que, hasta la fecha, las guías existentes de práctica clínica, se basan en ensayos clínicos alejados del "mundo real" del anciano, y todavía más, de los pacientes con multimorbilidad, polifarmacia, cronicidad, complejidad y multifrecuentación. El objetivo de este trabajo es describir las características de esta población, revisar el uso de fármacos, así como de las posibles causas de infraprescripción según las guías actuales.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional transversal de pacientes con IC en seguimiento activo en el PECC. Se describen características basales y de uso de fármacos específicos.

**Resultados:** Se analiza 140 casos con IC (85,4% del total de pacientes atendidos), edad de 85,4 (DE 5,48) años, 73,6% mujeres. Identificados un 49,7% como MACA-necesidad de atención paliativa (criterios NECPAL), una dependencia funcional severa en el 44,3% de los casos y 36,4% de demencia. El 75,8% de los pacientes tienen una FEVI conservada. La causa más importante de IC es la hipertensiva 37,1%, seguida de la isquémica 29,3%. Un 54,2% de los pacientes presentan insuficiencia renal, con un FG medio de 38,96 (DE 12,09) ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El número de fármacos prescritos es de 10,68 (DE 3,18). El % de uso de fármacos diuréticos, IECA o ARA II, betabloqueante y digoxina fue respectivamente del: 92,9%, 61,4%, 36,4% y 16,4%. Un 17,9% usaba concomitantemente IECA o ARA II junto con betabloqueante. La hipotensión y la insuficiencia renal fueron las causas más descritas como motivo de reajuste terapéutico.

**Conclusiones:** La población atendida difiere de la de las publicaciones de las que se han establecido las guías terapéuticas. Existe una limitada aplicabilidad de las guías a este colectivo, siendo necesario adecuarlas a las particularidades de estos pacientes. Probablemente, la aplicación estricta no se corresponda al "tratamiento óptimo" en nuestra población. Dicha complejidad justifica en parte la existencia de estos dispositivos.

### OC-035. INSUFICIENCIA CARDÍACA: IMPACTO DE LA EDAD EN LA ESTANCIA MEDIA

V. Hernández Jiménez<sup>1</sup>, V. Mazoteras Muñoz<sup>2</sup>, J. Saavedra Falero<sup>1</sup>, L. Molina Blázquez<sup>1</sup> y R. Mata Caballero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe. <sup>2</sup>Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas más frecuentes de hospitalización en pacientes mayores de 75 años. Analizaremos la influencia de la edad en la estancia media de los pacientes ingresados por IC y estudiaremos la variabilidad en la utilización de recursos como el ecocardiograma.

**Métodos:** Se recogen todos los ingresos por IC (CIE9 428) en el 2013. Se observan cuántos de ellos tienen ecocardiograma transtorácico (ETT). Se utiliza un modelo de regresión multivariante ajustado por APR-GRD para analizar la relación entre la edad y la estancia media y un modelo de regresión logística para analizar la relación entre la realización del ecocardiograma y la edad.

**Resultados:** Un total de 511 pacientes se recogieron, la edad media fue 80,3 ± 10,3 años y 59,4% fueron mujeres. La media en estancia media fue de 8,35 ± 0,27 días. 386 pacientes (76%) eran ≥ 75 años y su estancia media fue de 7,95 ± 5,4 días. 125 (24%) eran ≤ 75 años y su estancia media de 9,46 ± 8 días. Ajustado por complejidad según el sistema APR-GRD, con un modelo de regresión, muestra que la edad está asociada a menores estancias medias. Al 37,9% de los pacientes se les realizó ETT durante el ingreso, pero fue significativamente menor en el grupo de ≥ 75 años (31,3 vs 57,3%, p < 0,001).

**Conclusiones:** El grupo de pacientes más año tienen estancias hospitalarias menores. A su vez en este grupo de edad se realizan menos ETT durante el ingreso. Se puede explicar por no tener la facilidad en las primeras 48 horas (según recomendaciones de las GPC más recientes) y por no alargar estancias medias que acarrean mayor deterioro funcional y complicaciones durante el ingreso.

## OC5: Fármacos

### OC-036. VÍA SUBCUTÁNEA: ALTERNATIVA EN LA ADMINISTRACIÓN ANTIBIÓTICA

L.M. Fernández Ferrín, S.N. Yarlequé, C. Díaz y O. Duems  
Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

**Objetivos:** Describir la experiencia de la antibioticoterapia SC, en una población de ancianos ingresados en la Unidad de Geriatría de Agudos del Hospital General de Granollers con proceso infeccioso agudo, mal acceso venoso, intolerancia oral y límite del esfuerzo establecido.  
**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestra unidad que requirieron la administración de ATB vía SC entre 01/2012–12/2015. Se recogieron variables: del paciente (demográficas, antecedentes personales, patológicos, funcionales y cognitivos); del proceso infeccioso (localización, germin aislado, así como respuesta clínica-paramétrica) y del ATB empleado (duración, diluyente empleado, efectos adversos).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio 266 pacientes recibieron ATB por vía SC, Edad media  $86,5 \pm 6,5$  años, 64% mujeres, con Barthel medio de  $40,7 \pm 27$ ; Deterioro cognitivo en el 71% de los casos y 31% de institucionalizados. Se realizaron un total de 1.636 infusiones SC, la mayor proporción correspondió a ceftriaxona (68,4%), seguido de ertapenem (20,7%) y amikacina (10,9%) con una duración media de  $6,15 \pm 3,75$  días. Los principales focos de infección fueron las vías respiratorias, seguido de las urinarias y biliares (con un 48,5, 42,9 y 6,8% respectivamente). Los gérmenes más comúnmente aislados fueron *E. coli* (24,4%), *Klebsiella pneumoniae* (8,6%) y *Proteus mirabilis* (5,3%). El porcentaje de curación clínica/mejoría fue alta (71,7%), con una disminución significativa de reactantes de fase aguda. En un 5,4% de pacientes el curso clínico requirió un cambio de abordaje terapéutico a vía endovenosa, mientras que el 22,9% de la muestra fallecieron. Se objetivó una baja proporción de efectos adversos (3%) siendo el principal edema y/o eritema en el sitio de infusión. El fármaco que más efectos adversos presentó fue la amikacina con 10,3%, OR 1,79 (IC95% 1,34-24,1), en posible relación a la velocidad/volumen de infusión y a la solución empleada como diluyente ( $SG5\% > SF0,9\%$ ). No se lograron identificar factores relacionados con mala evolución y efectos adversos.

**Conclusiones:** Los ATB vía SC son bien tolerados, con un elevado porcentaje de resolución clínica-paramétrica y mínimos efectos adversos locales. Este estudio refuerza a la vía SC como abordaje válido y alternativa rentable en el tratamiento de los procesos infecciosos en pacientes con malos accesos venosos y vía oral no disponible.

### OC-037. MEJORAR LA POLIFARMACIA EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS. CONTRIBUCIÓN DE CANAGLIFOZINA

M.J. Gimeno Matobella, R. López Mongil, L.A. Rodríguez,  
M.J. Carranza Priante, I. Gamazo Chillón y A. Gordaliza Ramos  
Centro Asistencial Dr. Villacián. Residencia de Ancianos Cardenal Marcelo. Universidad de Valladolid.

**Introducción:** Canagliflozina pertenece a un nuevo grupo de fármacos en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Reduce la reabsorción de glucosa, lo que produce una mayor excreción urinaria de

glucosa y con ello una disminución de glucemia, tanto basal como postprandial. La diuresis osmótica que provoca puede producir una reducción de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica. Canagliflozina está indicada en pacientes con función renal medida por filtrado glomerular:  $MDRD4 \geq 60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ .

**Objetivos:** Identificar la presencia de hipertensión arterial (HTA) entre los pacientes diabéticos de dos centros residenciales Centro Asistencial Dr. Villacián (V) y Residencia de ancianos Cardenal Marcelo (CM), como posibles beneficiarios de un tratamiento antidiabético que puede disminuir las cifras de tensión arterial y así abrir la posibilidad de disminuir o suspender algún fármaco prescrito para el tratamiento de dicha patología.

**Métodos:** Se realiza un estudio transversal en febrero de 2016, en 91 pacientes diabéticos. El análisis estadístico se ha realizado con Statgraphiccs Centurion XVI (versión 16.1.03) bajo licencia de la Universidad de Valladolid.

**Resultados:** El 72,1% de los pacientes diabéticos presentan  $MDRD4 \geq 60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ : V: 74,4% y CM: 69,8. La frecuencia de alteración de HTA es 68,1% V: 60,9% y CM: 75,6%. Presentan diabetes e HTA, con  $MDRD4 \geq 60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ : 44,2%.

**Conclusiones:** La coexistencia de hipertensión es habitual en personas mayores con diabetes. Ambas enfermedades aumentan el riesgo cardiovascular, la posibilidad de tratar con canagliflozina puede suponer una ayuda en la deprescripción, pudiendo favorecer en casi la mitad de los pacientes la disminución de dosis o la retirada de alguno de los fármacos indicados para el tratamiento de la HTA.

### OC-038. UN NUEVO ABORDAJE TERAPÉUTICO EN DIABETES: POSIBILIDADES PARA CANAGLIFOZINA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

R. López Mongil, A. Gordaliza Ramos, L. Alonso Rodríguez,  
M.J. Gimeno Matobella, I. Gamazo Chillón y M.J. Carranza Priante  
Centro Asistencial Dr. Villacián. Residencia de Ancianos Cardenal Marcelo. Universidad de Valladolid.

**Introducción:** Un nuevo grupo de fármacos, conocidos como inhibidores selectivos de los cotransportadores de glucosa acoplados a los canales de sodio (SGLT), entre los que se encuentra canagliflozina, aumenta la excreción urinaria de glucosa. Están indicados en pacientes con función renal medida por filtrado glomerular con la fórmula  $MDRD4$  (Modification of Diet in Renal Disease)  $\geq 60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ .

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de diabetes en dos centros residenciales: Centro Asistencial Dr. Villacián (V) y Residencia de ancianos Cardenal Marcelo (CM). Estudio de la función renal con la fórmula  $MDRD4$ . Comparación de la función renal en ambos centros. Distribución por género y edad de los pacientes con diabetes. Estudiar pacientes susceptibles al tratamiento con canagliflozina.

**Métodos:** Se realiza un estudio transversal en febrero de 2016, en 91 pacientes diabéticos. El análisis estadístico se ha realizado con Statgraphiccs Centurion XVI (versión 16.1.03) bajo licencia de la Universidad de Valladolid.

**Resultados:** La prevalencia de diabetes es 26,5%. V: 32,9%, CM: 22,1%. Distribución género: 59,3% mujeres y 40,7% hombres V: 67,4%/32,65 y CM: 51,1%/48,9%. La edad media: 84,4; DE: 6,99; V: 84,08 años, DE: 7,44; CM: 84,83. DE: 6,55. Edad media de las mujeres: 85,76 años y la de los hombres: 82,59 años. Menores de 80 años: 25,8% V: 30,4% CM: 20,9; 80-90 años: 57,3% V: 54,4% CM: 60,5% y más 90 años: 16,9%; V: 15,2% CM: 18,6%. El 72,1% de los pacientes diabéticos presentan  $MDRD4 \geq 60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ . V (74,4%) y CM: 69,8%. Computed z statistic: 0,47, p = 0,634.

**Conclusiones:** De cada 4 residentes 1 presenta diabetes. Predomina en mujeres y mayores de 80 años y más, superando los 90 años más de un 15%. No hay diferencias significativas entre los dos centros en el valor de  $MDRD$ , siendo más del 70% susceptibles de ser tratados con canagliflozina, pudiendo beneficiarse de este nuevo tratamiento.

**OC-039. DIABETES Y COMORBILIDAD. POSIBILIDAD****DE TRATAMIENTO CON SGLT: CANAGLIFOCINA**

R. López Mongil, A. Gordaliza Ramos, L.A. Rodríguez,  
M.J. Carranza Priante, M.J. Gimeno Matobella e I. Gamazo Chillón  
Centro Asistencial Dr. Villacián. Residencia de Ancianos Cardenal Marcelo. Universidad de Valladolid.

**Introducción:** Un nuevo grupo de fármacos, conocidos como inhibidores selectivos de los cotransportadores de glucosa acoplados a los canales de sodio (SGLT), entre los que se encuentra canagliflozina, aumenta la excreción urinaria de glucosa, disminuyendo la glucemia, en un proceso independiente de la insulina, por lo que se asocia a una baja tasa de incidencia de hipoglucemias. La pérdida calórica por la glucosuria, conlleva una reducción de la adiposidad visceral y la diuresis osmótica una reducción de la presión arterial.

**Objetivos:** Posibilidades de intervención con SGLT en pacientes diabéticos con hipertensión arterial (HTA) y con sobrepeso: IMC (28-30 Kg/m<sup>2</sup>) y obesidad (> 30 Kg/m<sup>2</sup>).

**Métodos:** Se realiza un estudio transversal en febrero de 2016, en 91 pacientes diabéticos en dos centros residenciales: Centro Asistencial Dr. Villacián (V) y Residencia de ancianos Cardenal Marcelo (CM).. El análisis estadístico se ha realizado con Statgraphiics Centurion XVI (versión 16.1.03) bajo licencia de la Universidad de Valladolid.

**Resultados:** El 72,1% de los pacientes diabéticos presentan MDRD4 ≥ 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. V: 74,4% y CM: 69,8%, que es una condición para poder utilizar el fármaco. La frecuencia de alteración de HTA es 68,1% V: 60,9% y CM: 75,6% y la de sobrepeso-obesidad: 61,8%; V: 56,5%, CM: 67,4%. Presentan diabetes, HTA y sobrepeso-obesidad, con MDRD4 ≥ 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>: 57,9%.

**Conclusiones:** El tratamiento personalizado es el paradigma en el abordaje terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2. En la toma de decisiones debemos considerar que más del 70% son susceptibles de ser tratados con canagliflozina, disminuyendo HTA y el peso. Pueden beneficiarse ambas comorbilidades de este tratamiento en casi un 60% de los pacientes, aportando canagliflozina una mejora sustancial en la enfermedad cardiovascular de ancianos con diabetes mellitus.

**OC-040. GRADO DE CONTROL ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR PERMANENTE****PFI-ACO-2015-01**

J. Álaba Trueba<sup>1</sup>, E. Arriola<sup>2</sup>, C. Martins<sup>3</sup>, B. Andía<sup>3</sup> y E. Canchi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Médico Ricardo Bermingham, Fundación Matia, San Sebastián.

<sup>2</sup>Fundacion Matia, San Sebastián. <sup>3</sup>Txara 1, San Sebastián.

**Objetivos:** Primario determinar el grado de control en pacientes institucionalizados anticoagulados por fibrilación auricular no valvular (FA), secundario identificar incidencias cardioembólicas y hemorrágicas.

**Métodos:** Estudio postautorización de seguimiento prospectivo (EPA-SP), de tipo multicéntrico en 7 centros Gerontológicos gestionados por Fundación Matia, recogiendo en dos momentos (1 de octubre 2015 y 1 de marzo 2016) de las historias clínicas electrónicas, los residentes con fibrilación auricular permanente no valvular anticoagulados, las características clínicas, así como el riesgo cardioembólico medido con el CHA2DS2-VASC, riesgo hemorrágico con el HASBLED, así como el tiempo en rango terapéutico (TRT) según el método Rosendall (MR) y el porcentaje en rango entre 2-3 de INR en los residentes con antivitamina K.

**Resultados:** De los datos en el primer corte se analizan 699 residentes, edad media de 83 años, 80% mujeres, dependencia grave en el 46% (Barthel < 40), deterioro cognitivo en un 69%, media de 7,31 medicamentos, prevalencia de fibrilación auricular del 20,7%. Un 47% de los residentes con FA están anticoagulados (80% acenocumarol, 20% NACO), con mayor edad media 84,81, más varones 45%, menos dependencia y deterioro cognitivo, con una media de 8,7 medicamentos. La media del CHA2DS2-VASC es de 4,94 ± 1,44, HASBLED 3,19

± 0,79, Charlson 3,59 ± 1,53, y de 2,1 caídas. El TRT es inferior al 60% en el 52% de la muestra según el MR y del 58% según el porcentaje en rango determinado. Un 35,3% presentan un filtrado glomerular inferior a 45 ml/min, la prevalencia de anemia en los hombres es del 35,5% y del 28,9% en las mujeres, la trombopenia se aprecia en un 8%. **Conclusiones:** La prevalencia de fibrilación auricular no valvular es alta en la población geriátrica institucionalizada, estando anticoagulada menos de la mitad, siendo un grupo de mayor complejidad clínica, en cuanto a polimedición, pluripatología, con un bajo grado de control anticoagulante. El conocimiento del TRT permite conocer el nivel terapéutico establecido y tomar decisiones en cuanto a posibles interacciones y seguimiento más seguro de los mismos. Con los datos obtenidos de marzo del 2016 se calcularán las incidencias cardioembólicas y hemorrágicas presentes, así como el control del TRT. PFI-ACO-2015-01.

**OC-041. EXPERIENCIA DE LA VÍA SUBCUTÁNEA PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS AGUDAS EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS**

J. Mandujano Valencia, G. Martínez, C. Pedreño, E. Pedrosa, M. Oter y E. Sánchez  
*Mutuam, Les Franqueses.*

**Introducción:** El uso de la vía subcutánea como alternativa a la vía endovenosa, constituye una herramienta muy útil en aquellos pacientes con extrema fragilidad a fin de evitar ingresos hospitalarios. El presente estudio es parte de un estudio más amplio que tiene como finalidad demostrar la eficacia e inocuidad del uso de la vía subcutánea a nivel residencial, para fármacos que, aunque no específica en su ficha técnica la posibilidad de la administración por vía subcutánea, cada vez más existen evidencias de su uso y publicaciones médicas de su efectividad.

**Objetivos:** Demostrar la eficacia del tratamiento antibiótico y diurético por vía subcutánea. Describir las complicaciones originadas por uso de la vía subcutánea.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, observacional, en pacientes institucionalizados con seguimiento por el equipo de atención a residencias (EAR), en los que se ha hecho uso de la vía subcutánea para el tratamiento antibiótico o diurético iniciado desde el hospital o en la residencia entre los meses de noviembre 2015-marzo 2016.

**Resultados:** Con una N de 16 pacientes institucionalizados, 56% varones, con edad media 87 años, el 86% tenía un deterioro cognitivo significativo, I. Barthel medio de 30, I. comorbilidad de Charlson de 9. La indicación de vía SC estuvo relacionada con diagnósticos de infección urinaria en el 37,5%, bronquitis el 6,25%, infección cutánea el 25% e insuficiencia cardiaca congestiva el 31,25%. De los antibióticos utilizados fueron: ertapenem (40%), ceftriaxona (20%), amikacina (10%), gentamicina (30%) y furosemida (en el 31,25% de los pacientes). Sólo el 12,5% (2 pacientes) precisaron recambio de vía por eritema. El 100% completaron con éxito el tratamiento indicado. La tasa de mortalidad al mes de culminar el tratamiento fue de 6,25%.

**Conclusiones:** La vía subcutánea es una alternativa de administración de gran utilidad en pacientes con extrema fragilidad y deterioro cognitivo significativo. Es necesaria una guía de práctica clínica en paciente geriátrico para la administración de fármacos que actualmente no aparece en ficha técnica su uso por vía subcutánea, pero que en la práctica clínica se demuestra su eficacia.

**OC-042. PRIMERA EXPERIENCIA CON NUEVOS ANTICOAGULANTES EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR**

R. Ayala Muñoz<sup>1</sup>, M. Ramos Sánchez<sup>1</sup>, R. Bornstein Sánchez<sup>1</sup>, R. Toro Cebada<sup>2</sup>, C. Palicio<sup>1</sup> y M. Quezada Feijoó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Cruz Roja, Madrid. <sup>2</sup>Universidad de Cádiz, Cádiz.

**Introducción:** Los pacientes ancianos con fibrilación auricular no valvular (FANV) tienen mayor riesgo de eventos isquémicos, y el tra-

tamiento con acenocumarol ofrece una significativa protección, aunque expone a los pacientes a un riesgo mayor de hemorragia. Los anticoagulantes directos (NACOS), son una opción terapéutica eficaz y segura para estos pacientes.

**Métodos:** Se incluyeron 108 pacientes con diagnóstico de FANV de la consulta de cardiología, anticoagulados con Sintrom, y que en los últimos 6 meses presentaban un tiempo de rango terapéutico (TTR) < 60%. Todos fueron cambiados a NACOS. Se evaluó el riesgo de ictus según las escalas de CHADS<sub>2</sub> y CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc y el riesgo de hemorragia según la escala de HASBLED y HEMORRAGES. El seguimiento de los eventos trombóticos y hemorrágicos se realizó al año.

**Resultados:** El 57,1% eran mujeres y la mediana de edad 82 años (RIQ 75-82). La media del TTR fue del 45% (DE ± 11,36). El 61% tenían FA permanente, el 36,2% FA paroxística y el 2,9% FA persistente. La media de CHADS<sub>2</sub> fue de 2,21 (DE ± 0,87) de los cuales el 32,9% presentaban más de 3 puntos. La media de CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc fue de 3,8 (DE ± 1,1) de los cuales el 69,6% tenían más de 4 puntos. Dentro de los antecedentes de riesgo de hemorragia la úlcera gástrica fue del 6,7%, la hemorragia digestiva alta del 2,9% y la hemorragia intracraeal del 1,9%. Según la escala HASBLED el 57,1% tenía riesgo moderado de sangrado y el 29,5% riesgo severo. Según la escala de HEMORRA2GES el 40,3% tenían un riesgo moderado y el 20,2% riesgo de sangrado alto. El 12,55% presentaron eventos trombóticos con sintrom y el 10,8% eventos hemorrágicos, mientras que los pacientes bajo tratamientos con NACOS presentaron un 2,7% de eventos trombóticos y un 2,7% de eventos hemorrágicos.

**Conclusiones:** Los NACOS son fármacos seguros y eficaces en pacientes ancianos, con menos tasas de eventos isquémicos y hemorrágicos.

#### OC-043. NIVEL DE INFLUENCIA DE LOS FÁRMACOS SOBRE EL PUNTO DE CORTE DEL TIMED GET UP & GO (TUG).

##### ESTUDIO CA'80®

J. Benítez Rivero<sup>1</sup>, S. Fernández Ortega<sup>2</sup>, P. Bellanco Esteban<sup>3</sup>  
y P. Agüera Moreno<sup>4</sup>

Centro de Salud La Laguna, Cádiz.

**Objetivos:** El principal objetivo del estudio es analizar las caídas en mayores de 80 años que viven solos en la comunidad y/o con un familiar de similar edad. Uno de los objetivos secundarios que planteamos es conocer la correlación entre los fármacos consumidos por el mayor con el grado de autonomía del mismo y el tiempo empleado en realizar el TUG.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de cohortes, n = 90. Se revisan las historias clínicas en la aplicación DIRAYA analizando variables socio-demográficas, analítica complementaria, terapéuticas y episodios de caídas, que se confirman tras visita a domicilio junto con la realización de la valoración geriátrica durante el año 2014.

**Resultados:** El estudio inicial incluye 247 pacientes, de los cuales actualmente encontramos 90 participantes, excluidos por causas como fallecimiento, cambio de domicilio, ingreso en residencia o rehusó a participar. La distribución por sexos corresponde el 82,2% a mujeres y el 17,8% a varones. La edad media es 88,94 ± 2,603 DE, respecto a la valoración geriátrica destacamos una media de 71,11 ± 27,779 puntos en Barthel, 24,93 ± 7,477 en Lobo y 5 ± 2,824 en Lawton-Brody. La frecuencia de fármacos asociados a riesgo de caídas analizados son 16,7 antiguacomatosos, 17,8 antidiabéticos, 23,3 betabloqueantes, 67,8 hipotensores, 48,9 diuréticos, 20 neurolépticos y 42,2 benzodiacepinas.

**Conclusiones:** Un cuarto de nuestros mayores de 80 años que viven solos en la comunidad suelen presentar al menos una caída al año. Dichos ancianos se caracterizan por una dependencia leve-moderada y presentan una estratificación de deterioro cognitivo borderline. Los grupos de fármacos más consumidos en los ancianos que caen son los hipotensores, diuréticos y benzodiacepinas. La correlación del número de fármacos pautados y el registro de al menos una caída

evidenciamos una tendencia positiva al presentar al menos un episodio si aumenta la complejidad del tratamiento. Los pacientes que tienen pautado más fármacos, tienen un TUG superior a 20 segundos, consiguiendo un tiempo menor los pacientes que consumen menos de 5 fármacos. Existe una relación estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida en el Barthel y segundos del TUG, disminuyendo por encima de un 50% la puntuación obtenida en Barthel cuando TUG es superior a 35 segundos.

#### OC-044. INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y PACIENTES ANCIANOS... ¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO?

M.C. Deza Pérez, I. Ferrando Lacarte, M.M. González Eizaguirre, B. Gamboa Huarte y C. Bibian Getino  
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

**Objetivos:** 1. Analizar la adecuación en el tratamiento de pacientes ancianos con inhibidores de la bomba de protones que ingresan en un servicio de geriatría, según las recomendaciones de una Guía de Práctica Clínica de empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos (Salud Zaragoza 2011). 2. Evaluar las causas más frecuentes de indicación de inhibidores de la bomba de protones en ancianos y el tipo de IBP. 3. Analizar la mortalidad en pacientes que toman IBP.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Pacientes ingresados de junio a noviembre de 2014. Recogieron: datos sociodemográficos, antecedentes personales (AP), comorbilidad (índice de Charlson, IC), función (índice de Barthel, IB), Tratamiento farmacológico. Mortalidad intrahospitalaria. Análisis: SPSS.

**Resultados:** 318 ingresos. Mujeres (68,2%). Edad media: 85,89 (89,6% mayores de 80 años). IC al ingreso (mediana 3). SPMSQ: 5,22. IB al ingreso: mediana 50; IB al alta: mediana 25. Mortalidad: 16%. Antecedente cardiovascular: 82,4%. Fármacos: omeprazol (45,6%), seguido de pantoprazol 5%. Ácido acetil salicílico: 39,9%, anticoagulante oral clásico: 14,2%, NACOS: 1,3%. AINEs: 3,1%, corticosteroides crónicos: 2,8%. ERGE: 3,1%, gastropatía: 4,4%, UGD: 5,3%. Tratamiento con IBP: 58,8%, cumple indicación adecuada: 70%. El resto de la muestra que no lleva tratamiento con IBP, cumple indicación de llevarlo el 49,6%. De éstos, la indicación es por toma de antiagregante (66%). Mortalidad intrahospitalaria: 16%. Mortalidad de pacientes que toman omeprazol: 5,9%.

**Conclusiones:** Segundo la guía de práctica clínica, en más de la mitad de nuestra muestra, estaría indicada la utilización de IBP. Hecho que creemos que se corresponde con la realidad de nuestros pacientes, con importante comorbilidad cardiovascular y riesgo de eventos gastrolesivos. La toma de antiagregante es el motivo más frecuente de tratamiento con IBP. Resulta llamativo, el alto porcentaje de pacientes que al ingreso no utilizan IBP y que cumplen criterio de ello, por toma de ACO o AAS, sin estar descritos en dichos pacientes eventos gastrointestinales al respecto. Pequeño porcentaje de antecedentes de patología digestiva que podría corresponderse a un déficit en la recogida de datos al ingreso.

#### OC6: Agudos

#### OC-045. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

J.D.P. Marttini Abarca, L. Fernández Arana, E. Lueje Alonso y P. Gil Gregorio  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Determinar la supervivencia y factores asociados de pacientes mayores hospitalizados con insuficiencia cardíaca (IC).

Describir las características demográficas, clínicas, farmacológicas y ecocardiográficas.

**Métodos:** Estudio de cohorte observacional. Pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (casos incidentes). Inclusión (enero 2012-diciembre 2014), n: 226. Variables recogidas: edad, género, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad, situación funcional, síndromes geriátricos, medicación prescrita, factores desencadenantes, función ventricular, fecha de fallecimiento o fecha de última revisión (seguimiento hasta febrero 2016). Análisis estadístico: programa SPSS versión 23.0.

**Resultados:** N: 226 pacientes, 127 (56,2%) fallecieron (68,9% con readmisión de IC, 25,3% sin IC). 13,2% murieron durante el ingreso. Media de seguimiento: 13,9 meses. Supervivencia al mes (79,2%), 6 meses (66%), 1 año (58%), 2 años (43%). Características de la muestra: Edad media:  $89,5 \pm 5,7$ . Género femenino 71,9%. Comorbilidad (I. Charlson) 5,8 RIC (3-7). Factores de riesgo: hipertensión arterial (83,3%), anemia (28,9%), fibrilación auricular (33,8%), valvulopatías (32%), dislipemia (35,1%), insuficiencia renal crónica (25,9%) y diabetes mellitus tipo 2 (22,8%). Grandes síndromes geriátricos: incontinencia doble (62,7%), deterioro cognitivo (53,5%), inmovilidad (29,4%), estreñimiento (24,1%), polifarmacia (36,8%). Valoración funcional I. de Barthel < 60 (indicador dependencia severa): 46,3%. Fracción de eyeción conservada (89,1%), Estancia hospitalaria 12 días RIC (8-21). Análisis univariado significativo: sexo, edad > 90 años, inmovilidad, antiagregación, I. Barthel y KATZ, I. Charlson, Deterioro cognitivo grave, IRA, retirada de tiazidas, diurético de asa al alta, hemoglobina, urea, creatinina, filtrado glomerular, ácido úrico. Análisis multivariado: sexo masculino OR: 2,3 (p = 0,021), índice de Charlson OR: 1,21 (p = 0,004), KATZ G OR: 4,3 (p = 0,009), urea OR: 1,01 (p = 0,004).

**Conclusiones:** 1. La supervivencia de los pacientes con IC incidente es 58% al año de seguimiento. 2. Los factores que influyen sobre la menor supervivencia están relacionados con el sexo masculino, alta comorbilidad y elevación de urea. 3. Los principales síndromes geriátricos asociados fueron la incontinencia doble y el deterioro cognitivo. 4. La mayoría de los pacientes fallecieron con insuficiencia cardíaca.

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-046. GESTIÓN DEL DOLOR EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA

M.V. Mejía Ramírez de Arellano, V.M. Reyes Reyes, P. López Pardo, S.M. Bidó Cipión, C. Alcaraz y J. Gómez Pavón  
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela, Madrid.

**Introducción:** Analizar la prevalencia y el enfoque de la gestión del dolor en las unidades hospitalarias de un Servicio de Geriatría.

**Métodos:** Estudio transversal de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría (UGA) y la Unidad de Media Estancia (UME), el día 16-19 de diciembre 2016. Se excluyeron 17 pacientes con problemas de comprensión (8 demencia, 8 cuadros confusionales agudos, 1 preexitus). N = 52 pacientes (34 mujeres) de 85,76 (6,09) años de edad media. Fueron analizados a través de entrevista directa al paciente (un solo entrevistador un solo día), la historia clínica, prescripción médica electrónica, sobre presencia del dolor y tratamiento analgésico (grado de instauración analgésica (% pacientes que reciben tratamiento del total de pacientes con dolor) y efectividad analgésica (% de pacientes sin dolor del total de pacientes que reciben tratamiento)).

**Resultados:** Prevalencia de dolor del 73% (82% UME y 66% UGA). 65% (82% UME y 61% UGA) con dolor con necesidad de tratamiento (escala visual análoga > 2). El grado de instauración analgésica fue del 94,3%

(91% UME y 99% UGA) con incremento significativo de analgesia al ingreso: UME: 73% analgésicos previos vs 91% analgésicos al ingreso, p < 0,01; UGA: 74% vs 87,5% p < 0,01. La UME presenta EVA mayor que UGA:  $4,68 \pm 2,86$  vs  $3,44 \pm 2,78$ , p < 0,01. La pauta de analgesia fue predominantemente fija: 91% UME y 81% UGA, con uso de opioides mayores en un 12% (UME) y un 14% (UGA). Eficacia analgésica del 33% (20% UME y 38% UGA). En un 67% (100% UME y 58% UGA) la historia clínica recogía la valoración del dolor.

**Conclusiones:** La gestión del dolor en el anciano hospitalizado en nuestras unidades se caracteriza por una alta prevalencia asociada a alta prescripción de analgésicos y con importante área de mejora en su eficacia analgésica.

#### OC-047. TIPOLOGÍA DE PACIENTE ANCIANO

##### AL QUE SE LE IMPLANTA UN MARCAPASOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ASISTENCIAL

C. Ferrer Ferrer, M. Farré Mercadé y M. Tomé Guerreiro  
Hospital General de Granollers, Granollers.

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y el tipo de marcapasos implantado en los pacientes mayores de 75 años ingresados, y comparar el tipo de marcapasos, sus complicaciones y su mortalidad a los 2 años entre el grupo de pacientes de 75-85 años y el grupo de mayores de 85 años.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes mayores de 75 años ingresados en el Hospital General de Granollers a los que se les ha implantado un marcapasos desde enero del 2012 a enero del 2015. Mediante la revisión de la historia clínica, y la realización de una entrevista telefónica 1 año después de la intervención, se evalúa: antecedentes personales, tratamiento farmacológico antiarrítmico previo, motivo para la implantación del marcapasos, tipo y modo de estimulación del marcapasos, estado funcional, complicaciones, y mortalidad. Se ha empleado el paquete estadístico SPSS en su versión 22.0 para el análisis estadístico.

**Resultados:** Se han analizado 273 pacientes con implantación de marcapasos, de los cuales el 57% son hombres, y 36,5% (100) pacientes son mayores de 85 años. Los principales antecedentes personales fueron cardiovasculares. La mayoría de pacientes tenían una buena situación funcional y mental con escasas complicaciones inmediatas tras la colocación del marcapasos, siendo su indicación más frecuente el bloqueo auriculoventricular completo. En el 46% de pacientes se colocó un dispositivo unicameral, con estimulación VVI. Se objetivó mayor mortalidad a los 2 años en los mayores de 85 años, pero sin mayor número de complicaciones, habiendo en este grupo más portadores de marcapasos unicamerales (67%) que no serían los indicados como primera opción por el tipo de causa por la que se implantó el marcapasos.

**Conclusiones:** En los pacientes mayores de 85 años de nuestra muestra se implantó con mayor frecuencia el marcapasos unicameral, no siendo ésta su indicación principal en muchos casos, sin observarse diferencias en cuanto a las características personales, funcionales y mentales respecto el grupo más joven.

#### OC-048. FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

M.E. Portilla Franco, P. Carrillo García, R. Sosa Suárez, E. Toral Valdivieso y C. Verdejo Bravo  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Analizar la tasa de reingresos de pacientes mayores 80 años con enfermedad renal crónica (ERC) dados de alta de Agudos de Geriatría. Describir los factores asociados al reingreso hospitalario.

**Métodos:** Pacientes > 80 años consecutivamente ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatría por cualquier proceso médico en un

año y seguidos otro año. Criterios inclusión: antecedente o diagnóstico al alta de insuficiencia/ enfermedad renal crónica (ERC) mediante el FG (medido por MDRD4) < 60 ml/min en al menos 2 analíticas previas. Criterios exclusión: pacientes fallecidos durante hospitalización o trasladados a otra Unidad/Centro. Variables: datos demográficos, funcionales (índices Barthel y Lawton), movilidad (Functional Ambulation Classification -FAC), comorbilidad (índice de Charlson ajustado por edad Ich), fármacos habituales (número y grupo); datos ecocardiográficos, analítica; diagnóstico principal al alta y mortalidad intrahospitalaria. Análisis entre variables basales y reingreso precoz (< 30 días) o tardío (> 1 mes) hasta el año de seguimiento. Estudio descriptivo retrospectivo (revisión informe de alta). Análisis estadístico chi cuadrado ( $p < 0,10$ ), regresión logística binaria ( $p < 0,05$ ). SPSS 15.

**Resultados:** n = 109 pacientes (55% varones); edad media 90,17 años. Ich ≥ 8 70,6%; Comorbilidades: taquiarritmia supraventricular 43,1%, ICC 41%, cardiopatía isquémica 31,2%. Fármacos: IECAS 34,9%, ARAII 25,7%, betabloqueantes 20,2%. Datos ecocardiográficos: valvulopatía mitro/aórtica 51,4%, HVI 50,5%, FEVI < 45 7,1%. Datos funcionales Barthel ≥ 60 55%, FG < 30 40,4%. Tasa reingresos al año 64,22% (precoz 26%; tardío 44,0%). Causas reingreso al año: infecciosa 55,7%, complicación cardiovascular: 34,3%. Mortalidad asociada al reingreso al año: 32,9%. Asociación significativa del reingreso precoz con FG < 20, FEVI < 45, taquiarritmia supraventricular, menor uso de betabloqueantes y del reingreso tardío con HVI y menor uso IECAS. La mortalidad asociada al reingreso al año se asoció significativamente con la HVI.

**Conclusiones:** 1) El reingreso precoz en pacientes mayores de 80 años con ERC se asocia con una peor función renal, con el antecedente de taquiarritmia supraventricular y con la disfunción sistólica. 2) Los betabloqueantes podrían prevenir el reingreso precoz y los IECAs el reingreso a largo plazo. 3) La HVI predice un mayor riesgo de reingreso a largo plazo y una mayor mortalidad.

#### OC-049. EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICAS AVANZADAS (EPA) EN GERIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (HUIS)

A. Morales Fernández, C. Molano Ortiz, M. Neira Álvarez, E. Arias Muñana, R. Bielza Galindo y E. Moreno Ortega  
Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

**Introducción:** La enfermera de prácticas avanzadas (EPA) en Geriatría, es la profesional que presta atención y cuidados de enfermería a los ancianos.

**Objetivos:** Establecer un procedimiento estructurado de atención y seguimiento del paciente geriátrico ingresado en el HUIS centrado en la gestión del caso.

**Métodos:** Estudio descriptivo de series de casos. Se incluyen los pacientes valorados por la EPA durante el año 2015. Población diana e intervención: en la sala de observación de la urgencia, se realiza cribado a los pacientes mayores de 80 años mediante la escala TRST (Triade Risk Screening Tool). En los ancianos ingresados en Cirugía y otras especialidades médicas de los que se recibe interconsulta, se realiza valoración geriátrica integral, prevención de delirio y programa de prevención de deterioro funcional. En los ingresados a cargo de geriatría y en los mayores de 70 años en la unidad de agudos de ortogeriatría, la enfermera queda integrada en el equipo. Además de la intervención descrita previamente, el enfermo recibe un informe conjunto (EPA y especialista en geriatría), que se envía al centro de salud y un informe de conciliación con los fármacos.

**Resultados:** Han sido valorados 1898 pacientes. Se realizó cribado en urgencias a 1310 (69,02%) e intervención en agudos a 211 (11,11%), ortogeriatría 253 (13,32%) e interconsultas 124 (6,5%) pacientes. La edad es de  $86,4 \pm 7,2$  años y el 70,13% son mujeres. Las características funcionales y mentales de los pacientes, son las habituales en este tipo de unidades. El 58% (1101) proceden de residencia. Se hizo seguimiento telefónico a 115 pacientes (19,6%); se entregó un informe conjunto de alta de ortogeriatría

y hospitalización a todos los pacientes y se envió al centro de salud correspondiente y se dio el documento de conciliación de fármacos al 100% de los ingresados que procedían de domicilio en estas unidades.

**Conclusiones:** La presencia de la EPA en la unidad de Geriatría ha permitido una intervención más completa de los pacientes ancianos y ha asegurado la continuidad de cuidados a través del seguimiento telefónico y el contacto con atención primaria.

#### OC-050. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD AL AÑO EN ANCIANOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

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

**Objetivos:** Identificar variables incluidas en la valoración geriátrica integral y otras variables clínicas que se asocien a un incremento de riesgo de muerte al año en ancianos ingresados por Insuficiencia Cardíaca en una Unidad Geriátrica de Agudos.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 291 pacientes que ingresaron en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos con diagnóstico clínico principal de insuficiencia cardíaca. Para conocer las características basales de la muestra se analizaron: variables sociodemográficas (edad, sexo, convivencia, institucionalización previa y al alta), clínicas [comorbilidad (I. Charlson), fallecimientos durante el ingreso, estancia hospitalaria, mortalidad a los 6 y 12 meses tras alta], funcionales [Escala de Cruz Roja Física e Índice de Barthel (IB) previos, al ingreso y al alta; pérdida funcional al ingreso; deterioro funcional al alta (IBalta IBingreso ≥ 10 puntos IB)], mentales (Escala de Cruz Roja Mental previo ≥ 2), analíticas (hemoglobina, sodio, potasio, creatinina, MDRD, albúmina, colesterol). Posteriormente se realizó un análisis multivariante de regresión de Cox ajustando el riesgo de mortalidad durante el primer año tras ingreso por insuficiencia cardíaca por variables significativas en el análisis univariante (estancia, comorbilidad, IBprevio IBingreso, albúmina, deterioro funcional al alta).

**Resultados:** Edad media:  $87,36 \pm 5,95$  años (70,8% mujeres). El 17,2% estaba institucionalizado, y el 7,2% ingresa de novo en residencias tras alta. El 14,8% presenta una independencia funcional total previa al ingreso. El 35,1% tenía previamente un IB < 60. Demencia previa: 27,5%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 8,9%. Fallece a los 6 meses el 28,5%, y a los 12 meses el 39,9%. Se deteriora funcionalmente al alta el 24,7%. En el modelo multivariante de regresión de Cox, los factores relacionados de forma independiente con mortalidad al año fueron: Índice de Charlson ≥ 3 [HR = 1,98 (IC95%: 1,21-3,26,  $p = 0,01$ )], mayor deterioro funcional al alta [HR = 1,63 (IC95%: 1,00-2,68,  $p = 0,05$ ) y estancia hospitalaria ≥ 11 días [HR = 2,01 (IC95%: 1,24-3,24,  $p = 0,00$ )].

**Conclusiones:** Mayor comorbilidad, estancia hospitalaria prolongada y un mayor deterioro funcional al alta hospitalaria se asocian con un mayor riesgo de muerte al año en ancianos que ingresan por insuficiencia cardíaca. Estos datos refuerzan el enfoque geriátrico de evitar el deterioro funcional durante la hospitalización y la menor supervivencia en pacientes cardiópatas con otras patologías graves asociadas.

#### OC-051. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD A LOS 6 MESES DE FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

E. Duaso, J. Castella Aumedes, A. Gamboa, M. Sandiumenge y P. Marimon  
Hospital de Igualada, Igualada.

**Objetivos:** Analizar factores pronósticos de mortalidad (relacionados/predictores), a los 6 meses de la fractura, en pacientes mayores

de 69 años ingresados por fractura de cadera, atendidos en la unidad geriátrica de agudos (UGA) de un Hospital Comarcal, entre junio 2010 y mayo 2013.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo recogidas variables socio-demográficas; procedencia; destino alta; funcionalidad previa; al ingreso, al alta y a los 6 meses con índice Lawton (IL); índice Barthel (IB); y Functional Ambulation Classification (FAC); cognición mediante GDS Reisberg; comorbilidad con índice Charlson (IC); polifarmacia; déficit sensorial (visión/audición); localización fractura; riesgo anestésico (ASA); período prequirúrgico; bioquímica (insuficiencia renal, déficit vitamina D, hipertiroidismo, anemia e hipoalbuminemia); complicaciones intrahospitalarias cardiorrespiratorias, hidroelectrolíticas, infecciosas y anemia transfundida, delirium y estancia media hospitalaria. Analizados factores pronósticos relacionados (análisis bivariante) y predictores (análisis multivariante) de mortalidad a los 6 meses. Análisis mediante SPSS 19.9.

**Resultados:** Del 1 junio 2010 al 31 mayo 2013 hemos atendido 371 pacientes consecutivamente, excluidos 3 pacientes por pérdida durante el seguimiento (368 pacientes). De ellos, 81 pacientes habían fallecido a los 6 meses (M) (22%) y 287 no (V) (78%). Análisis bivariante: M edad media 87,16 (DE ± 6,539) años, V 84,45 (DE ± 6,227) ( $p < 0,001$ ); M IL 0,04 (DE ± 0,344), V 3,51 (DE ± 3,310) ( $p < 0,001$ ); M IB 57,41 (DE ± 29,824), V 77,68 (DE ± 26,726) ( $p < 0,001$ ), M IB ingreso 10,37 (DE ± 9,772), V 17,49 (DE ± 11,533) ( $p < 0,001$ ); M IB alta 17,17 (DE ± 14,197), V 31,06 (DE ± 17,536) ( $p < 0,001$ ); M FAC 3,72 (DE ± 1,439), V 4,35 (DE ± 1,135) ( $p < 0,001$ ), M FAC alta 0,95 (DE ± 1,451) ( $p < 0,001$ ), V 1,89 (DE ± 1,632); M GDS Reisberg 3,95 (DE ± 2,266), V 2,83 (DE ± 2,087) ( $p < 0,001$ ); M déficit Visual 26,7%, V 73,3% ( $p = 0,018$ ); M riesgo anestésico ASA < II 14,1%; V 85,9% ( $p < 0,001$ ), M tiempo quirúrgico < 2 días 14,6%; V 85,4% ( $p < 0,001$ ); M deterioro cognitivo 29,9%, V 70,1% ( $p = 0,003$ ); M anemia 27,2%, V 72,8% ( $p = 0,04$ ); M complicaciones hidroelectrolíticas 30,5%, V 69,5% ( $p = 0,002$ ); M delirium 28,5%, V 71,5% ( $p < 0,001$ ). Análisis multivariante: Descenso un punto IL 0,128 (0,048-0,345) ( $p < 0,001$ ), deterioro cognitivo 0,382 (0,190-0,767) ( $p = 0,007$ ); tiempo espera quirúrgico 4 días. 6,199 (DE ± 1,846- 20,816) ( $p = 0,003$ ). Alteraciones hidroelectrolíticas 2,161 (1,119-4,174) ( $p = 0,022$ ). Capacidad discriminación modelo AUC 95% 0,899 (0,867-0,931).

**Conclusiones:** Mayor edad, peor funcionalidad previa, peor ejecución de marcha, peor cognición, déficit visual, mayor riesgo anestésico, mayor tiempo espera quirúrgico; anemia, complicaciones hidroelectrolíticas son factores relacionados con mortalidad a los 6 meses. Peor funcionalidad previa, ausencia de deterioro cognitivo, tiempo espera quirúrgico igual o superior a 4 días y alteraciones hidroelectrolíticas, son factores predictores de mortalidad a los 6 meses.

#### OC-052. FACTORES ASOCIADOS A MAYOR RIESGO DE REINGRESO EN PACIENTES GERIÁTRICOS DESPUÉS DEL ALTA DE UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

C. Arnal Carda<sup>1</sup>, N. Gual<sup>2</sup>, P. Burbano<sup>2</sup>, A. Contra<sup>2</sup>, F. Man<sup>2</sup>, A. Yuste<sup>2</sup> y M. Inzitari<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>2</sup>Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

**Introducción y objetivos:** En Cataluña, pacientes ancianos pluripatológicos con agudización de una patología crónica o con patologías agudas menores asociada a una situación de complejidad de base, ingresan desde urgencias hospitalarias o desde atención primaria en las Unidades de Subagudos (US), donde reciben una atención geriátrica especializada, promoviendo un retorno rápido a su domicilio habitual. Dada la multimorbilidad y la alta vulnerabilidad clínica, funcional, cognitiva y social de estos pacientes, el riesgo de reingreso es elevado y sus consecuencias son relevantes a nivel personal, social como económico. Nuestro objetivo es detectar aquellos factores de riesgo asociados a reingreso hospitalario a los 30 días del alta de US.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo incluyendo los pacientes > 65 años ingresados en una US (enero de 2014-mayo de 2015). Se recogieron variables demográficas, clínicas y de valoración geriátrica, junto con el destino al alta y el reingreso a 30 días en un centro hospitalario. Excluimos los pacientes que no retornaron a su domicilio habitual (exitus, traslado a hospital de agudos o convalecencia) y aquellos con más ingresos en nuestra unidad, se consideró solo el primero.

**Resultados:** Incluimos 441 pacientes (edad media ± DE de 85,6 ± 6,7 años, 65,4% mujeres, 23,3% institucionalizados, 37,6% con demencia). Se asoció a mayor riesgo de reingreso la presencia de insuficiencia cardiaca ( $p = 0,005$ ), insuficiencia renal crónica ( $p = 0,010$ ), ingreso hospitalario previo en los últimos 6 meses ( $p = 0,005$ ), > 8 fármacos habituales ( $p < 0,001$ ), índice de Charlson > 3 ( $p = 0,021$ ) y una puntuación > 3 en la escala ISAR ( $p = 0,020$ ). En análisis multivariado mediante regresión logística binaria, la insuficiencia renal crónica (OR = 1,6 IC95% = 0,94-2,74), la polifarmacia (OR = 3,04; IC95% = 1,61-5,74) y al menos un ingreso previo en los últimos 6 meses (OR = 1,73; IC95% = 1,04-2,87) se asociaron con mayor riesgo de reingreso de forma significativa.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, los reingresos previos y algunas variables clínicas se asociaron con un riesgo incrementado de reingresos. Posiblemente, al ser una muestra seleccionada por alta vulnerabilidad, otras variables geriátricas no modificaron el riesgo. Detectar aquellos pacientes ancianos con mayor riesgo de reingreso hospitalario podría ayudar a diseñar intervenciones dirigidas, mejorando su asistencia y calidad de vida.

#### OC-053. COMPARACIÓN DE ÍNDICES Y VARIABLES PREDICTORAS DE MORTALIDAD AL AÑO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

M. de la Puente Martín, P. López Pardo, B. Perdomo Ramírez, C.P. Saavedra García, G. Cristofori, A. Socorro García y J.J. Baután Cortés

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

**Objetivos:** Aplicar diferentes índices predictores de mortalidad y comparar su capacidad predictiva al año del alta hospitalaria en pacientes ancianos que ingresan en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) por patología médica.

**Métodos:** Estudio longitudinal de los pacientes mayores de 80 años ingresados en una UGA a lo largo del año 2009. Se analizó el riesgo de mortalidad al año de variables clínicas (Índice Charlson (ICh), Índice de Walter), de variables funcionales (Índice de Barthel (IB) basal y pérdida funcional porcentual al alta respecto la situación previa al ingreso), y distintos índices que incluyen variables de ambos tipos, funcionales y clínicas (Índice de Bisep, Profund, Índice de Levine). El resultado analizado fue la mortalidad al año del alta, elaborando una curva ROC para cada una de las variables basales, calculando el área bajo la curva (ABC) con su IC del 95%.

**Resultados:** Se analizaron 969 pacientes con una edad media de 88,7 ± 5 años, siendo en su mayoría mujeres (69%). Presentaban alta comorbilidad casi la mitad de la muestra (ICh ≥ 3: 48,2%), deterioro funcional severo previo (IB < 40) en un 30,8% y deterioro cognitivo (Escala Cruz Roja Mental ≥ 2) un 46,9%. La capacidad predictiva de mortalidad al año de los índices evaluados en nuestra muestra fue: Índice de Walter (ABC: 0,69; IC95%: 0,63-0,73), Índice de Bisep (ABC: 0,67; IC95%: 0,64-0,71), IB previo al ingreso (ABC: 0,67; IC95%: 0,64-0,70), Pérdida funcional porcentual al alta (ABC: 0,62, IC95%: 0,57-0,66); Índice de Charlson (ABC: 0,61; IC95%: 0,57-0,65); Profund (ABC: 0,58, IC95%: 0,50-0,67) e Índice de Levine (ABC: 0,58, IC95%: 0,50-0,66).

**Conclusiones:** En nuestra muestra el Índice de Walter y el de Bisep presentan la mejor capacidad predictiva de mortalidad al año, siendo ésta similar a la que proporcionan el Índice de Barthel y la pérdida funcional al alta.

## OC7: Crónicos

### OC-054. PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: COORDINAR PARA MEJORAR

J. Martínez Peromingo<sup>1</sup>, A. Vergel<sup>1</sup>, C. Plaza<sup>1</sup>, M. del Olmo<sup>2</sup>,

J. Dodero<sup>2</sup>, C. Oñoro<sup>1</sup> y C. González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles. <sup>2</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Objetivos:** La población institucionalizada en residencias se ha triplicado en 10 años, y es esperable que continúe aumentando. Los pacientes institucionalizados requieren continuidad de cuidados y atención socio-sanitaria integrada, pero a día de hoy todavía queda un largo camino por recorrer con enormes distancias entre profesionales de hospital, centros de salud y residencias sin conexión entre sí. Nuestro objetivo: Abrir la comunicación con apertura de la historia clínica hospitalaria a profesionales de residencias, en igualdad de condiciones que al profesional del centro de salud mediante las nuevas tecnologías, favoreciendo la coordinación entre los niveles asistenciales. Con esas premisas desarrollamos una estrategia de atención integral al paciente institucionalizado en el Hospital Rey Juan Carlos, Hospital Infantil Elena, Hospital General de Villalba y Fundación Jiménez Díaz.

**Métodos:** Se elaboró un plan de atención creando unidades de coordinación con las residencias y centros de salud formada por un geriatra, una enfermera de enlace y una trabajadora social como referentes. Se ha implantado en residencias una herramienta informática que facilita la coordinación: el "Portal Sociosanitario" donde tras la autorización del paciente, los médicos y enfermeras de la residencia acceden a la historia clínica del hospital, permitiendo la realización de consultas que se integran en la historia clínica y fomentando los sistemas no presenciales que las tecnologías nos permiten. Se habilitan formularios con servicios no presenciales para evitar desplazamientos evitables ofreciendo un seguimiento personalizado y más frecuente si se requiere. Se abre comunicación mediante e-consulta, herramienta que favorece la coordinación entre profesionales del paciente, quedando registro en historia clínica.

**Resultados:** Ha aumentado la actividad no presencial un 89%. Han disminuido los ingresos hospitalarios no programados de residencia un 17%. Se han reducido las urgencias un 8%. Se han reducido los desplazamientos evitables 8%. Se ha coordinado la continuidad de cuidados (62% del total de altas que requieren continuidad de cuidados proviene de residencia).

**Conclusiones:** El diseño de unidades de coordinación entre los distintos equipos responsables del paciente y el desarrollo de herramientas informáticas específicas, mejora la atención de los pacientes institucionalizados, reduce las visitas a urgencias y fomenta la racionalización de recursos.

### OC-055. INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE INCAPACIDAD FUNCIONAL EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

J. Jerez-Roig, L.M. de Brito Macedo Ferreira, J.R. Torres de Araújo y K. Costa Lima

Universidad Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

**Objetivos:** Verificar la incidencia de incapacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y sus factores predictores en ancianos institucionalizados.

**Métodos:** Estudio longitudinal de 18 meses (4 olas cada 6 meses) en 10 de las 14 residencias geriátricas de Natal (Brasil). Se incluyeron todos los residentes de 60 años o más y fueron excluidos aquellos en fase terminal o con incapacidad total para todas las ABVD. Se evaluó la capacidad para bañarse, vestirse, higiene personal, ir al baño, locomoción, transferencia y comer, considerando declinio cuando hubo reducción en la puntuación de al menos un ítem. Se recogieron infor-

maciones sociodemográficas, relacionadas a la institución, a las condiciones de salud (medicación, enfermedades crónicas, hábitos tóxicos, actividad física, ocupación durante el tiempo libre, movilidad, capacidad cognitiva y continencia) y variables dependientes del tiempo (incidencia de caídas, fracturas, depresión, hospitalización, declinio de la continencia, declinio cognitivo y aumento del número de medicamentos). Se empleó el método actuarial para el análisis descriptivo, el test *log-rank* para el bivariado y la regresión de Cox para el multivariado. Se solicitó el consentimiento informado y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, con número de aprobación 308/2012.

**Resultados:** Se excluyeron 64 (18,3%) individuos con incapacidad total, 1 (0,3%) en fase terminal y 1 (0,3%) menor de 60 años. De los 280 sujetos incluidos, hubo 43 (15,3%) óbitos, 16 (5,7%) trasladados y 124, 44,3% (IC95%: 38,6-50,1%), sufrieron declinio funcional. La probabilidad acumulada de manutención de la capacidad funcional fue de 78,15%, 64,05% y 50,80% a los 6, 12 y 18 meses, respectivamente. El modelo multivariado muestra que los factores predictores fueron el declinio de la continencia (HR: 1,80,  $p = 0,007$ ), incidencia de hospitalización (HR: 1,74,  $p = 0,013$ ) e incapacidad cognitiva severa (HR: 1,64,  $p = 0,025$ ).

**Conclusiones:** La incidencia de declinio funcional en ancianos institucionalizados de Natal es de aproximadamente el 44% y la probabilidad de mantener la capacidad funcional el 50% a los 18 meses. Los factores pronósticos son la pérdida de la continencia y ser hospitalizado durante el período, así como la incapacidad cognitiva inicial.

### OC-056. EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN UNA COHORTE DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

J. Jerez Roig, L.M.D.B. Macedo Ferreira, J.R. Torres de Araújo y K. Costa Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

**Objetivos:** Analizar la evolución de la capacidad funcional para cada actividad básica de la vida diaria (ABVD) en ancianos institucionalizados.

**Métodos:** Estudio longitudinal de 18 meses (4 olas cada 6 meses) en 10 de las 14 residencias geriátricas de Natal (Brasil). Se incluyeron todos los residentes de 60 años o más y fueron excluidos aquellos en fase terminal o con incapacidad total para todas las ABVD (baño, vestirse, higiene personal, ir al baño, locomoción, transferencia y comer). Cada una de esas ABVD fue puntuada según una escala de Likert de 5 puntos, donde 0 significó incapaz de realizar la tarea y 4 máxima independencia funcional, con base a la información proporcionada por los cuidadores principales.

**Resultados:** Se excluyeron 64 (18,3%) individuos con incapacidad total, 1 (0,3%) en fase terminal y 1 (0,3%) menor de 60 años. Por tanto, la cohorte estuvo formada por 280 personas. La ABVD inicialmente más limitada fue el baño, seguido de vestirse e higiene personal. La capacidad de alimentarse fue la menos afectada, aunque aquella que presentó mayor declinio durante el período (-0,54 puntos), seguido de la locomoción (-0,35), transferencia (-0,25) y vestirse (-0,20). Las actividades con menor declinio fueron la higiene personal (-0,15), baño (-0,18) e ir al baño (-0,18). En el subgrupo de ancianos inicialmente semidependientes, la alimentación también es la ABVD con mayor declinio, seguido de las tareas relacionadas con la movilidad (transferencias, locomoción e ir al baño), mientras que en los inicialmente independientes se observa mayor pérdida funcional para el baño y más preservación de la capacidad de alimentación.

**Conclusiones:** La capacidad de alimentarse, considerada de pérdida tardía, fue la que sufrió mayor empeoramiento, seguida de las ABVD relacionadas con la movilidad, mientras el menor declinio se observó en las tareas de autocuidado como bañarse e higiene personal, de pérdida precoz, que inicialmente estaban más afectadas. Estos resul-

tados corroboran la teoría de la pérdida jerárquica de las ABVD y resaltan la importancia de las medidas de prevención y rehabilitación específicas según el estado funcional del anciano.

#### **OC-057. SEGÚN LA ESCALA PAT: ¿QUÉ RIESGO TIENEN NUESTROS ANCIANOS DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR HUMEDAD?**

J. García Meana<sup>1</sup>, A. Montoya<sup>2</sup>, J. Hernández<sup>2</sup>, B. Cámara<sup>1</sup>, B. Romero<sup>1</sup>, M. Pajares<sup>1</sup> y B. Ponce<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. <sup>2</sup>Residencia Geriátrica Olías del Rey, Toledo.

**Introducción:** Las lesiones en el sacro son muy a menudo clasificadas y tratadas como úlceras por presión (UPP). Sin embargo, no todas las lesiones en la zona sacra o glútea lo son. La incontinencia urinaria y/o fecal se ha asociado tradicionalmente a la aparición de UPP y han sido dos factores de riesgo incluidos en más del 95% de las escalas para valoración del riesgo de desarrollarlas. La incontinencia fecal y/o urinaria incrementan la humedad en la piel, pero está establecido que la incontinencia fecal actúa como un mayor factor de riesgo 22 veces superior para la lesión dérmica en mayor proporción que la incontinencia urinaria. Los pacientes con más riesgo de desarrollar úlceras por humedad (UPH) son aquellos con: edad avanzada, incontinencia fecal, fricción y cizallamiento durante la movilización, deterioro cognitivo, diarrea y pobre calidad de vida. Para poder prevenir y planificar unos cuidados enfermeros efectivos, debemos conocer primero qué riesgo se presenta.

**Objetivos:** Establecer el grado de riesgo de padecer UPH, según la escala PAT, en ancianos institucionalizados que presenten incontinencia urinaria, fecal o ambas.

**Métodos:** Estudio observacional transversal y descriptivo. Se realizó una revisión de 104 personas mayores de 75 años institucionalizadas que tuvieran incontinencia urinaria, fecal o ambas; de las cuales 69 (66,34%) presentaban algún tipo de incontinencia. Posteriormente se les aplicó la escala PAT, estableciendo así el riesgo que tenían de padecer UPH.

**Resultados:** De las 69 personas mayores de 75 años, 29 de ellos (42%) presentaban incontinencia urinaria exclusivamente; y 40 incontinencia doble (58%). Posteriormente, según la escala PAT: de los que presentan incontinencia urinaria, 24 de ellos (82%) presentan bajo riesgo de aparición de úlceras por humedad; y 5 de ellos alto riesgo (18%). De los que presentan incontinencia doble, 25 de ellos presentaban bajo riesgo (62,5%); y 15 de ellos (37,5%) alto riesgo.

**Conclusiones:** Es conveniente realizar una valoración del riesgo de aparición de UPH, mediante la aplicación de la escala PAT, posteriormente a la realizada por úlceras por presión cuando detectemos factores de riesgo específicos; para así poder planificar unos cuidados enfermeros efectivos evitando la aparición de este tipo de lesiones.

#### **OC-058. GANANCIA FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

M.D.P. Bao Alonso y S. Ariño Blasco

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

**Objetivos:** Evaluar el porcentaje de ganancia funcional en pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia (UME) de la Fundación Privada Hospital Asilo de Granollers (FPHAG). Comparar los resultados de ganancia funcional según grupos diagnósticos, grupos etarios y estado cognitivo.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo y comparativo. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años, ingresados en la UME del FPHAG entre enero de 2009 y diciembre de 2014, con valoración RUG al ingreso y al alta. A través del Conjunto Mínimo de Base de Datos, y variables del Sistema de Clasificación RUG III, se incluyen edad, estado cognitivo y diagnóstico principal y variables relacionadas con el funcionamiento físico (considerando la capacidad de realización de

nueve ítems del RUG III), para calcular la ganancia funcional. Se ha dividido la variable edad por grupos etarios. Se ha analizado el estado cognitivo, según la Escala de Rendimiento Cognitivo y se ha agrupado en: sin deterioro, deterioro moderado y deterioro severo. Se ha dividido la muestra en 4 grupos diagnósticos: Fractura de cadera, AVC isquémico, AVC hemorrágico y Otras patologías. Se ha relacionado la ganancia funcional según estas diferencias, a través del chi cuadrado.

**Resultados:** Se incluyeron 2.279 pacientes. 43% de pacientes en el grupo 75 a 84 años y 47,5% mayor o igual de 85 años. Sin deterioro cognitivo un 43% y 14,6% con deterioro cognitivo grave. El 13,7% de pacientes con fractura de cadera, 12,2% con AVC isquémico y 2,6% con AVC hemorrágico, el resto otras patologías. El 48,5% de pacientes ganaron funcionalidad durante el ingreso. Analizando por diagnósticos, el grupo de pacientes con fractura de cadera gana mayor funcionalidad (60%). Por grupos etarios, los pacientes entre 75 y 84 años ganan mayor funcionalidad, así como el grupo sin deterioro cognitivo (53,3%). Existe diferencia significativa al analizar la ganancia funcional con deterioro cognitivo y por grupos diagnósticos.

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes con ganancia funcional es de 48,5%, similar a la ganancia funcional descrita en la literatura. Se observa mayor ganancia funcional en pacientes con fracturas de cadera, con edad entre 75 y 84 años y sin deterioro cognitivo.

#### **OC-059. PATOLOGÍA ORAL EN ANCIANOS POLIMEDICADOS INSTITUCIONALIZADOS. LESIONES EN LA MUCOSA ORAL**

M. López Jiménez<sup>1</sup>, G. Bejarano Ávila<sup>1</sup>, E. Reyes Gilabert<sup>1</sup>, M.D.C. Sánchez García<sup>2</sup>, C. López Muñoz<sup>1</sup>, R. Fernández Robles<sup>1</sup> y N. Ibáñez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Cantillana. <sup>2</sup>Distrito Sevilla Sur, Alcalá de Guadaira.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de lesiones en la mucosa oral (LMO) y otras patologías orales en los pacientes ancianos polimedidos institucionalizados. Comparar la prevalencia de estos desórdenes orales en polimedidos con fármacos de alto riesgo de patología oral versus polimedidos sin éstos. Determinar asociación entre factores psicológicos, nutricionales o higiénicos con la patología oral. Definir las necesidades de tratamiento oral y comparar la calidad de vida de los polimedidos con y sin LMO.

**Métodos:** Diseño: estudio descriptivo estratificado por edad, sexo y dependiente/independiente. Ámbito: pacientes institucionalizados en una residencia de Cantillana. Sujetos del estudio: 78 usuarios de la residencia. Inclusión: pacientes polimedidos que firmen el consentimiento informado Exclusión: Alteración mental que impida entender las preguntas; tratamiento quimioradioterápico. Muestra: 78 personas de ambos sexos de 65 A 90 años. Proporción de LMO del 53%, intervalo de confianza del 95%, error beta 5%, necesitamos una muestra de 65 pacientes. Análisis estadístico: Estudio descriptivo de las variables. Estudio inferencial, para variables cualitativas chi cuadrado/Fisher y cuantitativas t de Student/U de Mann-Whitney. Significación estadística cuando  $p < 0,05$ . IC al 95%. Variables: dependientes: caries, periodontitis, dientes ausentes, LMO, otras patologías orales, xerostomía, hiposalivación, encuesta calidad de vida oral. Independientes: sexo, edad, población, tabaco, alcohol, índice de masa corporal, pluripatología, comorbilidad, polimedición, depresión, ansiedad, discapacidad, dependencia, índice cariogénico de la dieta, higiene oral declarada y objetiva, higiene de la prótesis removible objetiva, estado de la prótesis. Limitaciones del estudio: no existe comparabilidad en la literatura, así que tomaremos una muestra de la población general con el mismo rango de edad, sexo y grado de dependencia.

**Resultados:** Esperados: que los polimedidos institucionalizados tengan peor salud oral frente a polimedidos de la población general y los no-polimedidos institucionalizados.

**Conclusiones:** Esperadas y aplicabilidad de los resultados: comprobada la alta prevalencia de las LMO y la patología oral, es necesario implementar un programa de educación dental específico a cuidadores, junto a intervenciones sencillas para mejorar el estado de salud oral del paciente institucionalizado.

Aspectos ético-legales: el protocolo será aprobado por el comité ético de investigación del Hospital Virgen Macarena. Cada paciente firmará el CI tras haber sido informado.

#### OC-060. ANÁLISIS DE UN BROTE DE *KLEBSIELLA PNEUMONIAE BLEE* EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

H. Alfaro Riveros, M.D.C. Igón Sosa, M. Marfil de la Osa, E. Redón Ruiz, J.M. Tricas Leris y J. Solà Genovés  
Fundació Privada Hospital de Mollet, Mollet del Vallès.

**Objetivos:** Identificar los factores que se relacionan con la colonización e infección por *Klebsiella pneumoniae BLEE*, en el ámbito socio-sanitario.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional de una cohorte de pacientes implicados en un brote de *Klebsiella pneumoniae BLEE*, en una unidad de convalecencia. Período: noviembre 2014 a mayo del 2015. Variables analizadas: edad, sexo, uso de antibiótico previo, colonización, infección, tipo de cepa, Barthel previo, Barthel ingreso, MMSE abreviado, Charlson, Braden, HARP, síndromes geriátricos, comorbilidades asociadas, factores externos (oxigenoterapia, catéter urinario, catéter venoso), mortalidad. Se han distribuido en dos grupos: (1) colonizados y (2) colonizados e infectados.

**Resultados:** Se detectaron 61 casos entre colonizados e infectados, 38 mujeres (62%) y 23 hombres (38%) con una mediana de edad de 84 años. Un 90% recibió antibiótico previamente, de los cuales 89% se colonizaron y un 21% desarrolló la infección. Cepa: BLEE 62%; Barthel previo: dependencia total-grave: 52%, moderada 36%; Barthel ingreso: dependencia total-severa: 98%; MMSE abreviado: anormal 67%; Charlson: 0 = 3%, 1 - 2 = 30%, 3 - 4 = 38%, ≥ 5 = 30%; Braden: < 13 = 38%, 13 - 14 = 31%, > 14 = 31%; HARP: 0 - 1 = 10%, 2 - 3 = 20%, 4 - 5 = 41%. Incontinencia urinaria, 89%; incontinencia fecal, 44%; inmovilidad, 70%; demencia 60%; delirio 50%; desnutrición 64%; polifarmacia 98%; insuficiencia cardíaca 71%; insuficiencia renal 43%; DM 41%; UPP 21%; herida quirúrgica 33%; oxígeno 71%; catéter urinario 23%; catéter venoso 79%. Mortalidad: 23%. Las diferencias más significativas entre el grupo 1 y el grupo 2 son: exitus 21% vs 33%, Charlson: ≥ 5 = 21% vs 50%; oxigenoterapia 64% vs 83%; catéter urinario, 19% vs 42%; catéter venoso, 76% vs 92%.

**Conclusiones:** El factor que se correlaciona directamente con la colonización y la infección es el uso previo de antibioticoterapia. La comorbilidad, el deterioro cognitivo, la dependencia funcional severa al ingreso, la incontinencia y la presencia de catéteres urinarios o venosos están relacionadas directamente. La infección por *Klebsiella pneumoniae BLEE* parece correlacionarse con un incremento de la mortalidad. Por tanto, es imprescindible seguir una política de antibióticos estricta y extremar las precauciones universales para este tipo de pacientes en el ámbito sociosanitario.

#### OC-061. RECUPERANDO LA AUTONOMÍA EN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

C.M. Bibián Getino, M.P. Arbona, M.D. Domingo, I. Ferrando y M.I. Sancho  
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

**Objetivos:** 1. Determinar las características de los pacientes incluidos en el servicio de Hospital de Día Geriátrico (HDG). 2. Valoración de las actividades básicas de vida diaria (ABVD) según Índice de Barthel (I.B.) al ingreso y al alta de HDG. 3. Determinar la utilidad de la terapia ocupacional y cinesiterapia en el recurso de HDG.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo. Inclusión de pacientes incluidos en el programa de recuperación funcional de HDG en el periodo de enero a septiembre de 2015. Recogida de datos sociodemográficos, comorbilidad (I. Charlson). Valoración de ABVD según I. Barthel al ingreso y al alta del programa de recuperación funcional. Determinar número de sesiones de terapia ocupacional y cinesiterapia, así como la adaptabilidad de los pacientes a dicho programa.

**Resultados:** 103 pacientes. Paciente tipo octogenario, mujer con comorbilidad, con adecuado nivel cognitivo y polifarmacia asociada. Sólo el 15,5% son derivados de consultas externas. Motivo de inclusión más frecuente traumatología (39,8%), enfermedad médica (33%) y neurológico-acv (24,3%). Realizan terapia ocupacional el 94,9% con media de sesiones de 15,95. El 71% realizan cinesiterapia con una media de 8,59 sesiones. Según I.B. se evidencia mejoría en todas las ABVD, alcanzando la independencia en alimentación en el 83%, vestido en el 39,4% y aseo personal en el 85,9%. Sin embargo, persiste alta dependencia en el baño (86%). El 54,5% son independientes al alta al ir al WC, logrando continencia fecal en el 87,9% de los casos y continencia miccional en el 66,7%. En cuanto a movilidad, observamos que un 47,5% son independientes para la deambulación, necesitando la mayoría (48,5%) ayuda para transferencias y únicamente el 1,2% es capaz de subir y bajar escaleras.

**Conclusiones:** Los pacientes incluidos en HDG son de edad avanzada, con comorbilidad, polifarmacia y gran deterioro funcional. Casi la totalidad realiza sesiones de terapia ocupacional y cinesiterapia, que se relaciona con una mejoría en todas las ABVD, consiguiendo una dependencia leve en la mayoría de los casos. Buena adaptabilidad de los pacientes. El HDG es un nivel asistencial muy eficiente, pero poco conocido de forma extrahospitalaria.

#### OC-062. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL DEL PACIENTE DE HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO EN LA ÚLTIMA DÉCADA?

I. Ferrando Lacarte, M.M. González Eizaguirre, M.C. Deza Pérez, C.M. Bibián Getino y M.D. Domingo Sánchez  
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

**Objetivos:** 1. Conocer el perfil de paciente derivado a consulta de alta resolución (CAR). 2. Comprobar si se ha modificado el perfil en los últimos 10 años.

**Métodos:** Estudio descriptivo pacientes valorados en CAR en años 2005 y 2015. Parámetros: nº pacientes, edad, sexo, procedencia, motivo consulta, comorbilidad, fármacos, v. funcional (Barthel, Tinetti), cognitiva (Pfeiffer), adecuación derivación, demora consulta, destino tras valoración. Indicadores.

**Resultados:** 2005: 201 pacientes, mujeres 59,7%, edad media 80,7 años. Procedencia: EAP (46,3%), CCEE geriatría (11,4%), y hosp. Geriatría (6%). Motivos: fractura cadera (33,3%), det. funcional (17,4%), ACV 10,9%, otras fracturas 7,5%, post-ingreso 6,5%, caída (5%). Comorbilidad media 4,27. Media fármacos previos 5,67, posterior 5,76. Funcional: Mediana Barthel 50. Media Tinetti 2,27. Pfeiffer 2,3. Demora primera consulta 5,1 días. El 63,7% adecuados HDG. Indicadores: pacientes nuevos 126, estancias totales 2.707, % ocupación 90,23, asistencia media total/pacientes 21,48, IPNC 0,47. 2015: 271 pacientes, mujeres 65,3%, edad media 82,16 años. Procedencia: EAP 27,9%, CCEE Geriatría 11,9%, hosp. Geriatría 11,5%, ortogeriatría 10,4%. Motivo: fractura cadera 28,9%, det. funcional 22,2%, ACV 16,7%, post-ingreso 11,5%, postcaída 3,3%. Comorbilidad media 6,86. Media fármacos previos 8,55, tras consulta 8,58. Funcional: Mediana Barthel 50. Media Tinetti 2,24. Media Pfeiffer 2,47. Demora primera consulta: 9,82 días. 79,3% candidatos HDG. Indicadores: pacientes nuevos 209, estancias totales 3.998, % ocupación 84,1, asistencia media total/pacientes 19, IPNC 0,52.

**Conclusiones:** En 2015 mayor número de pacientes valorados, edad media superior, y procedencia hospitalaria. Mismos motivos de consulta con aumento fractura cadera, mayor comorbilidad, polifarma-

cia, dependencia y mejor adecuación a HDG por su mayor deterioro funcional y adecuado nivel cognitivo. Existe en los últimos años un aumento de edad de los usuarios de HDG con mayor comorbilidad, polifarmacia y procedencia hospitalaria. Esto refuerza el objetivo de los HDG de evitar estancias hospitalarias prolongadas en este tipo de pacientes y la supervisión de los mismos para evitar reingresos. Los pacientes crónicos se beneficiarían de una mayor cobertura de HDG.

## OC8: Ortogeriatría. Caídas

### OC-063. FRACTURAS DE PELVIS POR FRAGILIDAD. ESTUDIO DE 271 CASOS CONSECUITIVOS VALORADOS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

D. Moral, I. Rodríguez-Sánchez, R. Menéndez-Colino, T. Alarcón, J.I. González-Montalvo, J. Díez y P. Gótor  
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Introducción:** La fractura de pelvis (FP) es un tipo de fractura por fragilidad de incidencia creciente en la población anciana que genera un deterioro en la situación funcional del paciente y puede ser un campo de actuación de la Geriatría.

**Objetivos:** Estudiar las características de los pacientes con FP consultados a un servicio de Geriatría, conocer la repercusión funcional y las necesidades de ubicación al alta tras esta fractura.

**Métodos:** Se revisaron de forma retrospectiva los registros de todos los pacientes ingresados con el diagnóstico principal de FP que se consultaron al servicio de Geriatría y fueron valorados por éste en un hospital terciario en un periodo de 20 años (1995 a 2015). Se recogieron los datos demográficos, las variables de la valoración geriátrica, la estancia hospitalaria y la derivación al alta.

**Resultados:** Fueron valorados 271 pacientes, de 81,1 ( $\pm 7$ ) años de edad media, 81,2% mujeres. El 17% procedían de residencias. La situación previa y al ingreso fue, respectivamente, en el Índice de Barthel 78,4  $\pm$  23,2 y 24,56  $\pm$  21,833, en la Escala Funcional de la Cruz Roja 1,7  $\pm$  1,2 y 4,5  $\pm$  0,8, en la Escala Mental de la Cruz Roja 1  $\pm$  1,2 y 1,04  $\pm$  0,62. La consulta a Geriatría se realizó tras 3,5  $\pm$  1,8 días de ingreso y el seguimiento por el especialista se mantuvo durante 11,1  $\pm$  9 días. Precisaron el seguimiento por el geriatra hasta el alta 214 (79%). Fallecieron en el hospital 5 (1,8%). De los pacientes procedentes de la comunidad, 52 (19,2%) precisaron de la derivación a una Unidad de Recuperación Funcional y 7 (3,1%) a unidades de tratamiento continuado.

**Conclusiones:** Las características de los pacientes con FP les presentan como pacientes de edad avanzada, mayoritariamente mujeres y que sufren un deterioro funcional grave como consecuencia del episodio; todo ello les define como pacientes geriátricos que se benefician de la consulta y el seguimiento por un servicio de Geriatría. En uno de cada cuatro procedentes de domicilio está indicada la continuidad asistencial de Geriatría, principalmente en una Unidad de Recuperación Funcional.

### OC-064. ¿CUÁNDO OPERAR AL PACIENTE MAYOR CON FRACTURA DE CADERA?

L. García-Cabrera, N. Vaquero Pinto, C. Miret Corchado, S. Fernández-Villaseca, B. Montero Errasquin, M.L. Álvarez Nebreda y A.J. Cruz-Jentoft  
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos:** Determinar las diferencias clínicas, evolutivas y de mortalidad durante el ingreso entre los pacientes  $\geq 80$  años intervenidos de fractura de cadera de forma precoz y tardía ( $< o > 48$  horas) en una Unidad de Ortogeriatría en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes  $\geq 80$  años intervenidos de fractura de cadera durante 15 meses (julio 2014-septiembre 2015). Se recogieron datos sociodemográficos, situación basal, comorbilidad, tipo de fractura, cirugía, tiempo hasta la cirugía, estancia media, parámetros analíticos, complicaciones médicas y quirúrgicas y mortalidad durante el ingreso. Se dividió la muestra en dos grupos, según el tiempo de espera quirúrgico ( $< 48$  horas y  $> 48$  horas) y se compararon las variables principales, determinando si había diferencias entre ambos grupos.

**Resultados:** 468 fracturas de cadera intervenidas, 78,6% mujeres, edad media  $87 \pm 5$  años. Basalmente: Barthel  $75 \pm 25$ , FAC  $4 \pm 1$ , 33% con demencia, 22% institucionalizados, nº medio de fármacos  $6 \pm 3$ , MNA  $10 \pm 23$  y nº medio de patologías concomitantes relevantes  $3 \pm 2$  (sobre 14 puntos). 58% fracturas per/subtrocanterreas. 33% intervenidos en las primeras 48 horas, media de espera quirúrgica  $4 \pm 3$  días. Estancia media  $14 \pm 7$ . Mortalidad durante el ingreso 4%. Al comparar los grupos según el tiempo hasta la intervención, presentaron más complicaciones médicas aquellos intervenidos más tarde (80,9% vs 70,1%,  $p = 0,009$ ), destacando: delirium (47,1% vs 39,6%), infección respiratoria (15,6% vs 11,7%), fracaso renal (15,6% vs 12,3%) y de forma significativa infección urinaria (30,3% vs 20,8%,  $p = 0,03$ ) y úlceras por presión (14% vs 6,5%,  $p = 0,017$ ). Los pacientes intervenidos de forma tardía presentaban mayor nº de comorbilidades ( $3 \pm 2$ ,  $p = 0,002$ ). También se morían más y su estancia hospitalaria era mayor pero no de forma significativa (4,8% vs 2,6%,  $p = 0,26$  y 15,5 vs 11,5 días,  $p = 0,34$ , respectivamente). No hubo diferencias entre grupos en la situación funcional al alta y número de descargas.

**Conclusiones:** En nuestra población, los pacientes que son operados de forma tardía tienen más patologías concomitantes y presentan más complicaciones médicas durante el ingreso, en concreto infección urinaria y úlceras por presión. Además, tienen mayor mortalidad intrahospitalaria y estancia media, aunque no de forma significativa.

### OC-065. REGISTRO ANUAL DE LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

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

**Objetivos:** Analizar todos los pacientes que ingresan en el Hospital General de Segovia (HGSC) mayores de 75 años afectos de fractura de cadera.

**Métodos:** Se han estudiado todos los pacientes ingresados durante el año 2015 en el Servicio de Traumatología del HGSC, a través de una hoja de recogida de datos realizada por el grupo de Ortogeriatría de Castilla y León.

**Resultados:** Se recogieron un total de 206 pacientes, con una edad media de  $87,1 \pm 5,5$  años, siendo el 75% mujeres. El Barthel medio al ingreso era de  $71 \pm 28$  y al alta de  $38 \pm 22$ . El 64,6% vivían en domicilio, el resto en residencia. La fractura más frecuente era la pertrocanterea (63,5%). Presentaban el 92% comorbilidad, siendo la más frecuente la patología cardiaca, estando el 30% antiagregados y el 13,7% anticoagulados. Se operaron el 88% de los pacientes, con una ASA medio de  $2,9 \pm 0,6$ , un tiempo de demora quirúrgica de  $5,2 \pm 3,1$  días y una estancia hospitalaria total de  $12,8 \pm 5,8$  días. Tuvieron complicaciones médicas el 66%. La principal causa de demora quirúrgica fue la falta de quirófano disponible. La mortalidad intrahospitalaria fue de 2,4%. La demora quirúrgica se relacionó estadísticamente con las complicaciones médicas ( $p < 0,01$ ), con peor estado funcional al alta ( $p < 0,05$ ), una mayor estancia global ( $p < 0,001$ ), sin encontrar relación con la toma previa de anticoagulantes/antiagregantes, comorbilidad ni mortalidad. La estancia hospitalaria global superior a 10 días se relacionó estadísticamente con las complicaciones médicas ( $p < 0,05\%$ ), la demora quirúrgica ( $p < 0,001$ ), las transfusiones

sanguíneas ( $p < 0,05\%$ ), los pacientes que apoyaban ( $p < 0,05\%$ ) y con aquellos dados de alta a las Unidades de Convalecencia Socio-Sanitarias (UCSS) (12 días vs 20,4 días,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con fractura de cadera en El HGSE son actualmente más añosos, con un ASA elevado, una estancia prequirúrgica ligeramente superior al resto de provincias de la comunidad, con una mortalidad intrahospitalaria inferior, viéndose incrementada su estancia global hospitalaria por el retraso en la concesión de las UCSS. Es fundamental realizar registros de este tipo de patología que nos permitan compararnos entre nosotros para mejorar la calidad asistencial.

#### OC-066. EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA PROCEDENTES DE RESIDENCIAS FRENTES A LOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. COHORTE FONDA

P.P. Ríos Germán<sup>1</sup>, R. Ramírez<sup>1</sup>, J.I. González-Montalvo<sup>1</sup>, T. Alarcón<sup>1</sup>, R. Menéndez-Colino<sup>1</sup>, R. Queipo<sup>2</sup> y A. Otero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Estudiar el impacto de la fractura de cadera (FC) y las diferencias en la evolución intrahospitalaria de los pacientes con FC procedentes de residencias y compararlos con las de los procedentes de su propio domicilio.

**Métodos:** Se incluyeron todos los casos de pacientes ingresados de forma consecutiva con el diagnóstico de FC en la Unidad de Ortopedia de un hospital terciario entre el 25 de enero de 2013 hasta el 28 de febrero de 2014 (cohorte FONDA). Se recogieron las variables relativas al tipo de fractura, a los cambios en su situación funcional, la frecuencia de cirugía y de tratamiento rehabilitador, intensidad del dolor, mortalidad y estancia intrahospitalarias.

**Resultados:** Se estudiaron 509 pacientes, de los que 116 (22,8%) procedían de residencia. Comparado el grupo de residencias frente al procedente de su domicilio, respectivamente: 1) No hubo diferencias en el tipo de fractura (intracapsular 40,5% vs 42,5%,  $p = 0,705$ ). 2) Las tasas de cirugía fueron altas en ambos grupos, pero ligeramente inferiores en los procedentes de residencia (93,1% vs 97,5%,  $p = 0,026$ ). 3) Realizaron tratamiento rehabilitador durante el ingreso (90,5% vs 93,6%,  $p = 0,249$ ). 4) El impacto funcional fue mayor en los pacientes de residencias (pérdida en el Índice de Barthel basal respecto al alta del  $60,1\% \pm 25,7$  vs  $54,6\% \pm 18,6$ ,  $p = 0,012$ ). 5) La frecuencia del dolor moderado o severo al alta fue mayor (Escala Descriptiva Verbal  $\geq 2/5$  de 64,7% vs 45,6%,  $p = 0,001$ ). 6) La estancia hospitalaria fue menor  $9,2 \pm 4,1$  vs  $10,4 \pm 5,2$ ,  $p < 0,05$ , 7) No hubo diferencias en la mortalidad intrahospitalaria (3,4% vs 4,3%,  $p = 0,796$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con FC procedentes de residencia sufren un mayor impacto funcional tras la misma con respecto a los procedentes de su domicilio, son intervenidos con una frecuencia ligeramente menor, presentan mayor intensidad de dolor al alta. Sus estancias hospitalarias son más cortas. No hubo diferencias en la frecuencia de tratamiento rehabilitador, ni en la mortalidad intrahospitalarias.

#### OC-067. ¿INFLUYE EL TIPO DE FRACTURA DE CADERA EN LA MORBIMORTALIDAD DE NUESTROS PACIENTES?

M.I. Porras Guerra, M.L. Suárez, M.A. Urbón, M.N. Gómez y C.E. Benítez

Complejo Asistencial de León, León.

**Introducción:** Las fracturas de cadera, mucho más frecuentes en población mayor, presentan elevada morbimortalidad que incrementa considerablemente los gastos sanitarios.

**Objetivos:** Determinar la morbimortalidad intrahospitalaria, asociada al tipo de fractura, que presentaron los pacientes mayores que ingresaron por esta causa.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, a partir de las historias clínicas de pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro hospital durante 2014 con fractura de cadera. Variables: sexo, edad, tipo de fractura, tratamiento, estancia media, toma de fármacos y complicaciones. Tratamiento estadístico: SPSS 15.0.

**Resultados:** n = 559. Mujeres: 73,5%. Varones: 26,5%. Edad media:  $87,5 \pm 5,4$  años. Estancia media 11,4 días. Tipos de fractura: Cuello: 42,4%. Pertrocantérea: 26,3%. Subtrocantérea: 31,3%. Sin diferencias por sexo. 91,8%: tratamiento quirúrgico. Complicaciones en 9,3% de los pacientes, la más frecuente, el exitus (80,8%), seguida de infección de herida quirúrgica y luxación. Muere 7,5% de la muestra, 15,6% de varones, 4,6% de mujeres. Edad media exitus: 88,3 años. Segundo tipo de fractura: mayor mortalidad en pertrocantérea y en varones. Estancia media exitus según fractura: 10,2 días capitales, 7,1 pertrocantéreas, 20,4 días subcapitales. Exitus antes de las 48 horas del ingreso, 26,2% de la muestra, más frecuente en fracturas capitales. El 7,1% de los pacientes, fallece antes de las primeras 24h del ingreso, todos varones y fracturas capitales. Mayor mortalidad global en pertrocantérea y menor estancia media. Con fractura y antecedentes de demencia fallecen el 9,1% de los pacientes, sin diferencia entre sexos, 75% cuello y 25% pertrocantérea. La edad de los varones que fallecen con demencia y fractura de cadera elevada (92) respecto a las mujeres (83). Con tratamiento conservador, 50% fallecen, 56,5% varones, resto mujeres. 47,8% con fractura de cuello, 43,5% pertrocantérea y 8,7% subtrocantérea. Media edad de estos pacientes, 88,5 años, sin diferencias por sexo.

**Conclusiones:** Exitus: principal complicación intrahospitalaria, seguida de infección herida quirúrgica y luxación. Fracturas de cuello, las más frecuentes y mayor mortalidad precoz (60%). Pertrocantéreas, mayor mortalidad global y menor estancia media. Menor mortalidad subtrocantéreas pero mayor estancia media. Resto de complicaciones, más frecuentes en fractura de cuello salvo, fractura periprotésica e inmovilización, más frecuentes en pertrocantérea.

#### OC-068. FACTORES PRONÓSTICOS DE ALTA A DOMICILIO DE LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DESPUÉS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD ÓSEA DE LOS PACIENTES QUE PREVIAMENTE VIVÍAN EN DOMICILIO

A. Gamboa Arango, E. Duaso, J. Castella, M. Sandiumenge y P. Marimon

Consorci Sanitari de L'Anoia, Igualada.

**Objetivos:** Describir los factores pronósticos (relacionados y predictores) que permitirán el retorno a domicilio (RD), después del alta de la unidad geriátrica de agudos (UGA), tras intervención quirúrgica de fractura de cadera por fragilidad ósea (FCFO), de aquellos pacientes que vivían en domicilio previamente (DP).

**Métodos:** Estudio prospectivo de análisis de datos bivariante para los factores pronósticos relacionados y análisis de datos multivariante para los factores pronósticos predictores, en el que se han recogido datos de una muestra de los pacientes ingresado en la UGA DP con diagnóstico de FCFO y que al alta RD. Se han analizado las variables demográficas, Índice Barthel (IB), localización fractura, capacidad de la marcha (FAC), estado cognitivo previo, localización de las fracturas, entre otras. Para el estudio estadístico se ha utilizado el SPSS modelo 19.0.0.

**Resultados:** Del 01 de junio de 2010 hasta el 31 de mayo de 2013 hemos atendido 273 pacientes con diagnóstico de FCFO, que vivían en DP. De los cuales han RD 130 (47,6%), no RD 143 (52,3%). Edad media RD  $85,08 (\pm 6,584)$ , no RD  $84,56 (\pm 6,231)$ . En el análisis bivariante (factores relacionados RD) IB al alta para los que ha RD  $39,15 (\pm 16,614)$  y no RD  $26,79 (\pm 16,589)$  ( $p < 0,001$ ). FAC previo al ingreso para los pacientes que ha RD  $4,58 (\pm 0,801)$  y no RD  $4,44 (\pm 0,988)$ . FAC al alta para los que ha RD  $2,39 (\pm 1,441)$  y no RD  $1,56 (\pm 1,660)$  ( $p$

< 0,001). Localización intracapsular de la fractura que ha RD 52 (58,4%), localización extracapsular para los que no ha RD 106 (57,6%) ( $p = 0,013$ ). Estancia media RD 6,78 ( $\pm 1,961$ ) y no RD 5,87 ( $\pm 3,054$ ) ( $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante (factores predictores RD) Descenso GDS 1,417 (1,175-1,708) ( $p < 0,001$ ) Incremento IB alta UGA 1,074 (1,050-1,098) ( $p < 0,001$ ). Mayor días ingreso 1,138 (1,021-1,269) ( $p = 0,019$ ). Capacidad discriminatoria del modelo AUC ( $\pm \text{IC95\%}$ ): 0,758 (0,702-0,815).

**Conclusiones:** Mayor IB, FAC, días de estancia hospitalaria al alta se relaciona con un RD, así como la fractura intracapsular. Mayor de estancia hospitalaria, menor GDS y mayor IB al alta de la UGA son factores predictivos en un modelo para un RD con un 75% de certeza (IC: 95%).

#### OC-069. POSTUROGRAFÍA Y SÍNDROME DE TEMOR A CAERSE:

##### ESTUDIO FISTAC

I. Huedo Rodenas, M. López Utiel, A. Noguerón García, M. León Ortiz, E. López Jiménez, M. Esbrí Víctor y P. Abizanda Soler  
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

**Objetivos:** Analizar la asociación entre las diferentes pruebas de la posturografía y el síndrome de temor a caerse (STAC).

**Métodos:** Análisis descriptivo de 183 participantes con caídas previas en el estudio FISTAC. En 182 se realizó posturografía, incluyendo tests de equilibrio, límites de estabilidad (LE), cambio rítmico del peso, acuclillamiento, levantarse de una silla, deambulación en tandem, paso con giro rápido y paso de obstáculo. Se determinó la presencia de STAC. La asociación entre las diferentes variables del posturógrafo y el STAC se determinó mediante chi cuadrado y t de Student cuando convino.

**Resultados:** Edad media 78,4 (DE 5,6). 147 mujeres (80,3%). 140 participantes presentaron STAC. Los pacientes con STAC presentaron con mayor frecuencia alteración del equilibrio con foam y ojos abiertos (76,6% vs 61,0%;  $p < 0,05$ ), pero no existieron diferencias en el resto de equilibrios. Igualmente, los pacientes con STAC presentaron con mayor frecuencia alteración en el punto de desequilibrio hacia delante combinado (84,5% vs 67,5%;  $p < 0,05$ ), alteración en el punto de máximo alcance hacia delante combinado (71,3% vs 52,5%;  $p < 0,05$ ), así como alteración en el punto de desequilibrio hacia cualquier dirección (93,1% vs 80,0%;  $p < 0,05$ ). No hubo diferencias en el resto de test explorados.

**Conclusiones:** El síndrome de temor a caerse se asocia con alteraciones posturográficas del equilibrio.

#### OC-070. FACTORES PREDICTIVOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN ORTOGERIÁTRICA

F. Uriz Otano<sup>1</sup>, L. Gil Guerrero<sup>1</sup>, B. del Olmo Huici<sup>1</sup>, M.A. Arizcuren Domeño<sup>2</sup> y V. Malafarina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Juan de Dios, Pamplona. <sup>2</sup>Residencia Landazábal, Burlada. <sup>3</sup>Clinica Los Manzanos, Lardero.

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

**Métodos:** Estudio de cohorte observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes > 65 años, con FC (marzo 2008-febrero 2013). Se recogieron variables demográficas, clínicas, la situación funcional (Barthel) y cognitiva (MMSE), la capacidad de la marcha (FAC). Se registró la nueva institucionalización tras el alta. Análisis estadístico SPSS21.

**Resultados:** 430 pacientes, 84,0 ± 7,4 años, 77% mujeres. Estancia (mediana 36, IQR 25-51) días. El 44,4% presentan alta comorbilidad. El 50% tienen algún grado de deterioro cognitivo (22,3% grave) y el 36% demencia. La polifarmacia es frecuente (mediana 9 fármacos). La

fractura pectocantárea es frecuente (63,7%). El 40% presenta 3 o más complicaciones: la anemia con necesidad de transfusión (47,9%), el delirium (45,1%) y las infecciones urinarias (30,5%). El 81,6% reciben tratamiento rehabilitador, recuperando un 53% la capacidad de la marcha. El 75% de los pacientes vuelven al alta a su entorno habitual. Los pacientes que son institucionalizados al alta (nº 45, 10,5%) son de mayor edad (86,4 ± 6,8 años, [p = 0,032]), vivían solos en su domicilio (20,6% viven solos vs el 8,1% viven con algún cuidador) ( $p < 0,05$ ), presentan estancia hospitalaria más larga (mediana 43 días, IQR 32-54) presentan mayor número de complicaciones (mediana 2, IQR 1,5-4), principalmente infecciones (44,4%) y retención de orina (28,8%) ( $p < 0,05$ ). Además muestran un mayor grado de deterioro cognitivo (MMSE 20, IQR, 11,5-26,5) y una peor situación funcional al alta (IB 30, IQR, 5-65) ( $p < 0,05$ ). Del estudio multivariante ajustado se observa que los factores que predicen la nueva institucionalización son: el vivir solo antes de la fractura (OR 3,95, IC 1,38-11,3 [ $p = 0,003$ ]), el MMSE (OR 0,93 IC95% 0,89-0,97 [ $p = 0,001$ ]) y la estancia hospitalaria (OR 1,02 IC 1,01-1,03 [ $p = 0,028$ ]). La edad, las complicaciones y la situación funcional al alta no predicen la institucionalización al alta  $p > 0,05$ .

**Conclusiones:** La presencia de deterioro cognitivo es un factor predictivo relevante de institucionalización en los pacientes con fractura de cadera. Aunque la edad avanzada, las complicaciones y una peor situación funcional al alta se asocian a mayor institucionalización; estos factores, no predicen dicho resultado adverso de salud, al alta.

#### OC-071. PREDICCIÓN DE MORTALIDAD CON NOTTINGHAM Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN FRACTURA DE CADERA

M. Macías Montero, F.L. Hünicken, A.B. Sow, E. Ridruejo, L. Escudero, R. Fortes y A. Hernández  
Hospital General de Segovia, Segovia.

**Objetivos:** Los ancianos que ingresan por fractura de cadera tienen alta mortalidad y los tratamientos para osteoporosis precisan al menos un año de tratamiento para reducir el riesgo de fractura, por lo que debería asegurarse el tratamiento en aquellos pacientes con alta probabilidad de supervivencia al año.

**Métodos:** Estudio prospectivo y seguimiento a un año de los mayores de 75 años ingresados en Traumatología en 2014 por fractura subcapital o pectocantárea de cadera. Análisis mediante SPSS 15.

**Resultados:** De 198 pacientes ingresados por fractura de cadera, se operaron 151 (76%) y se consiguió seguimiento al año en 180. Presentaban una media y desviación típica en edad 87 ± 6,5; índice de Barthel al ingreso 69,84 ± 28; riesgo de osteoporosis por escala de Black Q-Fracture: 5,56 ± 2; discapacidad funcional según escala de Cruz Roja 1,96 ± 1,3; estancia preoperatoria 4,47 ± 3; estancia total 11,70 ± 6. Fallecieron 11 (5,6%) pacientes durante el ingreso, sólo 2 de ellos se habían operado (mortalidad posquirúrgica 1,32%). La mortalidad hospitalaria se relaciona estadísticamente (U Mann Whitney) con el número de complicaciones, la movilidad previa según escala de Parker y la comorbilidad previa según escala de Charlson, pero no con la edad, estancia total y preoperatoria, riesgo de fractura según Q-fracture, dependencia funcional según Barthel previo ni riesgo de mortalidad según Nottingham. La mortalidad al mes fue de 30 pacientes (15%) y se relacionaba con la edad, número de complicaciones, Charlson, Barthel al alta y Nottingham. Al año la mortalidad fue de 58 pacientes (29%) y se relacionaba igualmente con edad, Barthel previo y al alta, Charlson, Nottingham y Q-Fracture. En el análisis multivariante no se obtuvo mejor predictor entre las posibles combinaciones de variables que la puntuación en Nottingham.

**Conclusiones:** La mortalidad al año tras fractura alcanza el 30% de los pacientes y depende sobre todo del nivel funcional previo y el conseguido al alta, junto con la comorbilidad previa. En nuestro medio la escala de Nottingham es el mejor predictor de mortalidad al año. Los pacientes de bajo riesgo de fallecer en según escala de

Nottingham deben recibir siempre tratamiento para prevención secundaria de fractura.

## OC9: Cuidados paliativos. Metabolismo

### OC-072. PARADOJA DE LA OBESIDAD EN PACIENTES ANCIANOS

C. González de Villaumbrosia, C. Oñoro Algar, J. Martínez Peromingo, I. Perales Fraile, D. Real de Asúa, P. de Peralta y R. Barba Martín  
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

**Objetivos:** Valorar si los pacientes que tienen el diagnóstico de obesidad que ingresan por una descompensación aguda tienen más o menos riesgo de fallecer que los pacientes no obesos.

**Métodos:** Se analizaron pacientes mayores de 75 años ingresados en un servicio de Medicina Interna durante los años 2005-2012 por alguno de los siguientes procesos agudos: insuficiencia cardiaca, infección de orina, neumonía, pancreatitis, ictus, tromboembolismo pulmonar. Se comparó la tasa de mortalidad ajustada de los pacientes con y sin obesidad (sexo, edad, índice de Charlson). La fuente de datos fue el CMBD (Conjunto mínimo básico de datos) aportado por el Ministerio de Sanidad. Se trata de una base de datos administrativa que recoge información sobre todos los episodios agudos de pacientes ingresados en hospitales públicos de nuestro país.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron 3.018.491 pacientes mayores de 75 años. Un 6,7% de los pacientes tenía el diagnóstico de obesidad en el informe de alta. Un 13,6% de los pacientes fallecieron durante el ingreso. El 22,9% tenía un Charlson mayor de 2, y un 12,3% presentaba demencia. El riesgo ajustado de fallecer en la base global es un 35% menor en los pacientes que tienen obesidad que en los que no la tienen (OR 0,65 IC95% 0,64-0,66). Cuando se analizaron las diferentes patologías agudas el riesgo ajustado de mortalidad en pacientes obesos comparados con no obesos fue: neumonía OR 0,62 IC95% 0,58-0,67, TEP OR 0,67 IC95% 0,58-0,78, insuficiencia cardiaca OR 0,80 IC95% 0,77-0,82, infección de orina OR 0,75 IC95% 0,67-0,85, pancreatitis OR 0,64 IC95% 0,56-0,72, ictus OR 0,71 IC95% 0,77-0,82.

**Conclusiones:** A pesar de que la obesidad es un factor de riesgo reconocido de desarrollo de enfermedad cardiovascular y diabetes, se asocia a mejor pronóstico en pacientes ancianos que ingresan en un hospital de agudos. La reducción del riesgo oscila entre un 38 y un 25% menos de mortalidad en los pacientes obesos comparados con los no obesos. No se conoce cuál es la causa del "efecto protector", conocido como paradoja de la obesidad, aunque se especula que sea por un mejor estado nutricional en estos pacientes.

### OC-073. HIPONATREMIA COMO PREDICTOR

DE MORBIMORTALIDAD Y PEOR RESULTADO ASISTENCIAL EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

M. García Salmones, L. Fernández, S. Torras y J. Mora  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Describir la repercusión clínica y asistencial de la hiponatremia en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera.

**Métodos:** Estudio descriptivo en pacientes > 75 años con fractura de cadera ingresados en una unidad de Ortopediatría (octubre-diciembre 2015). Se excluyeron pacientes con patología terminal. Se analizaron características demográficas, clínicas y analíticas (sodio, creatinina y osmolaridad). Se analizó la presencia de hiponatremia ( $\text{Na} < 135$ ) durante la estancia hospitalaria, describiendo su etiología. Se rela-

ciónó hiponatremia con retraso quirúrgico, estancia media, mortalidad y destino al alta. Análisis estadístico: comparación de medias y proporciones con nivel de significación del 95%. SPSS 15.0.

**Resultados:** N = 91, edad media 85,5 años, 83,7% mujeres con fractura peritrocantárea (58,7%). El 51,6% presentó hiponatremia durante el ingreso. De ellos la mitad la tenían desde el primer día. Etiología: ICC 23,4%, SIADH 19,1%, dolor 8,5% y farmacológica 4,3%, no identificándose una causa única en el resto. Insuficiencia Renal asociada en el 25% ( $p = 0,07$ ). La hiponatremia fue más frecuente en osteosíntesis por clavo gamma largo frente al resto de técnicas quirúrgicas ( $p = 0,035$ ). La presencia de hiponatremia ocasionó retraso quirúrgico en dos casos. De los 3 pacientes que fallecieron, todos presentaron hiponatremia durante el ingreso. La estancia hospitalaria fue 5,0 días superior de media en los hiponatrémicos ( $p = 0,01$ ). Únicamente el 26,7% de los pacientes con hiponatremia regresa a domicilio frente al 46,7% del otro grupo.

**Conclusiones:** 1) La mitad de los pacientes ingresados en Ortopediatría por fractura de cadera presentan hiponatremia durante su ingreso. 2) La estancia media de estos pacientes se prolonga al menos 5 días. 3) Los pacientes con hiponatremia tienen mayor probabilidad de no regresar a domicilio. 4) En ancianos con fractura de cadera la presencia de hiponatremia es un indicador de mal pronóstico que requiere especial atención y manejo precoz.

### OC-074. FACTORES ASOCIADOS DE MORTALIDAD A CORTO PLAZO EN ANCIANOS CON MULTIMORBILIDAD. PAPEL DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

J. Martín Marcuello y P. Peña González  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivos:** Conocer el papel que juega la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como factor de riesgo de mortalidad a corto plazo.

**Métodos:** Estudio prospectivo basado en la práctica clínica habitual, desarrollado en un Hospital de Día de Geriatría, durante el periodo comprendido entre 1 enero de 2015 y 31 de diciembre de 2015. Pacientes con edad igual o superior a 65 años que acudieron para control de sus patologías crónicas. Excluidos afectos de enfermedad terminal y los que no firmaron su consentimiento. Se les realizó una valoración geriátrica (VG) y evaluación de la CVRS mediante escala visual analógica (EVA) y el EQol-5D (1 sin problemas, 2 algún problema, 3 problema frecuente) mediante entrevista. Comparamos las variables de la VG entre el grupo de supervivientes y fallecidos. Posteriormente realizamos un análisis multivariado de regresión logística por pasos condicional "hacia atrás" donde la variable dependiente fue la mortalidad y se incluyeron en el modelo las variables significativas de la VG y de calidad de vida. Se utilizó la prueba de Hosmer-Lemeshov para la calibración y la curva ROC para la discriminación.

**Resultados:** La mortalidad fue del 6% (11/182). Hubo diferencias significativas entre supervivientes y fallecidos respecto de tener cuidador (6% vs 36,4%;  $p = 0,006$ ), tener multimorbilidad (61,8% vs 100%;  $p = 0,008$ ), índice de Barthel -IB- (77,8 vs 52,2;  $p = 0,010$ ), número de ingresos en los últimos 12 meses (1,5 vs 2,5;  $p = 0,003$ ), puntuación global EVA (5,7 vs 4,8;  $p = 0,032$ ) y dimensión ansiedad-depresión (1,5 vs 2,0;  $p = 0,015$ ). Las variables independientes de mortalidad fueron el número de ingresos el año anterior (OR 1,68;  $p = 0,05$ ), el IB (OR 0,97;  $p = 0,004$ ) y la calidad de vida global del EVA (OR 0,71;  $p = 0,015$ ). La prueba de Hosmer-Lemeshov no fue significativa ( $p = 0,235$ ) y la curva ROC fue de 0,83 ([IC] 95% 0,75-0,90).

**Conclusiones:** En dichos ancianos los factores que predicen la mortalidad no son las enfermedades crónicas, sino su repercusión sobre las actividades de la vida diaria, la percepción de CVRS y los ingresos previos en el hospital. Consideraremos que en la VG debería siempre incluirse una valoración de la CVRS con un sencillo instrumento como es EVA.

## OC-075. TRATAMIENTO RENAL CONSERVADOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL AVANZADA

A. Ribera Nadal<sup>1</sup>, J. Feixas<sup>1</sup>, M. Colomer<sup>1</sup>, R.M. Nogues<sup>1</sup> y J. Espaulella<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Consorci Hospitalari de Vic, Vic. <sup>2</sup>Hospital de la Santa Creu, Vic.

**Introducción:** En la enfermedad renal terminal el tratamiento sustitutivo (TRS) con diálisis está plenamente justificado por su alta efectividad. Sin embargo, hay controversia en los criterios de inclusión de pacientes ancianos y con multimorbilidad. Existen algunos estudios que han analizado retrospectivamente la supervivencia de estos pacientes con ERC (enfermedad renal crónica) estadio V, y encuentran que la ventaja de la diálisis se reduce sustancialmente por comorbilidades y demuestran que, en muchos casos, con un tratamiento renal conservador (TRC) se obtiene igual supervivencia y una mejor calidad de vida para el paciente y la familia.

**Objetivos:** Describir las características de un grupo de pacientes que optan por TRC y el modelo de servicios aplicado.

**Métodos:** Estudio longitudinal realizado durante un año y medio. Incluye 35 pacientes con ERC en TRC.

**Resultados:** En este proyecto se elabora un plan de atención compartida entre paciente y/o familia con los equipos de nefrología, atención primaria y atención paliativa especializada domiciliaria. El servicio de nefrología mantiene su intervención mediante una consulta presencial o virtual. La media de edad de los pacientes fue 84 años. El 45,71% presentaban fragilidad avanzada, el 20% demencia avanzada, el 14,28% neoplasia avanzada y otro 20% fueron pacientes que rechazaron el TRS. De estos últimos, en el momento que aparecieron complicaciones, 2 decidieron entrar en diálisis. El 74,28% estaban identificados como pacientes crónicos complejos, de los cuales 80,77% tenían registrado un plan de intervención individualizado compartido. En la inclusión al programa, la media del filtrado glomerular (FG-CKD): 18 ml/min. El 45,71% presentaban FG ≤ 15. Total: 18 exitus (51%). Solo 3 exitus en Hospital de agudos. De los 16 pacientes con FG inicial ≤ 15, 50% fueron exitus al final del estudio.

**Conclusiones:** El modelo de atención compartida ha sido evaluado de forma satisfactoria por los profesionales. La mayoría de los pacientes atendidos en la consulta de TRC son de edad avanzada, y el criterio de inclusión predominante es fragilidad seguido de demencia avanzada, y también incluye pacientes competentes que rechazan TSR. La mayoría de pacientes han fallecido fuera del contexto del hospital de agudos.

## OC-076. DIABESIDAD EN MAYORES DE 65 AÑOS.

### NUEVO RETO EN LA DIABETES MELLITUS

J. Benítez Rivero<sup>1</sup>, S. Fernández Ortega<sup>1</sup>, P. Agüera Moreno<sup>1</sup>,

J.C. Durán Alonso<sup>2</sup>, R. Martínez Picazo<sup>1</sup>, J.L. Jurado López<sup>3</sup>

y J.P. Guerrero Ponce<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud La Laguna, SAS-Cádiz. <sup>2</sup>RR AA San Juan Grande, Jerez.

<sup>3</sup>Centro de Salud Casines, SAS-Puerto Real. <sup>4</sup>Centro de Salud La Merced, Cádiz.

Tenemos conocidos los datos de prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM) en España, por el estudio Diabet.es, del perfil del anciano diabético de Cádiz, por el Estudio MADICA®, y con la reciente incorporación al arsenal terapéutico del tratamiento de la DM del grupo denominado Glucoréticos/Glucosúricos, queremos conocer cómo evoluciona los datos de diabesidad en los mayores de 65 años que utilizan este grupo terapéutico. Para ellos nos planteamos como objetivo principal la valoración de la hemoglobina glicada (HbA1c) y peso, en mayores de 65 años diabéticos, en un periodo de 6 meses. Como secundarios: Las modificaciones del peso/talla, perímetro abdominal, la glicada y la relación con el metabolismo óseo, para conocer cómo influyen los niveles sobre la glicada, así como la incidencia de hipoglucemias, cambios el metabolismo óseo: Ca, P, fosfatasa alcalina, Vit D y su posible repercusión en la aparición de caídas. Se captarán pacientes con DM conocida o no, que inicien tratamiento

con glucoréticos, a dosis de 100 o 300 mg/día, durante un periodo de 6 meses, con valoración al inicio y final a los 6 meses de seguimiento. Las variables utilizadas se muestran en la tabla 1. El análisis estadístico se realizará con el programa SPSS 20.0. Como resultados tenemos incluidos a 34 mujeres, 22 hombres, con una media de edad de  $74 \pm 5$  para las mujeres y  $76 \pm 6$  para varones. IMC  $\geq 31/33\%$ . Las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk para edad, sexo, IMC y Hb1Ac, nos habla de normalidad en la población analizada. Conclusión inicial, estamos ante una población obesa en estudio.

**Tabla 1**

| Variable                                     | Tipo         |
|--|--------------|
| Edad   | Cuantitativa |
| Sexo   | Cualitativa  |
| Peso/talla = IMC                             | Cuantitativa |
| Perímetro abdominal                          | Cuantitativa |
| Niveles de Presión arterial                  | Cuantitativa |
| Glucemia                                     | Cuantitativa |
| Hb1Ac  | Cuantitativa |
| Úrico  | Cuantitativa |
| Estimación de la función renal por Cockcroft | Cuantitativa |
| Microalbuminuria                             | Cuantitativa |
| Vit D  | Cuantitativa |
| Ca   | Cuantitativa |
| P  | Cuantitativa |
| Fosfatasa alcalina                           | Cuantitativa |
| Caídas                                       | Cualitativas |
| Fracturas                                    | Cualitativas |

**Tabla 2**

|                  | Estadístico | gl | Sig.   | Estadístico | gl | Sig.  |
|------------------|-------------|----|--------|-------------|----|-------|
| <i>Sexo/Edad</i> |             |    |        |             |    |       |
| Mujer            | 0,093       | 34 | 0,200* | 0,962       | 34 | 0,280 |
| Hombre           | 0,172       | 22 | 0,091  | 0,920       | 22 | 0,078 |
| <i>IMC</i>       |             |    |        |             |    |       |
| Mujer            | 0,081       | 34 | 0,200* | 0,974       | 34 | 0,581 |
| Hombre           | 0,163       | 22 | 0,130  | 0,946       | 22 | 0,263 |
| <i>HbA1Ac</i>    |             |    |        |             |    |       |
| Mujer            | 0,228       | 34 | 0,000  | 0,870       | 34 | 0,001 |
| Hombre           | 0,261       | 22 | 0,000  | 0,862       | 22 | 0,006 |

## OC-077. PACIENTES NECPAL POSITIVOS EN AGUDOS DE GERIATRÍA

M. Macías Montero, F.L. Hünicken, A.B. Sow,  
E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, R. Fortes, S. Marazuela  
y L. Escudero

Hospital General de Segovia, Segovia.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de necesidad de cuidados paliativos según la herramienta NECPAL en ingresados en agudos de un hospital de área.

**Métodos:** Se recogen datos de los ingresados en 2 meses con seguimiento a los 6 meses y se analizan mediante SPSS 20.

**Resultados:** 212 pacientes con media de edad  $87,78 \pm 5$  años, estancia  $10,14 \pm 6$  días. Media de Barthel previo  $57,67 \pm 35$ , discapacidad funcional previa según escala de Cruz Roja (CRF)  $2,821 \pm 4$ , PPS (Palliative Prognostic Score) previo  $61,44$  discapacidad mental previa según escala de Cruz Roja (CRM)  $1,681 \pm 0,6$ . Índice de comorbilidad de Charlson  $3,33 \pm 2$ . Media al ingreso de Barthel  $27,88 \pm 30$ , CRF  $4,03 \pm 2$ , PPS score  $41,47 \pm 8,51$ , CRM  $3,48 \pm 0,8$ . Escala de Riesgo Socio-familiar de Gijón  $3,4 \pm 3,1$ , Mini Nutritional Assessment (MNA)  $7,68 \pm$

2,6. Screening de depresión  $127 \pm 59,9$  screening de confusional mediante Confusion Assessment Method (CAM)  $113 \pm 53,3$ . Media al alta de Barthel  $49,82 \pm 3,8$  CRF  $2,90 \pm 1,4$  PPS score  $57,35 \pm 9,5$  CRM  $1,67 \pm 1,7$ . Varones 102/48%, mortalidad hospitalaria 42/19,8%, y a 6 meses 41/23%. 5 pacientes no tenían ningún criterio NECPAL y sólo pregunta sorpresa 73/34%. Resultaron NECPAL positivos por: criterio de elección/demanda/necesidad 43/20%; criterios clínicos generales 203/95% (deterioro nutricional 107/50%, funcional 111/54% emocional 77/36%, fragilidad 72/34%, uso de recursos 79/37% y comorbilidad 183/86%); criterios clínicos específicos 116/54% (oncológica 12/5,7% EPOC 28/13,2% cardiaca 40/18,9%, ictus 5/2,4% neurológica 4/1,9%, renal 21/9,9% demencia 52/24,5%). Existe relación estadística entre mortalidad hospitalaria y Barthel, CRF, PPS, CRM previos y con Barthel CRF, PPS, CRM, MNA, CAM y Charlson al ingreso (U Mann Whitney); mortalidad hospitalaria y pregunta sorpresa, criterio de elección/demanda/necesidad, o criterio clínico específico (chi cuadrado).

**Conclusiones:** Los ancianos ingresados en agudos de Geriatría tienen alta mortalidad hospitalaria 19,8% y a los 6 meses (23%). Aunque criterios clínicos generales 95% pudieran considerarse subsidiarios de cuidados paliativos, sólo 54% tienen criterios clínicos específicos de enfermedad en fase terminal y sólo 20% demandan manejo paliativo.

#### OC-078. UN PROGRAMA FORMATIVO MEJORA LAS ACTITUDES EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LA DEMENCIA AVANZADA EN RESIDENCIAS

J. Mateos-Nozal<sup>1</sup>, L. García-Cabrera<sup>1</sup>, S. Fernández-Villaseca<sup>1</sup>, R. Muñiz Schwochert<sup>2</sup>, D. Curto Prieto<sup>3</sup>, A. Cruz-Jentoft<sup>1</sup> y L. Rexach Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>2</sup>Fundación María Wolff, Madrid.

<sup>3</sup>Sanitas Residencial, Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de un programa de formación sobre demencia terminal y cuidados paliativos dirigido al personal de un grupo de residencias.

**Métodos:** Un grupo de expertos elaboró un manual formativo, con el que se realizó una actividad formativa de 6 horas a médicos, enfermeros, gerocultores y otro personal de 9 residencias. Tras la formación, se utilizó un cuestionario para medir las actitudes previas y posteriores a la formación respecto a distintos aspectos de la demencia avanzada. Este cuestionario tenía 7 ítems, respondidos con una escala Likert entre 1 (mínimo) y 4 (máximo acuerdo). Se evaluó también la formación previa y la calidad percibida del programa educativo.

**Resultados:** Se recogieron 316 encuestas (tasa de respuesta 90,3%), destacando la participación de gerocultores (67,7%) y enfermería (9,8%). El 48,7% refirió tener formación previa en Geriatría/Cuidados Paliativos y el 36,4% colaboración previa con dichas especialidades, aunque el 44,23% y el 67,5% de los mismos no especificó dichos ítems. La actitud ante el manejo de la demencia terminal mejoró significativamente con la formación ( $3,21 \pm 0,62$  a  $3,38 \pm 0,67$ ,  $p = 0,001$ ). Al analizar las actitudes por profesión, objetivamos una mejoría tras la formación en todos los grupos, especialmente en gerocultores ( $3,15 \pm 0,65$  vs  $3,31 \pm 0,72$ ;  $p = 0,019$ ) y fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales ( $3,27 \pm 0,51$  vs  $3,69 \pm 0,41$ ;  $p = 0,01$ ). El personal con formación previa tendía a presentar mejores actitudes antes del curso ( $3,19 \pm 0,63$  vs  $3,33 \pm 0,57$ ;  $p = 0,1$ ), al igual que aquellos con trabajo previo en residencias ( $3,2 \pm 0,61$  vs  $3,29 \pm 0,67$ ;  $p = 0,32$ ). La formación fue calificada como muy buena o buena por el 98% de los participantes.

**Conclusiones:** Las actitudes ante la demencia terminal del personal de centros residenciales, especialmente de gerocultores y fisioterapeutas, puede mejorar con una intervención educativa específica. Las actitudes previas a la intervención educativa tienden a ser mejores en aquellos profesionales con formación o trabajo previo en Geriatría y Cuidados Paliativos.

#### OC-079. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA Y FINAL DE VIDA EN ANCIANOS: NECPAL E ÍNDICE PROFUND

E. da Costa Venancio<sup>1</sup>, R. Miralles Basseda<sup>1</sup>, M.D. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, M.J. Robles Raya<sup>2</sup> y O. Vázquez Íbar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital del Mar, Barcelona.

**Objetivos:** Describir resultados de aplicación de instrumento de valoración de necesidades atención paliativa (NECPAL), en pacientes ingresados en centro sociosanitario y compararlos con índice pronóstico de mortalidad (PROFUND).

**Métodos:** Estudio descriptivo pacientes ingresados en centro socio-sanitario, se aplicó el instrumento NECPAL e índice PROFUND, categorizado en riesgo bajo (0-2 puntos), medio (3-6 puntos), alto (7-10 puntos) y muy alto (> 11 puntos).

**Resultados:** Evaluados 87 pacientes ( $72,6 \pm 14,7$  años; 55,2% mujeres). El diagnóstico motivo del ingreso, neurológico 39 pacientes (44,8%), locomotor 23 (26,4%), otros 25 (28,7%). En cuanto al NECPAL, hubo 31 pacientes (35,6%), no sorprendería si falleciese. Todos cumplieron uno o varios criterios incluidos en bloques restantes (15 bloque 2 (48,3%), 31 bloque 3 (100%) y 24 bloque 4 (87%). Indica que todos se consideran NECPAL +. Puntuación media del PROFUND de muestra estudiada  $6,6 \pm 4,1$  (límites 3-10). Hubo 42 pacientes (48,3%) con riesgo bajo medio de mortalidad (0-6 puntos) y 45 (51,7%) alto muy alto ( $\geq 7$ ). La media del número de respuestas de los bloques NECPAL positivo (31 pacientes) fue  $6,03 \pm 1,92$ , coeficiente de correlación con PROFUND fue  $r = 0,579$  ( $p < 0,001$ ). En 31 pacientes NECPAL positivo, 25 con puntuación en PROFUND alto muy alto" (80,5%); 58 pacientes NECPAL negativo hubo 20 (34,4%) ( $\chi^2 = 19,180$ ;  $p = 0,0001$ ). De 31 pacientes NECPAL positivos, 5 fallecieron a tres meses (83,3%), 7 a seis (70%) y 11 a doce (61,1%); en NECPAL negativo fallecieron 1 (16,7%), 3 (30%) y 7 (38,9%) respectivamente ( $p = 0,002$ ;  $p = 0,03$  y  $p = 0,02$ ). De 45 pacientes PROFUND alto/muy alto ( $\geq 7$ ), fallecieron 5 a tres meses (83,3%), 9 a seis (90,0%) y 14 a doce (77,8%), en (PROFUND  $\leq 6$ ) fallecieron 1 (16,7%), 1 (10,0%) y 4 (22,2%) respectivamente ( $p = 0,20$ ;  $p = 0,02$ ;  $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** Según NECPAL 35,6% de pacientes tenían necesidad de atención paliativa. Media índice PROFUND elevada por tanto tienen riesgo alto de mortalidad. A pesar de diferente naturaleza de instrumentos empleados, demuestra relación significativa entre NECPAL positivos y los de mayores puntuaciones en índice PROFUND, con mortalidad a 6 y 12 meses.

#### OC-080. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA INSTITUCIONALIZADOS

J. Álaba Trueba<sup>1</sup>, C. Martins<sup>2</sup>, B. Andia<sup>2</sup>, E. Canchi<sup>2</sup>, A. Martín<sup>2</sup> y A. Usandizaga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Médico Ricardo Birmingham, Fundación Matía, San Sebastián.

<sup>2</sup>Txara 1, San Sebastián.

**Objetivos:** Desarrollar un plan de atención a la terminalidad en pacientes con demencia avanzada.

**Métodos:** Estudio descriptivo de período en el Centro Txara 1 desde julio de 2014, identificando a aquellos residentes con demencia avanzada y síndrome de declive, entendido como la presencia de dependencia funcional total y malnutrición. Se recoge trimestralmente el grado de control de síntomas (SM-EOLD) utilizando la escala PAINAD para la valoración del dolor, en el momento de agonía se determina el grado de confort diariamente mediante la escala (CAD-EOLD), estableciendo con el cuidador principal toma de decisiones basadas en los objetivos asistenciales paliativos. Tras el fallecimiento se realiza una encuesta de satisfacción a el cuidador (SWC-EOLD).

**Resultados:** Se analizan 62 residentes con una edad media de 87 años, el 82% son mujeres, y un 47% la demencia es degenerativa. La media de medicamentos es de 4.71 y se realiza apoyo espiritual mediante la unción de enfermos al 74%. En el control de síntomas el

dolor se evidencia en un 10% con un PAINAD > 6 en un 3% de los casos, la presencia de depresión en un 3%. En el grado de confort en situaciones de agonía, se registra la evolución de 27 fallecimientos (43% de la muestra), en donde se aprecia la presencia de disfagia en un 52%, siendo las variables de serenidad o calma en más de un 80% de la muestra. La causa principal de fallecimiento es por infección de vías respiratorias bajas, un 95% la localización es en el propio centro, con una media de 2.6 incidencias, de las cuales el 51.3% son por disnea. De la encuesta de satisfacción a los cuidadores es respondida por el 48% siendo la valoración global buena en un 76%.

**Conclusiones:** La identificación de los pacientes con criterios de terminalidad permite estructurar un plan de atención en el centro, conociendo las necesidades sintomáticas, el grado de confort y consensando las decisiones en cuanto a la proporcionalidad de cuidados con la familia. Deben implementarse recursos para responder ante situaciones de emergencia vital en un tiempo razonable, mediante una adecuada coordinación de los recursos sociosanitarios comunitarios.

## OC10: Nutrición. Nuevas experiencias

### OC-081. PARÁMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR E ICTUS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA. ESTUDIO FRAIL-BCN

M. Colominas Callejas, A. Calle, M. Mesas, N. Maestro, N. Torrents, N. Martínez y M. Inzitari  
Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

**Objetivos:** El estado nutricional es un factor relevante en la recuperación de personas mayores con discapacidad repentina, como la secundaria a una fractura de fémur o un ictus. Quisimos evaluar diferencias en el estado nutricional entre pacientes con fractura de fémur e ictus ingresados en una unidad de convalecencia y rehabilitación geriátrica.

**Métodos:** Estudio cohortes de pacientes ingresados por fractura de fémur e ictus en una unidad de convalecencia y recuperación geriátrica (2014-2016). Recogimos al ingreso: edad, sexo, diagnóstico principal, comorbilidad (I. Charlson (IC)), estado funcional (I. Barthel (IB), I. Lawton (IL)), estado cognitivo (Mini Mental Estate Examination (MMSE)), datos analíticos (proteínas, albúmina, colesterol total, vitamina D), índice de masa muscular (IMC) y riesgo de desnutrición (Mini Nutritional Assessment (MNA)).

**Resultados:** De los 189 pacientes de la muestra (101 fracturas de fémur y 88 ictus) los pacientes con fractura de fémur eran mayores ( $81,2 \pm 6,8$  vs  $85,3 \pm 5,9$  años,  $p < 0,001$ ), con menor comorbilidad (IC  $1,1 \pm 1,54$  vs  $2,6 \pm 1,5$ ,  $p < 0,001$ ), menor discapacidad (IB  $46,5 \pm 17,8$  vs  $38,8 \pm 17,9$ ,  $p = 0,004$ ) y afectación cognitiva (MMSE  $23,1 \pm 5,4$  vs  $21,5 \pm 6,2$ ,  $p = 0,062$ ). Entre los parámetros nutricionales, las fracturas tenían peor IMC ( $24,4 \pm 4,1$  vs  $26,5 \pm 5,9$ ,  $p = 0,006$ ), y colesterol más elevado ( $166,4 \pm 32,8$  vs  $146,6 \pm 35,1$ ,  $p < 0,001$ ). No había diferencias en otros parámetros nutricionales (MNA, albúmina, proteínas, vitamina D). En el análisis multivariado (ANCOVA), ajustando por edad, sexo, Charlson, Barthel y MMSE, se mantuvieron las diferencias entre grupos en IMC ( $p = 0,038$ ) y colesterol ( $p = 0,025$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra, los pacientes con fractura de fémur mostraron peor IMC, pero colesterol total más elevado. Especulamos que las fracturas puedan presentar más desnutrición crónica, y que los niveles de colesterol en ictus podrían ser efecto del tratamiento con hipolipemiantes. Si confirmado en otros estudios, estos resultados podrían indicar la necesidad de una atención especial al estado nutricional de los pacientes con fractura de fémur al ingreso en convalecencia y rehabilitación.

### OC-082. ACANTO. A CYBERPHYSICAL SOCIAL NETWORK USING ROBOT FRIENDS

M. López Tatis, I. Peinado Martínez, C. Alonso Bouzón, N. García Grossocordón y L. Rodríguez Mañas  
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

**Objetivos:** ACANTO es un proyecto financiado por el programa Horizonte 2020 de la Comisión Europea, cuyo principal objetivo es estimular la actividad física de las personas mayores mediante una combinación de sistemas robóticos y redes sociales.

**Métodos:** El proyecto desarrollará dos productos: un andador robótico que dará soporte a la actividad física (FriWalk) y una red social que permitirá establecer círculos de personas con las que realizar actividades físicas y sociales (CPSN). ACANTO ha adoptado un enfoque centrado en el usuario, por lo que se ha involucrado a socios industriales y tecnológicos, profesionales de la salud y pacientes desde las primeras fases del desarrollo. En estas primeras fases, se desarrollarán prototipos de complejidad creciente que serán validados con profesionales de la rehabilitación y con usuarios potenciales del sistema. Finalmente, entre 2017 y 2018 se realizará un ensayo clínico para validar la viabilidad del uso del andador robótico como herramienta de diagnóstico y de rehabilitación de la capacidad funcional.

**Resultados:** Durante el primer año del proyecto, tecnólogos y profesionales médicos han colaborado en la definición de los requisitos clínicos del sistema. A partir de dichos requisitos, se ha desarrollado un prototipo no funcional del andador inteligente que ha sido probado con 6 usuarios ( $n = 6$ ) reclutados en el Hospital de Día del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe. La evaluación consistió en una validación de concepto y una evaluación de usabilidad. Los resultados mostraron una aceptación positiva del andador como herramienta de rehabilitación clínica. La mayoría de participantes encontraron el andador fácil de usar, aunque se demostró la necesidad de reforzar la accesibilidad del sistema.

**Conclusiones:** El principal objetivo de ACANTO es diseñar, desarrollar y validar una herramienta, asequible e integrable en la práctica clínica, que permita realizar de forma precisa y automática el diagnóstico y la rehabilitación de la capacidad funcional en personas mayores en situación de fragilidad o pre-fragilidad. El enfoque centrado en el usuario está permitiendo desarrollar un sistema usable y viable.

### OC-083. SUPERVIVENCIA DESPUÉS DE LOS 90.

#### ¿QUÉ HAY DETRÁS?

V. Guerrero Cedeño, R.C. Sander, D. Núñez Cámara, A. Narvión, R. Rodríguez y J. Galindo  
Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

**Objetivos:** Definir las características sociodemográficas de los pacientes nonagenarios. Identificar los factores que incrementan o disminuyen la mortalidad en este tipo de población. Distinguir cuáles son las patologías más frecuentes por las que ingresan los pacientes nonagenarios.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo con una muestra de 133 pacientes por encima de los noventa años, los cuales fueron recogidos y clasificados desde el mes de enero 2015 al mes de junio 2015. La muestra incluye pacientes según su diagnóstico y unidad clínica de ingreso, siendo esta última categoría dividida en: agudos, convalecencia, cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos. Asimismo, se recogen datos desde el punto de vista cognitivo, funcional, comorbilidad (ECRM, Barthel, Charlson) y grupos farmacológicos con los cuales estaban siendo tratados dicha población al alta hospitalaria. A los seis meses posterior a la fecha del alta hospitalaria, se procede a estimar la supervivencia mediante contacto telefónico. Se realiza un análisis estadístico de todas las variables mediante el programa SPSS.

**Resultados:** Se obtiene una edad media de 92,86 años en esta población, asimismo el sexo femenino predomina con un 60,2% de la

muestra. La gran mayoría de los ingresos provienen del servicio de urgencias con patologías de carácter agudo. La patología más frecuente de ingreso fueron las infecciones respiratorias con una estancia global de todas las patologías de 13,22 días. La media de índice de Barthel al alta fue de 29,23 y del Pfeiffer al alta 4,61. El 25,6% presentaban un índice de Charlson mayor o igual a tres, con una media de fármacos al alta de 6,82. Los fármacos más frecuentes al alta fueron los IBPs, antihipertensivos, diuréticos respectivamente. La supervivencia a los seis meses tras un ingreso hospitalario es mayor cuanto más elevado sea el Barthel al alta ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El grado funcional del paciente influye en la supervivencia a largo plazo. Los pacientes con una alta comorbilidad presentan mayor mortalidad. Los pacientes nonagenarios que presentan una buena situación funcional y una baja comorbilidad, se benefician de los recursos sanitarios destinados.

#### OC-084. PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO SERVICIO DE GERIATRÍA

B. Grandal Leiros<sup>1</sup>, A. Dávila Jerez<sup>1</sup>, R.M. Quílez Pina<sup>1</sup>,

C. Arango Salazar<sup>1</sup>, J. Alonso Ramírez<sup>2</sup> y H. Aldoradín Cabeza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Hospital Insular de Lanzarote, Lanzarote.

**Objetivos:** Presentar la unidad de agudos de un nuevo servicio de geriatría, su estructura y los resultados de los primeros 21 meses de funcionamiento en un hospital de tercer nivel en Canarias.

**Métodos:** 1.117 ingresos en nuestras 20 camas de agudos desde su inauguración en abril de 2014 hasta diciembre de 2015. Se estudiaron datos de funcionamiento del servicio, demográficos, funcionales, comorbilidad, polifarmacia, motivo de ingreso, estancia hospitalaria, mortalidad durante el ingreso y reingreso a los 30 días. Se analizaron los datos con SPSS.

**Resultados:** El porcentaje de ocupación fue del 80% en los 9 primeros meses y del 90% en 2015. El 98% de los pacientes ingresaban desde el servicio de Urgencias. La estancia media fue de 9 días, la mortalidad intrahospitalaria del 14% y el porcentaje de reingreso a los 30 días del 12%. El 64,5% de nuestros pacientes residían en domicilio. Su edad media era de 86 años con un 65% de mujeres. Un 47% tenían una comorbilidad alta según el índice de Charlson y desde el punto de vista funcional al ingreso eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria con un índice de Barthel medio de 34,8 puntos. El 89% de ellos consumían habitualmente 5 fármacos o más. En cuanto al motivo de ingreso un 44% ingresaban por patología del aparato respiratorio, un 20% por patología del sistema urinario-renal y un 15% por patología cardiovascular.

**Conclusiones:** El paciente que ingresó en nuestro servicio de geriatría era un anciano pluripatológico, dependiente y polimedicado que residía en domicilio e ingresaba procedente de urgencias. Su principal motivo de ingreso fue patología del sistema respiratorio, urinario o cardiovascular. La población geriatría se está incrementando y tiene necesidades que solo pueden ser cubiertas por un servicio especializado. Estamos muy satisfechos de la puesta en marcha de nuestro servicio y esperamos seguir ampliándolo más allá de la unidad de agudos e interconsultores actuales.

#### OC-085. MALNUTRICIÓN Y RIESGO NUTRICIONAL SEGÚN CRITERIOS OPERATIVOS: ESTUDIO FRADEA

I. Soler Moratalla, A. Noguerón García, M. León Ortiz,

C. Luengo Márquez, T. Flores Ruano, M. Fernández Sánchez y P. Abizanda Soler

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de malnutrición y riesgo nutricional en una población de mayores de 70 años de Albacete aplicando diferentes criterios operativos y sus componentes: Criterios OMS según

IMC, criterios ESPEN 2015, y *Mini Nutritional Assessment®-Short Form* MNA®-SF, así como la asociación de los diferentes criterios con hospitalización, visitas a urgencias, mortalidad y discapacidad incidente.

**Métodos:** 827 mayores de 70 años pertenecientes al área sanitaria de Albacete capital seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo. Se obtuvieron datos antropométricos, se administró el cuestionario MNA®-SF, y en 537 se realizó bioimpedanciometría (BIA) para determinar el índice de masa libre de grasa (FFMI). Se determinó la pérdida de peso mayor a 4,5 kg o > 5% del peso corporal en el último año, y la presencia de anorexia. Se analizó la concordancia entre los diferentes criterios y con las variables de resultados de salud mediante chi cuadrado y regresión logística ajustada por edad y sexo.

**Resultados:** Edad 78,6 años (DE 5,9, rango 70-102). Mujeres 492 (59,5%). El número y porcentaje de mayores según criterios OMS del IMC fueron: < 18,5 9 (11%), 18,5-24,9 129 (15,6%), 25-29,9 341 (27,9%), 30-24,9 231 (27,9%) y > 35 92 (11,1%). El FFMI fue < 15 en mujeres y < 17 en hombres en 12 participantes (1,5%). 41 participantes (5%) tuvieron un IMC < 22. Solo 12 participantes (1,5%) cumplieron criterios de malnutrición ESPEN 2015. El número y porcentaje de mayores según puntuaciones en el MNA®-SF fueron: 0-7 21 (2,5%), 8-11 204 (24,7%) y 12-14 567 (68,6%). 136 participantes (16,5%) tuvieron anorexia moderada o grave y 106 (12,8%) habían perdido peso en el último año. Solamente el MNA®-SF, la anorexia y la pérdida de peso se asociaron con todos los eventos adversos de salud.

**Conclusiones:** De entre los diferentes criterios y herramientas para identificar malnutrición en mayores, el MNA®-SF, la anorexia y la pérdida de peso se asocian con hospitalización, visitas a urgencias, mortalidad y discapacidad, mientras que otros criterios lo hacen parcialmente.

#### OC-086. GASTO SANITARIO EN MAYORES Y SU RELACIÓN CON EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT®-SHORT FORM: ESTUDIO FRADEA

M. Martínez Reig<sup>1</sup>, L.M. Peña Longobardo<sup>2</sup>, I. Aranda Reneo<sup>2</sup>, M. Fernández Sánchez<sup>1</sup>, K. Araujo Torres<sup>3</sup>, N. Barcons Vilardell<sup>3</sup> y P. Abizanda Soler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. <sup>2</sup>Facultad de Económicas, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo. <sup>3</sup>Nestlé Health Science, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la capacidad de los componentes del cuestionario Mini Nutritional Assessment®-Short Form (MNA®-SF) como predictores de gasto sanitario hospitalario total, derivado de visitas a especialistas, visitas a urgencias y hospitalización en mayores.

**Métodos:** 827 mayores de 70 años pertenecientes al área sanitaria de Albacete capital seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo. Se obtuvieron datos sociodemográficos y se administró el cuestionario MNA®-SF. Se analizaron como variables resultado el coste sanitario hospitalario total y los costes sanitarios asociados a visitas a especialistas, visitas a urgencias y por hospitalización durante el seguimiento. Se utilizaron varios modelos lineales generalizados (GLM) ajustados por edad y sexo para estimar el impacto de los diferentes componentes del MNA®-SF en el gasto sanitario total, gasto de hospitalización, urgencias y visitas al especialista. Los costes están actualizados al 2013.

**Resultados:** Edad 78,6 años (DE 5,9, rango 70-102). Mujeres 492 (59,5%). Tiempo medio de seguimiento 1.044 días (DE 314, rango 115-2.007). Se obtuvo una puntuación media de MNA®-SF de 12,3 (DE 2,0) y un índice de masa corporal (IMC) medio de 29,2 (DE 4,8, rango 14,6-33,6). Los componentes del MNA®-SF que resultaron estadísticamente significativos fueron la presencia de anorexia, la pérdida de peso, tener ciertas limitaciones en la movilidad y haber padecido una enfermedad en los últimos 3 meses, ajustados por edad y sexo. Concretamente, las personas que padecen anorexia presentan un incremento del coste medio sanitario anual de 1.084€ respecto a aquellas personas que no la padecen. Del mismo modo, la pérdida de peso se asocia con un gasto

medio sanitario anual superior de 782€. En el caso de las personas con limitaciones en la movilidad, el gasto medio sanitario anual se incrementa en 1.323 €, y en aquellas personas que han padecido una enfermedad aguda en los últimos 3 meses o una situación de estrés psicológico, en 757€. No se observó relación con el gasto sanitario para el IMC estratificado según puntos de corte OMS.

**Conclusiones:** La presencia de anorexia, pérdida de peso, limitación de la movilidad y presencia de enfermedad aguda medidos a través del MNA®-SF son predictores de aumento del gasto sanitario.

#### OC-087. GASTO SANITARIO EN MAYORES Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL: ESTUDIO FRADEA

M. Martínez Reig<sup>1</sup>, I. Aranda Reneo<sup>2</sup>, L.M. Peña Longobardo<sup>2</sup>, T. Flores Ruano<sup>1</sup>, N. Barcons Vilardell<sup>3</sup>, K. Araujo Torres<sup>3</sup> y P. Abizanda Soler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. <sup>2</sup>Facultad de Económicas, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo. <sup>3</sup>Nestlé Health Science, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la relación de diferentes parámetros nutricionales como predictores de gasto sanitario hospitalario total y gasto sanitario derivado de visitas a especialistas, visitas a urgencias y hospitalización en mayores no hospitalizados.

**Métodos:** 827 mayores de 70 años pertenecientes al área sanitaria de Albacete capital seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo. Se obtuvieron datos antropométricos, bioquímicos (colesterol, proteínas, albúmina) y se administró el cuestionario *Mini Nutritional Assessment®-Short Form* (MNA®-SF). Se utilizaron varios modelos lineales generalizados (GLM) ajustados por edad y sexo para estimar el impacto de la nutrición y sus factores en el gasto sanitario anual total por persona, gasto anual de hospitalización, urgencias y visitas al especialista. El año base de actualización de los costes fue el 2013.

**Resultados:** Edad 78,6 años (DE 5,9, rango 70-102). Mujeres 492 (59,5%). Tiempo medio de seguimiento 1.044 días (DE 314, rango 115-2.007). Como media, el coste total asociado a recursos sanitarios hospitalarios por persona fue de 1.922€/año, el coste asociado a hospitalización fue de 1.292€/año, el coste asociado a visitas a urgencias fue de 83€/año y el coste por visitas a especialistas fue de 544€/año. Se relacionaron con mayor gasto sanitario hospitalario total peores puntuaciones en MNA-SF ( $p < 0,001$ ), menor nivel de albúmina ( $p < 0,001$ ) y colesterol ( $p < 0,05$ ). No se observó relación con el gasto sanitario para el índice de masa corporal (analizado como variable continua y como variable estratificada) ni para los niveles de proteínas totales. Aquellos individuos en riesgo nutricional o malnutridos (MNA®-SF) tuvieron un gasto sanitario medio anual superior en media de 1.205€ respecto a aquellos normonutridos, un gasto anual en hospitalización superior en 942€, 94€ más en visitas al especialista y 46€ adicionales en utilización de los servicios de urgencias, ajustado por edad y sexo.

**Conclusiones:** Un peor estado nutricional medido por MNA®-SF, bajos niveles de albúmina y colesterol, se asocia a un mayor gasto sanitario hospitalario en mayores no hospitalizados.

#### OC-088. PARÁMETROS BIOQUÍMICOS NUTRICIONALES Y SU IMPlicACIÓN EN EL PRONÓSTICO A MEDIANO PLAZO EN PACIENTES ANCIAÑOS CON FRACTURA DE CADERA

L.D.R. Evangelista Cabrera y J. Mora Fernández  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Determinar la asociación de parámetros bioquímicos de desnutrición con el pronóstico a mediano plazo en pacientes ancianos intervenidos de fractura de cadera.

**Métodos:** Estudio de seguimiento de seis meses de duración tras la intervención quirúrgica por fractura de cadera. Pacientes  $\geq 65$  años,

intervenidos entre enero y agosto de 2015. Se recogieron variables demográficas, funcionales (índice de Barthel, FAC), comorbilidad (índice de Charlson ajustado por edad (ICh)), parámetros analíticos previos a la cirugía, complicaciones, tipo de fractura, estancia prequirúrgica y necesidad de transfusión. Se contemplaron las complicaciones durante el ingreso hospitalario, y reingresos y mortalidad durante el seguimiento. Análisis estadístico: curva de supervivencia (Kaplan-Meier); análisis multivariante (regresión de Cox), IC95% ( $p < 0,05$ ). SPSS15.0.

**Resultados:** n: 227, 80,6% mujeres, edad media 84,7 años (DE 6,6). Barthel  $\geq 90$  un 44,5%, 77,5% ICh > 5. Parámetros analíticos de desnutrición al ingreso: linfocitos < 1.500/uL 70,5%, albúmina < 3,5 g/dL 75,1%, prealbúmina < 20 mg/dL 87,7%, colesterol total < 140 mg/dL 42,7% y vitamina D < 10 ng/mL un 37,6%. Un 41,8% tuvo fractura perrotancárea, retraso prequirúrgico > 48 horas 78,9%, > 2 concentrados de hematíes (CH) 31,4% y alguna complicación el 70,9%. Análisis de supervivencia: se observó una supervivencia a los 6 meses de 89,0% y una tasa de reingreso de 19,4%. Análisis univariante: Se encontró asociación entre mortalidad y niveles de colesterol < 140 mg/dL ( $p = 0,006$ ) y tendencia estadística con albúmina < 3,5 g/dL ( $p = 0,110$ ). Otras variables asociadas a mortalidad fueron: Barthel < 90 (0,018), edad  $\geq 90$  años (0,023), sexo varón ( $p = 0,001$ ), antiagregación/anticoagulación ( $p = 0,003$ ), delirium ( $p = 0,001$ ), insuficiencia renal ( $p = 0,001$ ), neumonía ( $p = 0,001$ ), ASA  $\geq III$  ( $p = 0,018$ ) y > 2CH ( $p = 0,018$ ). No se encontró asociación entre la tasa de reingresos y parámetros analíticos nutricionales, sí con ICh > 5 ( $p = 0,019$ ) y complicaciones ( $p = 0,023$ ). En el análisis multivariante se mantienen como predictores de mortalidad: colesterol < 140 mg/dL (OR = 2,8;  $p = 0,044$ ), edad > 90 años (OR = 5,3;  $p = 0,001$ ), Barthel  $\leq 90$  (OR = 4,3;  $p = 0,005$ ) y sexo varón (OR = 6,5;  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestro estudio se objetiva una tasa de mortalidad relativamente baja a 6 meses y elevada de reingreso hospitalario por causa médica. Los determinantes de mortalidad fueron: edad > 90, ser varón y presentar deterioro funcional previo. Entre los parámetros nutricionales, el colesterol < 140 mg/dL fue el único dato predictor de mortalidad, con una tendencia relativa la albúmina. No se encontró esta relación con riesgo de reingreso.

#### OC-089. IMPACTO DE LA SITUACIÓN BASAL Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE SOBRE LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

G. Guzmán Gutiérrez, C. Guirola García-Prendes, J. Gutiérrez Rodríguez, O. Saavedra Obermann, L. Pellitero Blanco, M. Bermúdez Menéndez de la Granda y J.J. Solano Jaurrieta  
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Objetivos:** Determinar el impacto en la mortalidad en el primer año de la situación funcional, nutricional y cognitiva luego de haber sido dados de alta de una Unidad de Agudos de Geriatría (UGA).

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo con pacientes ingresados en la UGA del Hospital Monte Naranco. Durante su ingreso se les realizó y recogió una serie de datos mediante cuestionarios estandarizados y se buscó en la historia clínica datos. Se les evaluó la parte Funcional por medio del Índice de Barthel (IB), Cognitivo por medio del Mini Mental Screen Exam (MMSE) y a nivel nutricional por medio del Mini Nutritional Assessment (MNA). Se evaluaron los datos cuantitativos por medio de t-Student y cualitativos por medio de la  $\chi^2$ . Para evaluar la relación de mortalidad con el estado basal y nutricional del paciente, se realizó una regresión de Cox y las tablas de Kaplan Meier respectivas. Se utilizó el programa de datos SPSS 22.0.

**Resultados:** Se evaluaron 91 pacientes, estancia media  $8,9 \pm 3,5$  días, edad media  $86,1 \pm 5,9$  años, 62,2% mujeres, 74,4% procedentes de domicilio. Diagnósticos de ingreso fueron: Infección respiratoria (43,3%), ICC (25,6%), ITU (13,3%). Presentaron: IB en el mes previo de

57 ± 36 al ingreso 45 ± 35, del MMSE 17 ± 11, MNA de 20 ± 5,1, IMC de 27,2 ± 6, peso 67,9 ± 15, talla 158,24 ± 8,1. Cox: (IB previo exp2 = 0,981; IC = 0,970-0,992; p = 0,001), (MNA exp2 = 2,94; IC = 0,691-12,50; p = > 0,05), (IB previo con MNA exp2 = 1,09; IC = 1,017-1,16; p = 0,014).

**Conclusiones:** Nuestros pacientes en riesgo de desnutrición o desnutrido, a peor situación funcional, mayor riesgo de morir en el primer año luego de estar ingresado en nuestra UGA.

salud parecen los centros idóneos para el cuidado de ancianos con alta dependencia. Pero todos queremos vivir en nuestro domicilio, donde realmente somos felices. Actualmente los pacientes dependientes que quieren permanecer en domicilio, son incluidos en el programa atdom (atención domiciliaria) y des del CAP se intentan gestionar los recursos sociales y sanitarios necesarios para mantenerlos el mayor tiempo posible en este. Desde nuestro centro hemos querido comparar el perfil de ancianos que han entrado en el programa atdom en el año 2015 con el perfil de ancianos ingresados en residencias geriátricas de nuestra zona durante el mismo periodo.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Estudio retrospectivo en que se han comparado 58 pacientes que entraron en el programa atdom y 56 pacientes ingresados en residencias de la zona, en el año 2015. Se han registrado las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes patológicos (HTA, DM, EPOC, IC, depresión), presencia de UPP en el ingreso, autonomía (Barthel), riesgo deterioro integridad cutánea (Braden), estado anímico (Yesavage), deterioro cognitivo (Pfeiffer) y adherencia al tratamiento.

**Resultados:** Los resultados más importantes: la escala de Pfeiffer y Yesavage ha presentado una relación significativa respecto ingreso en atdom vs residencia con una p > 0,05. Respecto a Pfeiffer: deterioro grave 78% en residencia/21% en atdom, el deterioro moderado 65% en residencia/35% en atdom y el deterioro leve 43% en residencia respecto/56% en atdom. Respecto a Yesavage: no depresión en residencia 35%/64% en atdom. La escala de Braden y la de Barthel no han presentado una relación significativa respecto a ingreso en residencia/atdom.

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados en residencia presentan mayor porcentaje de: HTA, DM, IC y UPP al ingreso. Los pacientes atdom presentan un porcentaje mayor de EPOC. Los porcentajes de tratamiento con antidepresivos son similares en ambos. Los porcentajes de adherencia son mayores en residencia que en atdom. Aunque la escala de Braden y Barthel no ha presentado relación significativa respecto al ingreso en residencia/atdom si muestra una tendencia que nos hace suponer que si aumentamos la n pudiera darse.

## OC-090. INFECCIONES URINARIAS EN MAYORES DE 70 AÑOS TRATADOS CON ANTIBIOTERAPIA ENDOVENOSA EN DOMICILIO

A. Palomo Iloro<sup>1</sup>, M. Mirón<sup>1</sup>, V.J. González-Ramallo<sup>2</sup>, A. Mujal<sup>3</sup>, J.J. Parra<sup>4</sup>, M.E. García<sup>2</sup> y G.D.I. Registro TADE<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>3</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. <sup>4</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>5</sup>Registro TADE, Madrid.

**Objetivos:** Describir el resultado del tratamiento de las infecciones urinarias (ITU) en pacientes mayores de 70 años en el ámbito de la hospitalización domiciliaria (HaD).

**Métodos:** Se analizan los casos de ITU tratados en HaD entre julio de 2011 y enero de 2016 usando como fuente de información el Registro de Tratamiento Domiciliario Endovenoso.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 1.228 episodios correspondientes a 1.079 pacientes con una edad media de 82,79 años (DE 7,13) de los cuales el 50,8% eran mujeres. El Charlson medio fue 2,87 (DE 2,22). El 43,9% procedían de planta de hospitalización (Medicina interna 61%, Urología 13,2%, Infecciosas 9,1%, Geriatría 5%), y el 32% de urgencias. La estancia media en HaD fue de 10,12 días (DE 7,4), y la previa en el hospital 7,5 (DE 7,46). En el 7,2% de los episodios se produjo el retorno al hospital. El lugar de adquisición de la infección fue la comunidad en el 66,4%, residencia en el 16,8% y hospital de agudos en el 14,1%. La respuesta clínica fue favorable en el 94%. La tasa de reingreso a los 30 días fue de 19,9%. Se consiguieron 1.175 aislamientos microbiológicos (*E. coli* (49,4%), *Klebsiella pneumoniae* (14,6%) y *pseudomonas* (14%). Los antimicrobianos más utilizados fueron ertapenem (38,5%), ceftriaxona (25,2%), piperacilina-tazobactam (6,4%), gentamicina (5,6%), amikacina (4,2%) y ceftazidima (3,5%). Los tratamientos se completaron en el 86,4% de los casos. De los aislamientos de *E. coli*, el 52,7% fueron resistentes a ceftriaxona. La resistencia a ceftriaxona se relacionó con el lugar de adquisición de la infección (residencia u hospital de agudos), con un índice de Charlson más elevado y con una estancia más prolongada en HaD (todas diferencias estadísticamente significativas). No se encontraron diferencias en la estancia previa hospitalaria, ni en el destino al alta ni en la respuesta clínica ni en la tasa de reingresos a los 30 días.

**Conclusiones:** El tratamiento antimicrobiano domiciliario es un procedimiento eficaz y seguro para el tratamiento ambulatorio de infecciones urinarias en pacientes ancianos. La resistencia antimicrobiana prolonga el ingreso domiciliario, pero no el hospitalario y no afecta a la efectividad del tratamiento domiciliario.

## OC-092. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ANCIANOS CON COMORBILIDAD

J. Martín Marcuello y P. Peña González

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivos:** Conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en ancianos con multimorbilidad y el impacto que tiene la anemia.

**Métodos:** Se trata de un estudio prospectivo basado en la práctica clínica habitual que se ha desarrollado en el Hospital de Día de Geriatría del Hospital de Sant Pau de Barcelona durante el período comprendido entre 1 junio de 2015 y 31 de diciembre de 2015. Se incluyeron todos aquellos pacientes con edad igual o superior a 65 años que acudieron para control de sus patologías crónicas y/o por anemia. Se excluyeron aquellos con enfermedad terminal y los que no firmaron su consentimiento. A todos se les realizó una valoración geriátrica y una evaluación de la CVRS mediante una escala visual analógica (EVA) y el EQoL-5D (1 sin problemas, 2 algún problema, 3 problema frecuente) mediante entrevista. Se comparó la CVRS entre pacientes con condiciones crónicas complejas (PCC) y sin ellas (control), así como en aquellos con (casos) y sin anemia (control). Se consideró significación estadística una p ≤ 0,05.

**Resultados:** Se evaluaron 181 pacientes (116 PCC y 65 controles) con edad media 84,6 años y 59,7% mujeres con índice Barthel medio de 76,1 puntos. La puntuación media del EVA fue de 5,6 (PCC 5,2 vs Control 6,5; p = 0,0008). Los resultados del EQoL-5D fueron: Movilidad (1,7 vs 1,5; p = 0,032), Autocuidado (1,6 vs 1,5; p = 0,320), Actividades cotidianas (1,7 vs 1,7; p = 0,850), Dolor (1,5 vs 1,6; p = 0,869, Ansiedad-Depresión (1,6 vs 1,5; p = 0,183). Entre los pacientes con anemia (114) y sin anemia (68) los resultados la media EVA entre los grupos

## OC-091. ¿MEJOR EN CASA QUE EN NINGÚN SITIO?

C. Campmajó Almodóvar, A. Mottura Casas, S. Arias Amate, N. Correa Bas, D. Ginesta López y E. Parra Aresté  
CAP Roger de Flor, Barcelona.

**Objetivos:** Las residencias geriátricas son centros sociales sustitutivos del hogar. Por disponer de profesionales formados en cuidados y

fue 5,6 vs 5,6 ( $p = 0,890$ ) sin haber diferencias en las dimensiones EQoL-5D entre los dos grupos.

**Conclusiones:** Los ancianos con condiciones crónicas complejas tienen peor CVRS global que aquellos que no la tienen, afectando mayormente a la movilidad. La presencia de anemia no parece empeorar la CVRS si bien en este grupo de ancianos.

#### OC-093. PROYECTO DIADEMA (DEMENCIA Y DIABETES EN ANCIANOS)

D. Ruiz<sup>1</sup>, E. Vela<sup>2</sup>, M. Cleries<sup>2</sup> y F. Formiga<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Pablo. UAB, Barcelona. <sup>2</sup>CatSalut, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

**Objetivos:** Conocer la incidencia la incidencia diabetes mellitus (DM) y demencia en la población anciana de Catalunya y el uso de recursos sanitarios.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio en toda la población de Catalunya a través de las bases de datos agregadas de hospitales, atención primaria y centros sociosanitarios del Servicio Catalán de Salud del año 2014 en el que se han incluido las variables sociodemográficas, el diagnóstico de demencia y DM, así como el gasto sanitario directo e indirecto. Al ser un análisis de toda la población no es necesario estimar el tamaño muestral necesario.

**Resultados:** De un total de 7.080.385 habitantes, 527.166 tenían DM sin demencia y 28.396 DM con demencia. El 5,1% de los pacientes con DM tienen demencia y el 31% de los pacientes con demencia tienen DM. Los pacientes sin demencia tienen una edad media de 67,4 años vs 82,5 años de aquellos DM y demencia. La tasa de mortalidad por 1.000 fue de 28,2 vs 182,7. Las diferencias entre el primer grupo frente al segundo fueron: ingresos hospitalarios (15,7% vs 46,9%), gasto farmacia/paciente/año (939 vs 1.236 euros) y complejidad (16,0 vs 29,5).

**Conclusiones:** La incidencia de DM en los pacientes con demencia es elevada y se da en la población más mayor, siendo pacientes con mayor complejidad y mayor gasto sanitario. Creemos que deben iniciarse políticas sanitarias que incidan tanto en el cribaje de los pacientes con DM para detectar precozmente el deterioro cognitivo como en el adecuado tratamiento de la DM en los ancianos con demencia.

#### OC-094. UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL ESTUDIO DE DETERIORO COGNITIVO EN POBLACIÓN ANCIANA

A. Arias Pastor, M.P. Gil Villar, E. Blasco Martín, R. Huerto Vilas, J. Balleste Torralba y G. Piñol Ripoll

Hospital Santa María, Lleida.

**Introducción:** Los nuevos criterios diagnósticos de enfermedad de Alzheimer (EA) y deterioro cognitivo leve (DCL) apoyan la utilización de biomarcadores para establecer un nuevo grado de certeza en el diagnóstico de estas entidades. La utilidad de estos biomarcadores, especialmente en relación al depósito de amiloide, es controvertida en edades avanzadas. Valoramos la utilidad de los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) en la práctica clínica habitual para confirmar y/o modificar el grado de certeza en el diagnóstico de los pacientes ancianos en fase de demencia y predemencia.

**Métodos:** Presentamos 138 pacientes mayores de 75 años en que se realizó la determinación de biomarcadores de EA en LCR (amilode, tau y ptau) en el estudio de deterioro cognitivo.

**Resultados:** Presentamos las características clínicas y demográficas de los pacientes. La causa más frecuente de punción fue en pacientes con sospecha de DCL (49,3%), EA (25,4%), demencia no filiada (7,2%) y demencia frontotemporal (2,2% APNF y 2,2% vcDFT). Los pacientes con EA presentaron valores más bajos de amiloide y más elevados de tau y ptau respecto a los controles ( $p < 0,05$ ), mientras que los sujetos

con DCL presentaron valores intermedios entre los EA y controles ( $p > 0,05$ ). En pacientes con DCL, el perfil de biomarcadores en LCR permitió predecir el riesgo de progresión a EA tras una media de dos años de seguimiento. En los casos de demencia no filiada, así como en casos de sospecha de más de una patología subyacente, los biomarcadores permitieron confirmar o excluir el diagnóstico de EA permitiendo realizar un diagnóstico de probabilidad. Comparando con una muestra propia de sujetos menores de 75 años, los valores de amiloide en controles son más elevados que en población joven ( $p < 0,05$ ), pero no en los sujetos con diagnóstico de EA o DCL ( $p > 0,05$ ). No encontramos diferencias significativas en los niveles de tau y ptau comparado entre población anciana y joven ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** La utilización de biomarcadores en LCR en la práctica clínica habitual en población mayor ayuda a modificar el grado de certeza del diagnóstico clínico, y por tanto, el pronóstico de los pacientes, especialmente en fase de predemencia y presentaciones atípicas.

#### OC-095. LA PRESENCIA DE APATÍA EN LOS DISTINTOS SUBTIPOS DE DETERIORO COGNITIVO LEVE

L. Carpio García<sup>1</sup>, E. Edmonds<sup>2</sup>, M.W. Bondi<sup>2</sup> y D. Salmon<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Department of Psychiatry, University of California, San Diego. <sup>3</sup>Department of Neurosciences, University of California, San Diego.

**Objetivos:** La apatía y depresión son las características neuropsiquiátricas más frecuentes del DCL. En la enfermedad de Alzheimer hay argumentos fuertes para considerar que depresión y apatía son dimensiones clínicas independientes. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de apatía en los diferentes subtipos de DCL en sujetos sin depresión y la influencia que tiene ésta sobre la funcionalidad.

**Métodos:** Fueron recogidos datos de 284 controles y 825 pacientes con DCL del Alzheimer's-Disease-Neuroimaging-Iniciative (ADNI), que es un estudio de cohortes prospectivo y multicéntrico. Los pacientes con DCL fueron clasificados, en base al análisis de los diferentes test neuropsicológicos de base, en cuatro grupos: disnómicos ( $n = 153$ ); disejecutivos ( $n = 102$ ); amnésicos ( $n = 288$ ) y cluster-derived normal ( $n = 282$ ) que puntuaron dentro de límites normales en los test cognitivos, a pesar de cumplir con criterios de DCL del ADNI. La presencia de apatía fue determinada por Neuropsychiatric-Inventory-Questionnaire y por los 3 ítems de apatía del 15-item Geriatric-Depression-Scale(GDS). Se consideraron apáticos a los participantes con una puntuación en apatía de GDS-3-apathy  $\geq 1$ . Los participantes fueron divididos en 4 grupos según la presencia o no de apatía y rasgos depresivos. Se excluyeron pacientes con depresión definida como GDS  $\geq 6$ .

**Resultados:** La apatía definida por los ítems de GDS, fue significativamente diferente en los diferentes subtipos de DCL ( $p < 0,001$ ). DCL-disejecutivos (52%) y DCL-Cluster-derived-normal (48,6%), tuvieron la mayor prevalencia de apatía. Cuando apatía fue definida por NPI, los grupos DCL-disejecutivo (18,5%) y DCL-amnésico (15,5%) tuvieron los mayores puntajes de apatía. La gravedad de apatía no estuvo significativamente asociada con los subtipos de DCL. A medida que aumenta la severidad de la apatía, el empeoramiento funcional en Functional-Ability-Questionnaire (FAQ) aumenta ( $p < 0,008$ ). Los rasgos depresivos (GDS12  $\leq 5$ ) fueron más frecuentes en los subgrupos DCL-disnómicos (65,4%) y DCL-amnésico (63,9%).

**Conclusiones:** 1. La prevalencia de apatía difiere entre los subtipos de DCL neuropsicológicamente definidos, siendo más frecuente en DCL-disejecutivos. 2. La presencia de síntomas apáticos de nueva aparición podría predecir un empeoramiento en la memoria, así como de la funcionalidad futura. 3. La valoración de apatía puede ser útil para seleccionar pacientes para un seguimiento estrecho, ensayos clínicos y nuevas intervenciones terapéuticas.

## OC-096. LA DEMENCIA EMPEORA LOS RESULTADOS DE SALUD EN LA FRACTURA DE FÉMUR

M. Espaulella Ferrer<sup>1</sup>, A. Torné<sup>2</sup>, C. Ruiz<sup>3</sup>, E. Puigoriol<sup>4</sup>,  
C. Roca Rabionet<sup>3</sup>, M. Otero-Viñas<sup>5</sup> y J. Espaulella<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu-Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic. <sup>2</sup>Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa. <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu, Vic. <sup>4</sup>Consorci Hospitalari de Vic, Vic. <sup>5</sup>Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic.

**Objetivos:** La fractura de fémur es una causa de morbimortalidad y deterioro funcional en la población envejecida. En Cataluña la tasa anual de fractura de fémur es de 5,93/1.000 habitantes en personas > 65 años. El número de pacientes con deterioro cognitivo (DC) y/o demencia incrementa con la edad y tienen mayor riesgo de caídas. Nuestro objetivo es evaluar si los pacientes con alteración cognitiva muestran una funcionalidad postfractura diferente a los pacientes con cognición normal (CN), valorando así mismo el grado de discapacidad de los pacientes previo a la fractura.

**Métodos:** Este estudio descriptivo incluyó los pacientes con fractura de fémur mayores de 65 años atendidos en un hospital comarcal (población influencia 156.000 habitantes). Se analizaron las siguientes variables: datos sociodemográficos, valoración geriátrica integral a partir de la historia clínica (grado previo de funcionalidad), y encuesta del paciente y/o cuidador principal telefónicamente a los 12 meses del episodio.

**Resultados:** Se incluyeron 196 fracturas de fémur (incidencia fractura de fémur de 7,3/1.000 habitantes). La media de edad de los pacientes era de  $84,22 \pm 6,89$  años y un 69,4% eran mujeres. Un 53,1% de los pacientes presentaban DC. Se observaron diferencias significativas en el porcentaje de mortalidad entre los dos grupos, un 38,2% de mortalidad en los pacientes con DC frente a un 20% en los pacientes con CN ( $p = 0,005$ ). El 20% de los pacientes con CN se mantienen autónomos fuera del domicilio postfractura, en cambio de los pacientes con DC solo el 3,1% se mantienen autónomos ( $p = 0,003$ ). Un 56,3% de los pacientes con CN recuperaron la funcionalidad previa a la fractura (se considera retorno a la normalidad índice de Barthel  $\leq 10$ ) frente a un 46% de los pacientes con DC ( $p = 0,542$ ). Un 44,9% de los pacientes con CN manifestaron mantener la funcionalidad previa a la fractura frente a un 29,2% de los pacientes con DC ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** La fractura de fémur es muy frecuente en los pacientes ancianos y conlleva una pérdida de funcionalidad superior en pacientes con DC. Los pacientes con fractura de fémur y DC tienen un mayor índice de mortalidad postfractura de fémur y peores resultados de salud.

## OC-097. MOVILIZACIONES NEUROMENÍNGEAS. NEURODINAMIA. UN PASO MÁS HACIA LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL

S. del Catañedo Arenas, A. García Ojeda y N. Arranz Cervantes  
Centro Alicia Koplowitz, Madrid.

**Objetivos:** Reducir dolor a nivel musculoesquelético y del sistema nervioso resistente a todas las intervenciones. Aumentar rango articular de las principales articulaciones. Mejorar la independencia funcional y calidad de vida de la persona.

**Métodos:** Neuromeníngea (movilización neuromeníngea y puesta en tensión de los nervios) dirigida a personas con esclerosis múltiple mayores de 60 años. Se establece dos grupos de intervención: Intervención individual (II) (25 personas) movilizando de forma pasiva todos los nervios. Intervención grupal (IG) (12 personas) con ejercicios que abarcan la movilización de dichos nervios de forma activa. Se valora pre intervención y cada tres meses: rango articular (goniometro), escala de dolor (EVA), calidad de vida (escala FAMS) y capacidad funcional (índice de Barthel).

**Resultados:** Rango articular: tanto en II como en IG se observa una mejora en la flexo-extensión de todas las cadenas articulares (hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y tobillo). Dolor: la media de los

participantes II pre-intervención era de 7 (desviación típica 2,15) y actualmente es de 5,79 (desviación típica 2,41) ( $p < 0,05$ ). La media de los participantes IG varía de 5,75 (desviación típica 2,42) a 4,33 (desviación típica 3,17) ( $p < 0,05$ ). Capacidad funcional: en la II: la media pre-intervención era de 28,75 (desviación típica 32,45) y actualmente es de 27,83 (desviación típica 33,54) ( $p > 0,05$ ). En la IG la media varía de 42,5 (desviación típica 41,86) a 42,73 (desviación típica 43,90) ( $p > 0,05$ ). Escala de calidad de vida: en la II la media pre-intervención obtenida fue de 110,58 (desviación típica 20,95) y actualmente, la media es de 121,20 (desviación típica de 23,50) ( $p < 0,05$ ). En la IG la media pre-intervención era 114,5 (desviación típica 14,72) y actualmente la media es de 123,25 (desviación típica 15,62) ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los resultados parecen indicar que la utilización de esta técnica podría aumentar el rango articular de los participantes. También, parece que mantendría la independencia funcional de los participantes. Además, parece reducir el dolor lo que influye positivamente en su calidad de vida. Los resultados presentados en este resumen corresponden al primer seguimiento. En caso de ser aceptada la comunicación, en el Congreso se presentaría datos actualizados.

## OC-098. BUSCANDO MEJORAR LA COMUNICACIÓN.

### ATENCIÓN PRIMARIA Y CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

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

**Objetivos:** 1. Analizar la valoración de médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de unas Consultas externas de Geriatría. 2. Conocer los motivos más frecuentes de derivación. 3. Mejorar la comunicación entre consultas de Geriatría y Atención Primaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo y transversal desde octubre 2014 hasta enero 2015. Elaboración de una encuesta de 11 ítems con respuesta múltiple. Se contacta con el coordinador médico de los Centros de Salud que con mayor frecuencia remiten pacientes, para solicitar colaboración en el estudio. Se acude a cada centro para que personal médico cumplimente la encuesta. SPSS.

**Resultados:** Se obtuvieron 52 encuestas de 7 Centros de Salud de Zaragoza. Conocen las consultas de Geriatría 92,3%. Ha solicitado consulta el 78,8%. Frecuencia derivación: 67,3% a veces, 9,6% a menudo, 19,2% nunca. Motivo derivación: valoración geriátrica integral: 53,8%, demencia: 51,9%. Pluripatología: 34,6%, alteración conductual: 21,2%, visados: 15,4%, polimedication: 13,5%. En relación a la demencia suele derivar a otros especialistas simultáneamente: 46,2% a veces, 36,5% a menudo, 11,5% siempre. Obtiene respuesta satisfactoria al motivo de derivación: 51,9% a menudo, 15,4% siempre, 7,7% a veces. Recibe informe por escrito de consulta 55,8% siempre, 15,4% a menudo. Se percibe satisfacción del familiar tras acudir a la consulta: 48,1% a menudo, 17,3% siempre. La valoración del funcionamiento de las consultas: 76,9% adecuado.

**Conclusiones:** La gran mayoría de los médicos de los EAP conoce nuestras consultas, aunque un 19,2% no ha derivado nunca pacientes. Puede estar en relación al desconocimiento de la posibilidad de ser atendido en nuestro centro con independencia del sector sanitario al que pertenece. La valoración geriátrica integral y el deterioro cognitivo son motivos frecuentes de consulta y comprobamos que la demencia es un motivo de derivación simultánea también a otros especialistas, como vemos con frecuencia en el día a día. El funcionamiento de nuestras consultas aprueba con un notable. Valoramos mejorar el acercamiento del S. de Geriatría con los EAP. Se plantea una propuesta futura de trabajo como proyecto de mejora de calidad para buscar nuevos cauces de contacto efectivos que permita hacer más sencilla esta comunicación.

## ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

### OS1: Cognición. Envejecimiento activo

#### OS-002. ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES: EFECTOS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA MEMORIA

Y. Sánchez Carro, L. Pardo Rodríguez, M.L. Delgado Losada  
y J. Sacedo Gómez  
*Universidad Complutense de Madrid, Madrid.*

**Introducción:** El envejecimiento es un proceso multidimensional y multidireccional que implica diferentes cambios morfológicos y fisiológicos. Desde la neuropsicología, el estudio de las funciones cognitivas y, en concreto, la memoria, es la capacidad que ha generado más literatura científica. La mayoría de los estudios se han centrado en conocer cómo y por qué se produce el deterioro de la memoria y cómo diseñar programas de intervención eficaces aplicados a personas mayores con envejecimiento normal.

**Objetivos:** Conocer el efecto de un entrenamiento en memoria sobre la autopercepción del funcionamiento de la memoria y el rendimiento objetivo en esta capacidad, y además estudiar su posible influencia en el afecto y satisfacción con la vida expresados.

**Métodos:** En el estudio han participado 38 sujetos (rango 65-80 años), se les administró los siguientes instrumentos, con los subtest de memoria lógica y lista de palabras de la Escala de Memoria Wechsler y la figura compleja del Rey, el Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana, la Escala de Satisfacción Filadelfia y la escala PANAS. Todos los participantes fueron evaluados en dos momentos, antes y después del entrenamiento. El entrenamiento consistió en 30 sesiones, con una duración de 45 minutos y una frecuencia de 3 sesiones por semana, centradas en el aprendizaje de estrategias y técnicas de memoria. Se realizó un análisis de la varianza mixto de medidas repetidas utilizando el programa SPSS versión 22.

**Resultados:** Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que tras el entrenamiento se produce una mejora estadísticamente significativa en las variables recuerdo de historias a corto y largo plazo; existiendo además una disminución del afecto negativo en el grupo experimental. El ANOVA muestra diferencias significativas por el paso del tiempo [ $F_{1,36} = 11,945$ ,  $p = 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,249$ ]. En cuanto a las quejas subjetivas de memoria, se observa una disminución de las mismas, aunque no significativa en dicho grupo.

**Conclusiones:** La participación en programas de entrenamiento en memoria resulta beneficiosa para la mejora de la memoria declarativa, así como otras variables de tipo afectivo. Resulta necesario proponer la implantación de este tipo de entrenamientos en personas mayores con envejecimiento normal.

#### OS-003. VARIABLES DE PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS COMO PREDICTORES DE LAS QUEJAS SUBJETIVAS Y EL RENDIMIENTO OBJETIVO DE LA MEMORIA EN PERSONAS MAYORES

L. Pardo Rodríguez, Y. Sánchez Carro, M.L. Delgado Losada  
y J. Sacedo Gómez  
*Universidad Complutense de Madrid, Madrid.*

**Introducción:** Las quejas subjetivas de memoria (QSM) son un fenómeno frecuente entre las personas mayores (Montejo et al. 2013). Para el estudio de las QSM se han seguido diferentes líneas de investigación; una de ellas es la relación de las QSM con el rendimiento objetivo de memoria y variables como el estado de ánimo o la personalidad.

Generalmente, las personas con QSM rinden dentro del rango de "normalidad" en las medidas psicométricas estándar, aunque refieran un deterioro en ésta capacidad cognitiva (Steinberg et al, 2013).

**Objetivos:** Estudiar si las variables de personalidad y presencia de síntomas depresivos se relacionan con la presencia de QSM y, además, si estas variables pueden predecir también el rendimiento objetivo de la memoria.

**Métodos:** Se estudió un grupo de 53 sujetos (rango 63-80 años) sin deterioro cognitivo. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana, Escala de Depresión Geriátrica, lista de palabras de Escala de Memoria Wechsler, Test de Memoria Conductual Rivermead e Inventario de Personalidad NEO-FFI. Se realizó un análisis de correlación entre las variables y un análisis de regresión múltiple por pasos utilizando el programa SPSS versión 22.

**Resultados:** Existe correlación significativa de las variables de personalidad Neuroticismo y Responsabilidad y de los síntomas depresivos con las QSM y, además, también se ha encontrado correlación significativa de la variable de personalidad Apertura a la Experiencia y de los síntomas depresivos con el rendimiento objetivo de la memoria. Los análisis de regresión han revelado que la variable de personalidad Responsabilidad y los síntomas depresivos explican el 29,9% ( $p < 0,001$ ) de la varianza de las QSM. Por otra parte, la variable de personalidad Apertura a la Experiencia y los síntomas depresivos permiten explicar el 18,6% ( $p < 0,001$ ) de la varianza del rendimiento objetivo de la memoria.

**Conclusiones:** Los síntomas depresivos y las variables de personalidad influyen tanto en las QSM como en el rendimiento objetivo. Se recalca la necesidad de emplear, en futuras investigaciones, pruebas de evaluación más cercanas a las situaciones de la vida real que permitan medir de forma más ecológica rendimiento objetivo de la memoria.

#### OS-004. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (CASP-19) EN PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO. ESTUDIO EXPLORATORIO

G. Pérez-Rojo y C. Segovia  
*Universidad CEU San Pablo, Madrid.*

**Introducción:** A pesar de que existen innumerables publicaciones que analizan la calidad de vida (CV), no existe un consenso universal respecto a su definición. CV es un constructo ampliamente utilizado en el ámbito gerontológico, aunque su multidimensionalidad, componentes objetivos y/o subjetivos, etc., conllevan dificultades para su evaluación, más aún en el caso de personas mayores con deterioro cognitivo (DC), grupo en el que se ha investigado menos este tema. Además, en muchas ocasiones se ha establecido un sinónimo entre salud y calidad de vida, basándose en el paradigma dominante del déficit en las personas mayores, especialmente en personas mayores (DC).

**Objetivos:** Conocer las características psicométricas de la Escala de Calidad de Vida (CASP-19) con personas mayores con DC.

**Métodos:** Entrevista personal con 60 personas mayores (48,3% hombres y 51,7% mujeres) con una edad media de 82,53 (DT = 4,25) (rango = 69-92) y con una puntuación media en el CAMCOG de 62,95 (DT = 3,41) (rango = 54-68). Se ha realizado un análisis factorial exploratorio para validar la estructura interna de la escala probando los tres modelos disponibles en la literatura con un solo factor, dos y cuatro factores.

**Resultados:** La consistencia interna de la escala, calculada mediante el alfa de Cronbach fue de 0,963. La estructura del análisis factorial indicó la presencia de una única dimensión que explica un 60,34% de la varianza explicada.

**Conclusiones:** El cuestionario presenta buenas propiedades psicométricas para la evaluación de la CV en personas mayores con DC.

## **OS-005. PERFIL COGNITIVO DE LOS PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DE LA METACOGNICIÓN Y LA ACTIVIDAD**

D. Facal<sup>1</sup>, C. Lojo-Seoane<sup>1</sup>, A. Felpete<sup>2</sup>, N. Riaño<sup>2</sup>, M. Campos-Magdaleno<sup>1</sup> y S. Mallo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicoloxía Evolutiva, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. <sup>2</sup>AGADEA, Santiago de Compostela.

**Objetivos:** Se presenta el Programa Estima de estimulación de la metacognición y la actividad en personas mayores, implementado por la Unidade de Psicoxerontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela (USC), y la Asociación Galega de Axuda Dos Enfermos con demencia tipo Alzheimer (AGADEA) dentro de su programa de envejecimiento activo. El programa promueve una estimulación activa y participativa de las capacidades cognitivas a través de una aproximación teórico-práctica y del entrenamiento en estrategias para la vida diaria. El objetivo del presente trabajo es informar del perfil cognitivo de los participantes en el estudio piloto, reflexionando sobre la adecuación de las actividades propuestas.

**Métodos:** Se analizaron los datos de 42 participantes, de los cuales 21 provienen de Ribeira, 13 de A Estrada y 8 de Santiago de Compostela, en la provincia de A Coruña. El rendimiento cognitivo se evaluó a través de pruebas de fluidez semántica y fonológica, dígitos directos e inversos, lista de aprendizaje de palabras de la escala Wechsler de memoria, y clave de números del WAIS.

**Resultados:** El 83,7% de las personas participantes son mujeres, el 62,8% están casadas, la edad media fue de 71,29 (DT = 7,41), el índice de comorbilidad de Charlson es relativamente bajo (media < 1) y el nivel de quejas de memoria moderadamente alto. El 69,8% tiene estudios primarios, si bien el 55,8% tiene un nivel de reserva cognitiva medio según el CRI-q, lo que indica una elevada actividad cognitiva. Los resultados obtenidos son los esperados según el grupo de edad. Se producen diferencias de rendimiento según el lugar de aplicación del curso, presentando los participantes de A Estrada puntuaciones más bajas en fluidez y aprendizaje de palabras, y más altas en el aprendizaje de clave de números.

**Conclusiones:** Los resultados presentados muestran un perfil de usuario activo, aunque de nivel educativo relativamente bajo, y con buen estado de salud física. Es necesario tener en cuenta el lugar de aplicación del programa en relación a los procesos cognitivos entrenados.

## **OS-006. DISTRIBUCIONES DE PROBABILIDAD BINOMIAL EN UN ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE DETERIORO COGNITIVO LIGERO (DCL)**

D. Facal<sup>1</sup>, J. Guàrdia-Olmos<sup>2</sup>, C. Lojo-Seoane<sup>1</sup>, A.X. Pereiro<sup>1</sup> y O. Juncos-Rabadán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicoloxía da Educación, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Àrea de Metodología de les Ciències del Comportament, Universitat de Barcelona, Barcelona.

**Objetivos:** La probabilidad total no es un modelo óptimo para describir las transiciones en el estudio del deterioro cognitivo ligero (DCL) debido a que la probabilidad de transiciones y conversiones diagnósticas en las sucesivas evaluaciones está influida por la distribución de los diagnósticos en línea base. Nos proponemos presentar un modelo de transiciones y conversiones entre las segundas y terceras evaluaciones en un estudio longitudinal del DCL que tenga en cuenta la probabilidad condicionada. Se calculan los odds ratio para los cambios que sugieren empeoramiento y mejoría, y se exploran los efectos de la atracción en las transiciones y conversiones.

**Métodos:** Se incluyeron en el estudio 435 participantes mayores de 50 años con quejas subjetivas de memoria. Los participantes se clasificaron en Controles con quejas subjetivas (N = 293), DCL multidominio amnésico (DCL-md; N = 40), DCL unidominio amnésico

(DCL-uda; N = 68) y DCL no amnésico (DCL-na; N = 34). 415 sujetos completaron el estudio en segunda evaluación y 330 en tercera. Se calculan las probabilidades de P (B/A), en la que A es la categoría diagnóstica de referencia (i.e., línea base o segunda evaluación) y B la categoría diagnóstica resultado (i.e., segunda evaluación cuando se compara con línea base y tercera evaluación cuando se compara con la segunda).

**Resultados:** Se incluyen sendos modelos gráficos de probabilidad P (B/A) entre segundas y primeras, y entre terceras y segundas. Las odds ratio son mayores entre tercera y segundas para la evolución, y menores para la mejoría.

**Conclusiones:** Frente a los modelos de probabilidad simple, las odds ratio muestran patrones específicos de empeoramiento y recuperación entre la segunda y la tercera evaluación. Tener en cuenta los casos perdidos aumenta el conocimiento, al incluir en el estudio de la probabilidad una sub-muestra que habitualmente se desecha.

## **OS-007. APPLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

M.L. Delgado Losada, V. Bowen Sanz, I. Marrero Suárez,

A. Sotillo del Potro y C. Vara-García

Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

**Introducción:** El paulatino proceso de envejecimiento que ha sufrido la población debido al aumento de la esperanza de vida y los avances médicos se refleja también en la población de personas con discapacidad intelectual (DI). Los indicadores de deterioro en personas con DI comienzan a mostrarse a partir de los 45 años. Los procesos cognitivos afectados por el envejecimiento prematuro son, dificultades en orientación temporo-espacial, memoria, organización, categorización y abstracción y comprensión de instrucciones, cambios en el estado emocional y conductual. Son escasas las intervenciones dirigidas a mantener y estimular las capacidades cognitivas preservadas de las personas con DI, a pesar de que para el resto de colectivos sus beneficios están ampliamente difundidos.

**Objetivos:** Estudiar la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en el mantenimiento y/o mejora de procesos cognitivos como orientación, atención, memoria, pensamiento abstracto, lenguaje y percepción, en un grupo de personas con DI en proceso de envejecimiento.

**Métodos:** El grupo está formado por 21 personas con DI, media de edad 45 años (DE = 5,24; 40-58 años). Instrumentos: Batería neuropsicológica para DI, CAMCOG-DS (Esteba-Castillo et al, 2013) que evalúa: orientación, lenguaje, memoria, atención, praxis, pensamiento abstracto y percepción. Programa de estimulación: 10 sesiones, material acorde a las capacidades de los participantes. Diferentes contrastes estadísticos, fueron realizados para comprobar la existencia de diferencias significativas, para el efecto del programa se realizó un ANOVA con el paquete estadístico SPSS v22. La significación adoptada fue  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Los resultados muestran una discreta mejora en variables como orientación y atención, mientras que el resto de variables estudiadas no presentan cambios significativos. Sin embargo, se observa un efecto subjetivo beneficioso tras la participación en el programa, quienes refieren haber aprendido algunas técnicas para mejorar su atención.

**Conclusiones:** Es importante realizar programas de estimulación cognitiva que permitan mantener las capacidades cognitivas de las personas con DI en proceso de envejecimiento. Diversos estudios han demostrado que las personas con DI, bajo condiciones ambientales apropiadas y con intervención sistemática continua, pueden aumentar su nivel de funcionamiento. El deterioro del funcionamiento cognitivo en adultos con DI puede ser modificado a pesar de la discapacidad (Lifshitz-Vahav, 2015).

## OS-008. VIDA COTIDIANA Y DEMENCIAS: INTERVENCIONES BASADAS EN LA VIDA COTIDIANA

J. Yanguas Lezaún<sup>1</sup>, A. García-Soler<sup>1</sup>, A. Rodríguez-Laso<sup>2</sup>, M. Iturburu<sup>1</sup>, E. Aldaz<sup>1</sup>, M.T. Sancho<sup>1</sup> y P. Díaz-Veiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Matia Instituto, San Sebastián. <sup>2</sup>Universidad Europea, Madrid.

**Objetivos:** La atención acerca de procedimientos de evaluación e intervención para personas con demencia en sus entornos cotidianos está cobrando progresivo interés. En esta comunicación se aborda la conceptualización de las estrategias que las personas con demencia tipo Alzheimer en estudios iniciales que viven en la comunidad, ponen en marcha de manera natural para hacer frente a los déficits cognitivos derivados de su enfermedad con el objetivo de diseñar intervenciones basadas en la vida cotidiana, que maximicen la autonomía y el bienestar de las personas.

**Métodos:** Se realizaron seguimientos de la vida cotidiana de las personas (dentro y fuera de la casa) durante un año, pautados, a través de observación de las rutinas (compras, cocina, uso del dinero, baño, higiene, limpieza y organización de la casa, paseos, etc.) en el domicilio, de la vida diaria en una muestra de seis individuos con demencia tipo Alzheimer (GDS 3 y GDS 4) que viven solos en la comunidad y entrevistas en profundidad a sus familiares cuidadores.

**Resultados:** Se han identificado los procesos comunes que todos los sujetos de la muestra ponen en marcha para maximizar la autonomía en la vida cotidiana que incluyen: a) procesos de selección y optimización de destrezas y habilidades; b) rutinización y c) elaboración de estrategias. Las estrategias utilizadas se pueden clasificar en cuatro tipos complementarios: a) visualización, b) rigidificación, c) reducción de la complejidad y d) repetición.

**Conclusiones:** La presente investigación ha identificado estrategias naturales que las personas con demencia tipo Alzheimer ponen en marcha de manera natural para hacer frente a los déficits derivados del desarrollo de su enfermedad. A partir de éstas, es factible diseñar programas de rehabilitación y mejora del funcionamiento cognitivo que en su caso: a) faciliten la elaboración de dichas estrategias; b) su mantenimiento en el tiempo y c) la vida en el domicilio.

## OS-009. ENVEJECIENDO BIEN: UN ACERCAMIENTO CUALITATIVO A LA REALIDAD DE VOLUNTARIOS MAYORES

C. Jatahy Peixoto y J.J. Zácarés González

Universidad de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** El particular desarrollo de la generatividad en la vejez constituye un tema de creciente interés en la investigación psicológica por su clara conexión con el bienestar personal y la participación social de los mayores. Ambos aspectos se incluyen como componentes de un envejecimiento satisfactorio. En esta dirección nos planteamos los siguientes objetivos: Identificar los aprendizajes que los mayores realizan a partir de su actividad de voluntariado y la percepción del mismo: ¿Qué piensan, sienten y descubren las personas a través del voluntariado? ¿Qué valor puede tener el voluntariado para su envejecimiento? Conocer hasta qué punto la actividad de voluntariado en la vejez refleja la capacidad generativa de la persona mayor tanto en el momento presente como en su trayectoria biográfica previa. Valorar si el voluntariado constituye un "punto de inflexión" en su desarrollo personal: ¿Hay un "antes y después" en sus vidas debido a la relación que construyen con los asistidos?

**Métodos:** Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas a personas mayores que llevaban, en el momento de la entrevista, por lo menos 6 meses como voluntarias en alguna institución (voluntariado formal). Se diseñó la entrevista para profundizar en el sentido que tiene la actividad del voluntariado en su proceso de envejecimiento. Para el análisis de los datos utilizamos el método de análisis de contenido.

**Resultados:** Los resultados demuestran que las personas mayores reconocen que el voluntariado contribuye al envejecimiento activo y positivo. En este sentido sirve al ejercicio de la generatividad, pro-

mueve la desmitificación de estereotipos, así como contribuye al crecimiento personal y social en la convivencia con los asistidos.

**Conclusiones:** Concluimos que el voluntariado funciona como una actividad potenciadora en las personas mayores de su bienestar físico y psicológico, así como de su sentido de integración psicosocial.

## OS2: Atención centrada en la persona. Relaciones intergeneracionales

### OS-010. INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN SERVICIOS GERONTOLOGICOS.

#### VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL PERSON-CENTERED CARE ASSESSMENT TOOL (P-CAT) EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

T. Martínez Rodríguez<sup>1</sup>, J. Suárez Álvarez<sup>2</sup>, J. Yanguas Lezaún<sup>3</sup> y J. Muñiz Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>Universidad de Oviedo, Oviedo. <sup>3</sup>Instituto Fundación Matia, San Sebastián.

**Objetivos:** Asistimos a un creciente interés hacia los modelos de atención centrada en la persona como estrategia de mejora de la calidad asistencial de los servicios gerontológicos. Dada la escasez de instrumentos de medida diseñados desde este enfoque, el objetivo de este trabajo ha sido la adaptación y validación al español del *The Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT)*, prueba original en inglés de Edvardsson et al. (2010) de 13 ítems que evalúa esta atención a través del juicio de los profesionales de atención directa.

**Métodos:** Se llevó a cabo la traducción y adaptación del P-CAT al español siguiendo las directrices de la 2<sup>a</sup> edición de las Directrices de la ICT. Se aplicó a una muestra de 1.681 profesionales de 98 centros (56 residencias y 42 centros de día) de 14 comunidades autónomas. Se estudiaron sus propiedades psicométricas tanto desde la Teoría Clásica de los Tests como desde la Teoría de Respuesta al Ítem.

**Resultados:** Los coeficientes de fiabilidad de la versión española del P-CAT fueron elevados (coeficiente alfa de 0,890 en residencias y 0,817 en centros de día; coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,790). La Función de Información del P-CAT mostró una buena precisión para un amplio rango de puntuaciones en la variable medida. La estructura factorial de la prueba es esencialmente unidimensional y los índices de discriminación de los ítems son adecuados, con valores entre .26 y .60. En cuanto a las evidencias de validez en relación con otras variables, destacan las correlaciones entre el P-CAT y el clima organizacional ( $r = 0,624$ ), y el factor de *burnout* agotamiento emocional ( $r = -0,51$ ).

**Conclusiones:** La versión española del P-CAT presenta unas buenas propiedades psicométricas para su uso en la evaluación de la ACP de estos centros, tanto con fines profesionales como de investigación. Su principal utilidad es su utilización como medida abreviada de la ACP en investigación, así como indicador de seguimiento de la calidad de los servicios. Su principal limitación es la subjetividad implícita a toda medida de autoinforme, por ello se recomienda combinar esta medida con la opinión de las personas usuarias y con indicadores más objetivos.

## **OS-011. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN SERVICIOS GERONTOLOGICOS. VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL STAFF ASSESSMENT PERSON-DIRECTED CARE QUESTIONNAIRE EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA**

T. Martínez Rodríguez<sup>1</sup>, J. Suárez Álvarez<sup>2</sup>, J. Yanguas Lezaún<sup>3</sup>  
y J. Muñiz Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias, Oviedo. <sup>2</sup>Universidad de Oviedo, Oviedo. <sup>3</sup>Instituto Fundación Matia, San Sebastián.

**Objetivos:** Dado el creciente interés hacia la aplicación de modelos de Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos, a la par de la escasez de instrumentos de medida diseñados desde este enfoque, el objetivo de este trabajo ha sido adaptar y validar al español el *Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire* (PDC), prueba original en inglés de White et al. (2008) compuesta por un total de 2 dimensiones, 8 factores y 50 ítems que evalúa la ACP a través del juicio de los profesionales.

**Métodos:** Se llevó a cabo la traducción y adaptación del PDC al español siguiendo las directrices de la 2<sup>a</sup> edición de las Directrices de la ICT. Se aplicó a una muestra de 1.681 profesionales de 98 centros (56 residencias y 42 centros de día) de 14 comunidades autónomas. Se estudiaron las propiedades psicométricas del instrumento tanto desde la Teoría Clásica de los Tests como desde la Teoría de Respuesta al Ítem.

**Resultados:** Los coeficientes de fiabilidad de la versión española del P-CAT fueron elevados (coeficiente alfa de 0,968 en residencias y 0,958 en centros de día; coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,887). La Función de Información del P-CAT mostró una buena precisión para un amplio rango de puntuaciones en la variable medida. La estructura factorial de la prueba, esencialmente unidimensional, confirma la existencia de dos dimensiones y ocho factores. Todos los ítems presentan unos adecuados índices de discriminación. En cuanto a las evidencias de validez en relación con otras variables, destacan las correlaciones entre el PDC y el P-CAT ( $r = 0,692$ ), el clima organizacional ( $r = 0,673$ ), y los factores de burnout agotamiento emocional ( $r = -0,431$ ) y realización personal ( $r = 0,457$ ).

**Conclusiones:** La versión española del P-CAT presenta unas excelentes propiedades psicométricas para su uso en la evaluación de centros, tanto con fines profesionales como de investigación. La extensión y composición factorial proporciona a la prueba, frente a escalas breves, mayor capacidad para orientar a los servicios. Al ser una medida de autoinforme su principal limitación es la subjetividad, por ello se recomienda combinar esta medida con la opinión de las personas usuarias y con indicadores más objetivos.

## **OS-012. PROVISIÓN DE ATENCIÓN INTEGRADA A PERSONAS MAYORES CON NECESIDADES COMPLEJAS: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES**

J. Corral

Interterritorial Prevención, Madrid.

**Objetivos:** Exponer los beneficios –en términos de mejora en la coordinación de cuidados y la continuidad asistencial, en la eficiencia del gasto público, así como en la satisfacción de los usuarios, familias y profesionales– que ofrecen los modelos de atención integrada social y de salud para personas mayores con necesidades múltiples y complejas.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre experiencias de integración de servicios sociales y de salud para personas mayores con necesidades complejas en siete países con poblaciones muy envejecidas (Australia, Canadá, EEUU, Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia). Los modelos estudiados reunían las siguientes características: un sistema de servicios integrados de ámbito comunitario que ofrece atención primaria y especializada social y de salud; un único punto de acceso; responsabilidad clínica y financiera de los cuidados para una población definida; una práctica asistencial basada en equipos interdis-

ciplinares coordinados por gestores de caso; un sistema de evaluación único; y, una historia electrónica clínico-social compartida.

**Resultados:** No existe un modelo organizativo único para adoptar un enfoque de atención integrada. El punto de partida debe ser un modelo de servicio clínico diseñado desde el ámbito local. Los profesionales deben trabajar en equipos interdisciplinares (con funciones claramente definidas) o redes de proveedores donde el médico de familia juega un papel nuclear. Un mayor uso de las TIC es potencialmente un factor importante de la atención integrada, pero no es una condición necesaria. El contacto personal con un gestor de caso es más eficaz que la monitorización a distancia o el soporte telefónico. Las evaluaciones, muestran: una menor frecuentación de las urgencias hospitalarias; una disminución de las tasas de institucionalización; una coordinación más ágil en la provisión de cuidados y una gestión más eficiente de los recursos disponibles; una mayor satisfacción de los usuarios, familias y profesionales, y una disminución notable de los costes presupuestarios.

**Conclusiones:** Los modelos de atención integrada para personas mayores con multimorbilidad y necesidades complejas, representan una alternativa emergente, eficiente y muy bien valorada por los pacientes, familias y profesionales, al garantizar cuidados sociales y de salud accesibles, continuados y en el propio entorno.

## **OS-013. ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ EN UNIVERSITARIOS MEXICANOS: DIFERENCIAS DE ACUERDO AL GÉNERO**

M. Ornelas Contreras, E.V. Benavides Pando,

J.M. Rodríguez Villalobos y J.R. Blanco Ornelas

Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México.

**Introducción:** La vejez está acompañada de cambios que afectan el nivel de independencia y productividad de los adultos mayores; empero la percepción de los jóvenes está llena de creencias y estereotipos que, en ocasiones, no se corresponden con la realidad. Esta percepción puede estar originada en una tendencia por resaltar los aspectos negativos asociados a la vejez, entenderla de una forma pesimista y como un progresivo declive de la vida (Latorre y Montañés, 2004). El desarrollo de actitudes negativas ha categorizado equivocadamente la vejez como una etapa puramente incompetente y aversiva. Imagen que es causante de los prejuicios hacia los mayores (Hernández, 2010).

**Objetivos:** Comparar prejuicios hacia la vejez de mujeres y hombres universitarios mexicanos del área de la actividad física.

**Métodos:** Muestra 592 participantes, 357 mujeres y 235 hombres, obtenida por muestreo de conveniencia. Mujeres entre los 18 y 28 años, con una media de 20,40, DE de 1,87 años; y hombres entre los 18 y 28 años, con una media de 20,48 y DE de 2,06 años. Instrumento: cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) de Mena, Sánchez-Palacios y Triana (2005). Diseño: enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo y transversal tipo encuesta. Variable independiente: género y variables dependientes; promedio de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del cuestionario.

**Resultados:** El MANOVA mostró diferencias globales estadísticamente significativas en la variable género en las puntuaciones de los estereotipos negativos hacia la vejez ( $\text{Wilks } \lambda = 0,861, p < 0,001$ ). Los ANOVAs indicaron que, en comparación con las mujeres, los hombres muestran puntuaciones más altas en todas las subescalas; Salud ( $F = 16,459, p < 0,001$ ), Motivación-social ( $F = 88,098, p < 0,001$ ). Carácter-Personalidad ( $F = 49,957, p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los hombres universitarios, manifiestan mayores prejuicios hacia la vejez en lo que se refiere a la salud física, salud mental, motivación, relaciones interpersonales, de carácter y personalidad de los adultos mayores; resultados que coinciden con los encontrados por Söderhamn et al (2001); diferencias que pueden ser el resultado del proceso de socialización que da lugar a que hombres y mujeres tengan una percepción diferente de la vejez.

#### **OS-014. ¿ESTÁ EN PELIGRO LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL? EL CUIDADO INFORMAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES**

P.G. Mota Lourenço<sup>1</sup>, F. Melchor<sup>2</sup> y M.P. Freire Esparis<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>USC, Setúbal, Portugal. <sup>2</sup>Grupo de Analise e Modelización Económica (GAME). <sup>3</sup>Facultade de CC. Económicas e Empresariais, Universidade de Santiago de Compostela, A Coruña.

**Introducción:** La Estrategia Europa 2020 afronta como una prioridad dar respuesta al reto social y económico que supone una realidad demográfica caracterizada por un intenso envejecimiento poblacional. En un contexto de preocupación creciente, 2012 fue declarado Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad entre Generaciones. Entre otros objetivos, la Unión Europea quiere fomentar el compromiso de los jóvenes con el bienestar de los futuros mayores no solo a través del estado del bienestar (cuidado formal), sino también desde la actuación individual (cuidado informal), ya que la solidaridad intergeneracional es un elemento esencial para afrontar el reto del envejecimiento con garantías.

**Objetivos:** Evaluar la percepción de la corte de 16-19 años de edad (alumnos matriculados en la enseñanza secundaria) sobre el envejecimiento poblacional en su entorno más cercano, analizando su percepción sobre el desgaste emocional y físico del cuidador informal en la familia, el grado de autonomía y de dependencia de los abuelos, el uso del tiempo de la familia dedicado a los cuidados de los abuelos y su disponibilidad para apoyar en las actividades de la vida diaria a las personas mayores de su entorno.

**Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio cuantitativo sobre la base de un amplio cuestionario individual realizado a alumnos matriculados en el curso 2014-2015 en las escuelas secundarias del municipio de Setúbal, Portugal. Se han aplicado diferentes cuestionarios validados para estudiar diferentes dimensiones, como la opinión de quien cuida, el grado de autonomía de los abuelos, el uso del tiempo y la disponibilidad para cuidar de mayores.

**Resultados:** Del análisis estadístico de los cuestionarios se puede concluir que el Grado de Autonomía y el Grado de Dependencia son las dos dimensiones donde la percepción de los jóvenes es más elevada, siendo la percepción más baja cuando se pregunta por su disponibilidad para cuidar a personas mayores.

**Conclusiones:** Se constata una baja disponibilidad para cuidar a las personas mayores incluso en el entorno más próximo. Conocer las causas y elementos que están determinando esta percepción facilitaría la toma de medidas para modificar una situación que en un futuro próximo podría comprometer la solidaridad intergeneracional.

#### **OS-015. FORMACIÓN POSGRADUADA Y ESPECIALIZADA DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN INTERMEDIA EN CATALUÑA**

I. Bullich Marín<sup>1</sup>, C. Planas Campmany<sup>1</sup>, M. Garreta Burrel<sup>2</sup>, E.M. Melendo Azuela<sup>3</sup>, A. Monterde Martínez<sup>4</sup>, M.E. Juvé Udina<sup>5</sup> y R. Miralles Basseda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona. <sup>2</sup>Parc Salut Mar-Centro Fórum, Barcelona. <sup>3</sup>Consorci Sanitari Integral-HSS de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>4</sup>Centro Sociosanitario el Carme Badalona Serveis Assistencials, Badalona. <sup>5</sup>Instituto Catalán de la Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona.

**Objetivos:** Describir el nivel formativo de posgrado de las enfermeras que trabajan en las unidades sociosanitarias de atención intermedia (USSAI) de Cataluña y analizar la relación de los niveles formativos adquiridos y vinculados a la atención intermedia (AI) con las características de las enfermeras.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo realizado en 14 centros sociosanitarios (CSS), con una muestra de 501 enfermeras que respondieron a un cuestionario entre octubre-diciembre 2014. Las variables de estudio fueron: nivel máximo de formación general, en gestión y específica de AI (posgrado, máster, especialidad, doctorado); edad; sexo; país; centro; grupo profesional; jornada; turno; número y tipo de unidades de trabajo; experiencia (tiempo como enfermera y en CSS). Análisis univariado (número y porcentajes) y bivariado (t- Student y chi-cuadrado) con SPSS-18.

**Resultados:** Respuesta 75,4% (n = 378). 216 enfermeras (57,14%) tenían formación posgrada [FPG (máster y/o posgrado)]. De éstas, 102 (47,2%) tenían FPG específica de AI (FPGE), 21 (9,72%) FPG en gestión (FPGG) y 51(23,61%) la especialidad enfermería geriátrica (EEG). De las 102 enfermeras con FPGE (26,98% del total), 9 (8,91%) también tenían FPGG, 42 (41,18%) la EEG y una era doctora. De 21 enfermeras que tenían FPGG (8,20% del total), 9 (42,86%) tenían también la EEG. El porcentaje de enfermeras con FPGE, FPGG y EEG se asocia con mayor edad, mayor experiencia enfermera y en el ámbito SS, trabajar de día y sin turno rotativo y tener jornada completa (todas p < 0,05). Además, la FPGE también se asocia con ser español y trabajar en cuidados paliativos; la FPGG se asocia a ocupar cargo de responsabilidad, trabajar en psicogeriatría y mayor número de unidades de trabajo; y la EEG con ser español, ocupar cargo de responsabilidad y trabajar en convalecencia-posagudos.

**Conclusiones:** Más de la mitad de enfermeras tienen FPG y casi un tercio tienen FPGE. Una de cada cuatro enfermeras tiene la EEG. La edad, la experiencia enfermera y en SS, el turno y el tipo de jornada se relacionan con tener FPG y la EEG. Cuatro de diez enfermeras tiene FPG no relacionada con su trabajo.

#### **OS-016. COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA: PROTOCOLO PARA INCORPORAR EL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA) EN UNA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL<sup>3</sup>**

L. Zurbanobeaskoetxea<sup>1</sup>, R. Torre<sup>1</sup>, B. Pablos<sup>2</sup>, A. Gonzalo<sup>3</sup> y N. Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Diputación Foral de Bizkaia, Bilbao. <sup>2</sup>Colegio de Médicos de Bizkaia, Bilbao. <sup>3</sup>Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Bilbao. <sup>4</sup>Ayuntamiento de Bilbao, Bilbao.

**Introducción:** Conscientes de que la valoración y orientación en situaciones de dependencia y la consecuente elaboración de una propuesta de servicios y prestaciones asociados a la cartera de la Ley 39/2006, es sólo una parte de la atención que requiere la persona, es una necesidad integrar en lo posible el Programa Individual de Atención (PIA) en una atención sociosanitaria integral. Es imprescindible establecer cauces de comunicación y participación para los/as diferentes profesionales implicados en aras de poder ajustar en lo posible esta propuesta de servicios y prestaciones a la continuidad de cuidados requerida. En el momento actual se dan condiciones favorables para desarrollar el proyecto aunando: la visita conjunta de médico/a o psicólogo/a y trabajador/a social para valoración y orientación de dependencia, y utilización de diferentes instrumentos de evaluación de la situación (RAI, Escala Guberman de sobrecarga de la persona cuidadora...) y los avances en coordinación sociosanitaria: implementación de comisiones sociosanitarias y elaboración de protocolos, o desarrollo de la atención primaria sociosanitaria, entre otros.

**Objetivos:** Mejorar la atención a personas que solicitan la valoración de la dependencia mediante la actuación coordinada y conjunta de todos/as los/as profesionales y agentes implicados/as, comprometidos a intervenciones conjuntas interdisciplinares, y concretamente mediante la incorporación del PIA en una atención integral e integrada.

**Métodos:** Grupo de trabajo con profesionales del ámbito sanitario y de los servicios sociales de nivel primario y secundario, que realizaron: revisión de la propuesta de servicios y prestaciones; validación de indicadores para diferentes niveles de comunicación y coordinación y elaboración de herramientas de apoyo.

**Resultados:** Nuevo modelo de propuesta de servicios y prestaciones con inclusión de actuaciones sociosanitarias a llevar a cabo. Indicadores de consenso para establecer diferentes niveles de comunicación y coordinación. Ficha de interconsulta sociosanitaria para

intercambio de información. Establecimiento de profesionales de referencia y canal de comunicación.

**Conclusiones:** Se ha elaborado una herramienta común, con lo que supone de unificación de objetivos y lenguaje, y constituye el eje transversal de colaboración. Se ha profundizado en la coordinación y efectividad del modelo sociosanitario (consenso y uso de herramientas compartidas).

#### **OS-017. ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA DESDE UN SERVICIO**

##### **DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. ESTUDIO EXPLORATORIO**

M.L. Delgado Losada<sup>1</sup>, G. Pérez Rojo<sup>2</sup>, M.D.M. Díaz Parreño<sup>1</sup>, M. Gascón Fuentes<sup>1</sup> y L. Gallego-Alberto Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid, Madrid. <sup>2</sup>Universidad San Pablo CEU, Madrid.

**Introducción:** La atención centrada en la persona (ACP) es un modelo de trabajo para cuidar bien y ganar en calidad de vida de las personas desde la atención profesional. La literatura disponible del modelo de ACP se limita al ámbito institucional, pero puede ser aplicada a profesionales del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) del ámbito comunitario.

**Objetivos:** Analizar, de forma innovadora y pionera, si desde el SAD se sigue un modelo de ACP, y la influencia de variables asociadas, imagen social del envejecimiento, síndrome de burnout y clima laboral.

**Métodos:** Muestra: 23 auxiliares del SAD, 2 zonas urbanas. Instrumentos: Para ACP se adaptaron al ámbito comunitario, P-CAT y PDC. Factores asociados: MBI, CENVE y CLIOR. Se realizaron análisis de fiabilidad, correlaciones y pruebas no paramétricas para estudio de diferencias en el modelo de ACP, utilizando el programa computarizado SPSS.

**Resultados:** Las escalas P-CAT y PDC muestran adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0,686$  y  $0,810$ ). Las dos dimensiones de PCD, personal ( $\alpha = 0,749$ ) y ambiental ( $\alpha = 0,660$ ). La escala P-CAT y la PDC total se relacionan positiva y significativamente con estereotipos negativos ( $r = 0,519$  y  $r = 0,551$ ), clima laboral ( $r = 0,526$  y  $r = 0,566$ ) y negativamente con horas trabajadas ( $r = -0,408$  y  $r = 0,467$ ). P-CAT se relaciona con la dimensión personal de PDC ( $r = 0,783$ ), con ambiental ( $r = 0,708$ ), y con puntuación total de PDC ( $r = 0,859$ ). Existen diferencias significativas entre zonas urbanas entre las variables P-CAT, PCD, estereotipos negativos, realización personal del MBI y clima social. Mientras las trabajadoras de Zona Norte presentan mayores puntuaciones en P-CAT, PDC, clima laboral y estereotipos negativos, las trabajadoras de Zona Sur presentaban mayores puntuaciones en realización personal.

**Conclusiones:** Nos encontramos ante un estudio pionero e innovador en la aplicación del modelo de ACP en ámbito comunitario. Es un estudio exploratorio con limitaciones, sus resultados no pueden generalizarse, pero animan a ampliar el estudio. Las escalas modificadas muestran consistencia adecuada, se confirma la relación entre ACP y variables como clima laboral. Se ha encontrado que la ACP es dispensada de forma distinta según zonas, lo que anima a seguir investigando con el objetivo de conocer qué variables personales y/o ambientales pueden estar influyendo en estas diferencias.

#### **OS-018. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA COMO GARANTE DE LOS GUSTOS Y PREFERENCIAS DE LAS PERSONAS**

I. Ancizu García, J. Pascual Torramadé, M. de las Heras, D. Espina Rosales y R. Vacas Bermejo  
SARquavita, Barcelona.

**Introducción:** Los auxiliares de enfermería son figuras centrales del equipo interdisciplinar en los centros sociosanitarios por el mayor

contacto que tienen con los usuarios; aunque en la práctica, no siempre se organiza su labor ni se reconoce adecuadamente.

**Objetivos:** Reforzar y reconocer la labor de los auxiliares mediante la implantación del profesional de referencia (PR) en centros residenciales.

**Métodos:** El PR es un auxiliar y se encarga del apoyo continuado y la atención al detalle de un grupo limitado de usuarios/as de su grupo de cuidado (7-8), ya que con ellos tiene mayor contacto diario permitiendo el establecimiento de un vínculo relacional fuerte. Una vez asignado el PR, se comunica al usuario y al entorno afectivo y se realiza una reunión informal a la que asisten miembros del equipo directivo del centro que hacen la presentación de este profesional y aclararan sus funciones y responsabilidades. Se han desarrollado una serie de registros y valoraciones cuya cumplimentación es responsabilidad del PR y se han incluido en la historia asistencial informatizada de la organización. Se pretende dotar a este profesional de instrumentos que le permitan compartir su información y evaluar resultados.

**Resultados:** Los profesionales reconocen la utilidad de la información aportada por el PR permitiéndoles individualizar y personalizar el plan terapéutico adaptándolo con detalle a cada usuario. Los residentes y sus familias agradecen el papel proactivo del PR y su implicación y eficiencia a la hora de resolver cualquier situación. Además, reconocen el fortalecimiento del vínculo que mejora la calidad de la asistencia prestada. Esto conlleva un aumento en la sensación de seguridad y confianza impactando en el bienestar subjetivo. Actualmente, se está realizando un profundo análisis cualitativo de los grupos focales realizados con usuarios, familiares y profesionales. En el Congreso se presentarán datos definitivos que permitirán confirmar los resultados preliminares.

**Conclusiones:** La formalización y organización del PR ha supuesto una revisión del modelo asistencial de la organización y de los roles de los diferentes profesionales. Los resultados obtenidos aconsejan implantar esta figura en todos los centros de la organización.

#### **OS3: Derechos. Maltrato. Empoderamiento**

##### **OS-019. DETECCIÓN DEL MALTRATO EN EL ANCIANO**

M.D. Serrano Pardo<sup>1</sup>, F. Villena Martín<sup>2</sup>, A.C. Villena García<sup>3</sup>,

M.J. Villena García<sup>4</sup>, M. Martínez Lozano<sup>1</sup> y W. Portorreal Guerrero<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Barrio Monachil, La Zubia, Granada. <sup>2</sup>Centro de Salud Vélez Benaudalla, Vélez Benaudalla, Granada. <sup>3</sup>CIMES, Málaga.

<sup>4</sup>Farmacia Ogijares, Granada. <sup>5</sup>Consulta Privada, Almuñécar, Granada.

**Objetivos:** Detectar síntomas de maltrato físico o psíquico en una población de ancianos de Granada.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal, observacional, de las historias de salud de la población anciana de dos consultorios de atención primaria de Granada durante 2013/14. La selección de la muestra se llevó a cabo de un listado de pacientes mayores de 65 años de edad, separados por rangos de edad (65-74; 75-84; > 85 años) de los consultorios de Atención Primaria de Barrio Monachil (278) y Vélez Benaudalla (240), en los que se llevó a cabo una selección simple, aleatoria, de 20 ancianos de cada listado siendo la muestra final de 60 pacientes. A todos ellos se les realizó una encuesta de conocimiento del tipo de maltrato. Se excluyeron del estudio los pacientes con deterioro cognitivo grave, así como déficits visual o auditivo importantes.

**Resultados:** El 65% de los pacientes de la muestra pertenecían al grupo de edad comprendido entre 75-84 años ( $n = 39$ ). El sexo femenino fue el más frecuente (56%) y el estado civil el de casado (51%) seguido de los viudos (34%). El nivel cultural, el 80% sin estudios y el

nivel ocupacional el 100% jubilados, aunque el 30% de los varones continuaban realizando actividades agrarias propias de forma activa, y el 34% de las mujeres las labores de casa a tiempo completo sin ayuda externa. Se recoge la frecuencia de la incidencia de las diferentes formas de violencia familiar sufridas por el grupo estudiado, siendo los más frecuentes los sentimientos de soledad y abandono (74%) y la pérdida del rol social (75%).

**Conclusiones:** Existe violencia del anciano intrafamiliar, en todas sus gamas, con predominio de la violencia psicológica y emocional. La violencia pecuniaria por omisión está en auge, siendo detectada por el encuestador, aunque es muy difícil de demostrar.

#### OS-020. EL RECONOCIMIENTO DEL CAPITAL CULTURAL DE LA GENERACIÓN SENIOR: UN DERECHO

M.J.C. Comellas i Carbó

Universidad Autónoma de Barcelona, Sardanyola del Vallès.

Se plantea un breve análisis de los diferentes perfiles de la generación senior y los múltiples intereses que despiertan en diferentes sectores sociales: desde una mirada general como apoyo a la generación intermedia para tener cuidado de los nietos y nietas en el entorno familiar, la mirada desde el sector de la economía como generación destinataria de las ofertas de ocio y tecnología, desde el sector social como apoyo voluntario a los servicios y como usuarios de las ofertas culturales y desde el sector de salud y sanidad como grupo destinatario de las acciones que se realizan para lograr una mayor calidad de vida. A partir de esta mirada panorámica se evidencia el sesgo de las propuestas, con las consiguientes interpretaciones y atribuciones del significado y oportunidades de esta etapa de la vida lo que no incide en la disminución de los estereotipos vinculados a la edad cuando se habla del futuro de esta generación: envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida. En este marco se expone el proyecto "Construcción de conocimiento partir de las relaciones multigeneracionales" su enfoque teórico que le sustenta, la metodología seguida en su implementación, un grupo piloto, en un centro de secundaria. Se interpretan las repercusiones en los tres sectores de población implicados: generación junior: alumnado que realiza los trabajos de investigación de bachillerato, generación intermedia: profesorado de dicho centro y generación senior. Se presenta el debate realizado haciendo hincapié en la necesidad de ofrecer alternativas que favorezcan las relaciones entre todas las generaciones no para hacer tareas de apoyo, sino que ahonden en los conocimientos y experiencias que dignifiquen los saberes y el aporte de esta generación así como puedan contribuir en la disminución de la segregación de esta generación tan diversa y con un potencial extraordinario de saberes, experiencias, deseos e intereses.

#### OS-021. ¿SUMINISTRAN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS LOS SERVICIOS SOCIALES A LOS MAYORES DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES?

G. Sundström<sup>1</sup>, M.D. Puga González<sup>2</sup> y M.A. Tortosa Chuliá<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institute of Gerontology, Jönköping, Suecia. <sup>2</sup>CSIC, Madrid.

<sup>3</sup>Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** La provisión de los cuidados de larga duración en España ha cambiado bastante desde principios de este siglo y por este motivo es un país referente en el sur de Europa. En este estudio nos preocupa averiguar si la provisión de los servicios se está llevando a cabo siguiendo las necesidades de la población y si este proceso presenta variaciones entre las CCAA.

**Métodos:** Se va a analizar simultáneamente información agregada sobre el uso de los servicios sociales según datos del IMSERSO e información individual de la encuesta EDAD 2008. Primero, se han clasificado las CCAA en distintos grupos según su nivel de cobertura

y diversificación de servicios. Y luego se ha intentado explicar el uso de estos servicios según diferente información de los usuarios a través de regresiones multinomiales para el total de la población y según género.

**Resultados:** Hemos encontrado varios grupos de regiones atendiendo a sus grados de diversificación y cobertura. También existe un predominio generalizado del uso de un solo servicio frente a varios. Para toda la población en general, los servicios usados siguen dos importantes necesidades: vivir solo y poseer algún tipo de discapacidad (instrumental y/o básica). Existen otras variables significativas que explican el número de servicios usados como: el uso de cualquier tipo de servicios sanitarios, determinadas patologías (mentales, caídas), o la existencia de barreras arquitectónicas en casa. Para los hombres el vivir solo es más relevante que para las mujeres. En cambio, la negativa autopercepción de salud y el uso de los servicios sanitarios son más significativas en ellas.

**Conclusiones:** Aunque los datos son de 2008, se observa que las variaciones regionales son grandes para todo tipo de cuidados y servicios. La diversificación de servicios es todavía un proceso en marcha. Y existe un alto nivel de necesidades no satisfechas. Es difícil encontrar un patrón de correspondencia entre las necesidades y la oferta de servicios para todas las regiones. Sin embargo, las regiones con servicios más diversificados cubren algo mejor las necesidades de los mayores, es decir, apuntan a tener menos personas mayores con necesidades insatisfechas.

#### OS-022. EMPODERANDO A LAS PERSONAS MAYORES MEDIANTE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE MEJORAN SU CALIDAD DE VIDA

A.J. García González<sup>1</sup>, M.R. Bohórquez Gómez-Millán<sup>1</sup> y F. Froment<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Sevilla. <sup>2</sup>Facultad de Educación, Sevilla.

**Objetivos:** Esta investigación tiene como objetivo comprobar cómo aquellos mayores que forman parte del Programa de Alojamiento de la Universidad de Sevilla acrecientan las estrategias de afrontamiento y mejoran, de forma general, su calidad de vida (García, 2011).

**Métodos:** La muestra está compuesta por los 33 ancianos que forman parte del Programa de Alojamiento de estudiantes de la Universidad de Sevilla. Se ha optado por el diseño de un solo grupo con varias mediciones (una referida a la situación vivida por los ancianos antes de recibir el apoyo y otra basada en el momento en que el grupo de ancianos se benefician de la RAS). Se propone la utilización de un análisis descriptivo y tablas de contingencia para aquellas variables que aportan resultados muy significativos.

**Resultados:** Los datos obtenidos se han sometido a un análisis de frecuencias y pruebas de chi-cuadrado para aquellas variables que resultan significativas. El 54,5% de las personas mayores no se aburre nunca ni abandona (en un 57,6% de los casos) las actividades en las que se involucra durante este programa. En la valoración de la calidad de vida por parte de las personas mayores un 57,6% la consideran buena y un 18,2% como muy buena, a raíz de participar en el programa. Las personas que antes de pertenecer al programa tenían un diferente grado de "Control adecuado de sus pensamientos y actos", durante el programa siguen opinando de igual forma, de modo que la mayoría de la población estudiada afirma tener un control alto de lo que hace y lo que piensa ( $P(\chi^2 = 95,9) < 0,05$ ). Se da una tendencia positiva a mejorar la opinión sobre el valor de la calidad de vida ( $P(\chi^2 = 99,6) < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Los mayores tienen una percepción más optimista respecto a su futuro, como estrategia de afrontamiento para abocar en un desarrollo y autonomía integral. Todo ello, deviene en una mayor estabilidad y seguridad en sí mismo, lo cual posibilita un mayor control de los propios pensamientos y un incremento en la autonomía de las acciones llevadas a cabo por la persona mayor.

### **OS-023. LOS MINI-CASOS COMO MÉTODO DE FORMACIÓN EN MALOS TRATOS A MAYORES**

A. Chulián Horrillo<sup>1</sup> y G. Pérez Rojo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ayuntamiento de Madrid, Madrid. <sup>2</sup>Universidad San Pablo-CEU, Madrid.

**Introducción:** Los malos tratos hacia las personas mayores son un fenómeno de gran impacto social a nivel mundial. No obstante, hoy en día se desconoce la prevalencia real de esta situación debido a que una de las mayores dificultades a la que se enfrentan los profesionales que trabajan con personas mayores es la detección (Pérez Rojo y Chulián, 2013). Además, la sospecha y confirmación de la existencia de malos tratos provoca un fuerte choque emocional tanto entre la sociedad como entre los profesionales que tienen que atender a las víctimas y a los responsables (Bazo, 2006; Tabueña, 2006), lo que en ocasiones puede convertirse en una barrera al intervenir con ellos (MacNamara, 1992). Para mejorar esta detección la formación es un pilar fundamental (Pérez Rojo e Izal, 2007).

**Objetivos:** Evaluar la capacidad de detección y valoración de casos de malos tratos a personas mayores por parte de profesionales con el uso de mini-casos.

**Métodos:** Uno de los métodos que se han demostrado ventajas en el aprendizaje es la exposición a situaciones reales o imaginarias. Por ello, se han diseñado 7 mini-casos (metodología habitual en la clínica médica, educación y empresa) que fueron analizados y evaluados por un grupo de expertos con el método Delphi, de situaciones que pueden ser constitutivas de malos tratos o no. Se presentaban tres al inicio y otros tres casos al finalizar una formación en malos tratos. Para evitar la influencia de los tipos de casos, estos se contrabalancearon y se repartieron aleatoriamente entre el grupo, utilizando un caso de modo control al inicio de la formación.

**Resultados y conclusiones:** Los profesionales tienen capacidad suficiente para determinar cuándo se está produciendo una situación de malos tratos, pero su nivel de seguridad disminuye al recibir la formación, quizás debido a que se plantean la necesidad de obtener más información de la que se aporta en los mini-casos para dar una respuesta y poner en marcha un adecuado plan de actuación. El uso de mini casos puede ser útil en la formación ya que ayudan a los alumnos a plantearse diferentes cuestiones relacionadas con los malos tratos.

### **OS-024. OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA INFORMACIÓN A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA**

M. González Eizaguirre, C. Deza Pérez, I. Ferrando Lacarte, M.B. Minthe y C. Cánovas Pareja

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

**Objetivos:** Evaluar el nivel de comprensión de la información que se traslada a la familia/cuidador del paciente geriátrico y el grado de satisfacción de los mismos, dada la elevada prevalencia de las enfermedades crónicas que dificulta, en ocasiones, la comprensión.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados en periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2015. Recogida de variables. Entrevista con cuidador principal tras el alta. Análisis nivel de conocimiento de antecedentes médicos y concordancia con las patologías reales del paciente. Evaluación grado de satisfacción con la información suministrada, lenguaje utilizado y lugar de información. SPSS.

**Resultados:** Se incluyen 172 pacientes edad media de 86,65 años, 64,5% mujeres. Viven: solos 5,8%, con cónyuge 19,2%, con hijos 34,9% en residencia 32,6%. I. Barthel alta: < 20: 37,5%, > 60: 25,1%. MSQ Pfeiffer > 3: 54,5%. Viven: solos 5,8%, con cónyuge 19,2%, con hijos 34,9%, en residencia 32,6%. Cuidador principal: familia primer grado 60%, segundo grado 0,6%, cuidadores externos 32,6%. Nivel educativo del cuidador: universitarios 24,5%, estudios primarios y secundarios: 12,2%, sin estudios 15,7%. Antecedentes: neoplasia 22%, HTA 116%, i. cardiaca 50%, fibrilación auricular 56%, cardiopatía isquémica 17%, EPOC 32%, diabetes 36%, i. renal 37%, anemia 62,5%, patología tiroidea 13%, artrosis 71%, ictus 45%, demencia 76%, Parkinson 8%, depresión 35%. En caso de enfermedad grave con criterios de terminalidad: 45,3% no desea que el paciente tenga ningún conocimiento, 25% considera adecuado lo que determine el profesional sanitario, 9,3% únicamente información seleccionada 14% la totalidad de la información real. Los motivos para no informar: 32% no lo comprendería, 11% se alteraría, 6,4%, se deprimiría, 0,6% no especifica motivos.

marios y secundarios: 12,3%, sin estudios: 15,7%. Grado conocimiento sobre antecedentes: neoplasia 63,6%, HTA 67,2%, i. cardiaca 54%, EPOC 71,8%, diabetes 72,2%, i. renal 35,1%, anemia 62,5%, patología tiroidea 25%, artrosis 32%, ictus 68,8%, demencia 70%, Parkinson 75%, depresión 11,42%. No hay relación entre la línea de parentesco, nivel educativo, lugar de residencia del paciente, ni la prevalencia de uso de un servicio de Urgencias u hospitalización ( $p > 0,005$ ). Tipo información que desea recibir: 40,1% información completa lenguaje coloquial, 28,5% lo que el facultativo considere oportuno, 14% muy simplificada, 5,8% términos médicos complejos, 4,1% investiga en internet. Grado satisfacción con la información: 43% muy satisfecho, 43% satisfecho, 7% mejorable, 1,2% no satisfecho. Lugar información preferido: pasillo 61,1%, habitación 16,9%, despacho 12,8%, sala familiares 1,7%.

**Conclusiones:** La satisfacción del cuidador con la información recibida es adecuada pero existe bajo nivel de conocimiento real sobre enfermedades del paciente, sin encontrar relación con el perfil del cuidador principal, el lugar de residencia o la prevalencia de uso hospitalario. Es necesario profundizar en tácticas que faciliten la comunicación con la familia en el Hospital tras analizar las oportunidades de mejora incidiendo en el tiempo destinado a explicación y aclaración de dudas, lenguaje apropiado y el espacio físico más idóneo.

### **OS-025. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD EN EL PACIENTE TERMINAL**

M. González Eizaguirre, I. Ferrando Lacarte, C. Deza Pérez,

M.B. Minthe y C. Cánovas Pareja

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

**Objetivos:** Es sabido que es un derecho del paciente conocer la verdad sobre la gravedad de la enfermedad que padece y su evolución. En ocasiones se omite dicha información para "proteger al paciente" y evitar situaciones de depresión o ansiedad, que pudieran perjudicar la evolución de su dolencia. El objeto de este trabajo es conocer la opinión del cuidador principal sobre la necesidad de informar al paciente, en situación de terminalidad.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados entre octubre y diciembre 2015. Recogida de variables. Entrevista con cuidador principal. Descripción de patologías crónicas y años de evolución. Se formula pregunta al cuidador: "*¿Si el paciente tuviera patología grave con criterio de terminalidad y mantuviera capacidad de comprensión, querría que tuviera información real de su enfermedad?*" y en caso negativo, *¿por qué motivo?*".

**Resultados:** 172 pacientes edad media de 86,65 años, 64,5% mujeres, I. Barthel alta: < 20: 37,5%, > 60: 25,1%. MSQ Pfeiffer > 3: 54,5%. Viven: solos 5,8%, con cónyuge 19,2%, con hijos 34,9%, en residencia 32,6%. Cuidador principal: familia primer grado 60%, segundo grado 0,6%, cuidadores externos 32,6%. Nivel educativo del cuidador: universitarios 24,5%, estudios primarios y secundarios: 12,2%, sin estudios 15,7%. Antecedentes: neoplasia 22%, HTA 116%, i. cardiaca 50%, fibrilación auricular 56%, cardiopatía isquémica 17%, EPOC 32%, diabetes 36%, i. renal 37%, anemia 62,5%, patología tiroidea 13%, artrosis 71%, ictus 45%, demencia 76%, Parkinson 8%, depresión 35%. En caso de enfermedad grave con criterios de terminalidad: 45,3% no desea que el paciente tenga ningún conocimiento, 25% considera adecuado lo que determine el profesional sanitario, 9,3% únicamente información seleccionada 14% la totalidad de la información real. Los motivos para no informar: 32% no lo comprendería, 11% se alteraría, 6,4%, se deprimiría, 0,6% no especifica motivos.

**Conclusiones:** Existe un elevado número de cuidadores de pacientes con criterios de terminalidad que no desean proporcionar información veraz acerca de su enfermedad para evitar sufrimiento, limitando su derecho a decidir y a conocer su patología. Hay que potenciar la comunicación con el paciente y su núcleo familiar para

romper el “complot del silencio” y prepararlos para esta etapa en el final de la vida.

#### **OS-026. MOVIMIENTOS SOCIALES DE ADULTOS MAYORES EN ARGENTINA: LA ACCIÓN COLECTIVA COMO FACILITADORA DEL EMPODERAMIENTO**

M.A. Cataldi

UBA, Ciudad de Buenos Aires.

**Objetivos:** General: analizar las formas de empoderamiento de adultos mayores que participan en movimientos sociales en Argentina (1976-2015). Específicos: identificar derechos vulnerados que motivan la organización. Conocer las formas de protesta implementadas. Analizar las dimensiones de apropiación del espacio público. Indagar sobre la existencia de un legado colectivo. Conocer las variaciones en el empoderamiento a partir de la participación en el movimiento.

**Métodos:** Estudio de caso de tipo cualitativo. Forma de recolección de datos multimétodo: Análisis documental. Publicaciones en redes sociales y medios periodísticos. Entrevistas a informantes clave. Observación participante. Muestra: se analizan cinco movimientos sociales de adultos mayores.

#### **OS-027. LA RELEVANCIA DE LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL CONSTITUCIONALISMO LATINOAMERICANO CONTEMPORÁNEO**

R. Herranz González<sup>1</sup> y E. Martín-Serrano Jiménez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Imserso, Madrid. <sup>2</sup>Comisiones Obreras, Madrid.

**Objetivos:** Numerosas voces sostienen que los derechos de las personas mayores están teniendo un desarrollo rápido y muy significativo en América Latina, por ello, estimamos de gran interés hacer un estudio comparativo del tratamiento jurídico que dan en esta región a estas cuestiones, verificando así la existencia e importancia del fenómeno.

**Métodos:** Utilizaremos la metodología jurídica comparada, analizando todos los textos oficiales vigentes de las constituciones del ámbito mencionado, en lo que a personas mayores se refiere.

**Resultados:** Encontramos que, en el momento actual, la protección a las personas mayores son una constante de la mayoría de las legislaciones vigentes en la región en países como Brasil, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, donde se reconoce que la edad avanzada es una fuente de conciliación de derechos, y se establecen medidas específicas para prevenirlas o sancionarlas. Del análisis de sus normas fundamentales se desprende que las concreciones más importantes y de mayor rango se localizan en textos constitucionales de Brasil (1988), México (especialmente tras la reforma de 2001), República Dominicana (2010), Ecuador (2008) y Bolivia (2008). Mientras que en otros casos, como Panamá (1972), Paraguay (1992), o Venezuela (1999) estos derechos, que se circunscriben en mayor medida al plano laboral.

**Conclusiones:** Analizando los textos legales fundamentales de estos países, parece que puede afirmarse que América Latina lidera actualmente un movimiento de defensa de los derechos de las personas mayores, lo que podría ponerse en relación con lo que algunos han dado en denominar “nuevo constitucionalismo latinoamericano”. Pues concentra, fuera del continente europeo, el mayor número de concreciones de estos derechos en “núcleos duros” de protección constitucional en los últimos 20 años (plazo bastante breve de tiempo desde una cierta perspectiva constitucional). Es especialmente interesante el reconocimiento en algunos casos al máximo nivel legal, como “grupos vulnerables” con derechos específicos como tales, aunque en la mayoría de los casos dejando la concreción de estos derechos, su aplicación y garantías, para un desarrollo legislativo posterior, lo que podría asimilarse al capítulo tercero de nuestra Constitución, y por tanto matizar, en algunas cuestiones, su materialización real.

## **OS4: Cuidados**

#### **OS-028. CUIDADO DE LA PAREJA: EN EL CAMINO HACIA LA IGUALDAD DE GÉNERO EN ESPAÑA Y SUECIA**

G. Sundström<sup>1</sup>, A. Abellán García<sup>2</sup>, J. Pérez Díaz<sup>2</sup>, R. Pujol Rodríguez<sup>2</sup>, B. Malmberg<sup>1</sup> y M. Jegermalm<sup>3</sup>

<sup>1</sup>School of Health and Welfare, Jönköping University, Jönköping, Suecia.

<sup>2</sup>CCHS, CSIC, Madrid. <sup>3</sup>Ersta Sköndal Högskola, Estocolmo, Suecia.

**Objetivos:** En muchos países los matrimonios duran más y cada vez más personas mayores viven solas con su pareja, en lugar de en hogares multigeneracionales. Las personas mayores casadas/pareja hecho son actualmente el tipo de hogar más común en España, y el tipo de hogar dominante entre los mayores de Suecia. Este estudio analiza las consecuencias de la prestación de cuidados entre hombres y mujeres mayores en países culturalmente tan distintos como España y Suecia.

**Métodos:** Se utilizan análisis secundarios de grandes encuestas nacionales.

**Resultados:** Muchos hombres y mujeres mayores que viven solos en pareja cuidan igualmente a su pareja, tanto en España como en Suecia, y los hombres y las mujeres parecen proporcionar iguales “volúmenes” de cuidado, medido en horas de atención. Nuestras estimaciones también sugieren que una gran proporción de todos los cuidados informales es suministrada por las personas mayores. Los patrones de prestación de cuidados en “la familiarística” España están cambiando, desafiando los estereotipos sobre que los cuidadores “típicos” son principalmente suministrados por jóvenes y mujeres. Los cuidadores suecos son mayores y caminan hacia la igualdad de género.

**Conclusiones:** Los programas públicos de ayuda podrían tener en cuenta las necesidades específicas de los cuidadores que viven en pareja solos, quienes a menudo son mayores también, aunque para muchos cuidadores el mejor apoyo son unos buenos servicios públicos “ordinarios”, para la persona que cuidan.

#### **OS-029. COMPROMISO CON VALORES PERSONALES Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA**

L. Gallego-Alberto<sup>1</sup>, A. Losada<sup>1</sup>, R. Romero Moreno<sup>1</sup>, M. Márquez González<sup>2</sup>, J. Aguilar Álvarez<sup>1</sup>, C. Vara<sup>1</sup> y C. Nogales González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Cuidar de un familiar con demencia se asocia con importantes niveles de malestar físico y psicológico. Se desconocen estudios que hayan analizado el rol del compromiso con los valores personales en el proceso de estrés del cuidador. El objetivo consistió en analizar las relaciones existentes entre el compromiso con los valores personales y malestar en cuidadores de familiares con demencia.

**Métodos:** Se realizaron entrevistas individuales a 179 cuidadores en variables sociodemográficas, sintomatología depresiva, ansiedad y valores personales. Se evaluó la importancia que cada cuidador asignaba a 12 valores (por ej., familia) y el grado en el que realizaban tareas relacionadas con cada valor (consistencia) en escalas de 0 a 10. El compromiso con los valores se calculó a través del producto de la importancia por la coherencia. Se dividió a la muestra según los niveles de depresión y ansiedad (baja-alta) y según su compromiso con cada uno de los valores evaluados (bajo-alto). Se utilizaron correlaciones para analizar las relaciones entre las variables y tablas de contingencia para identificar los posibles perfiles de vulnerabilidad o protección para la depresión y ansiedad.

**Resultados:** Se han encontrado asociaciones significativas entre el compromiso con los valores y la ansiedad y depresión. Los cuidadores que presentan un bajo compromiso con su rol como padre o madre experimentan niveles altos de depresión, y viceversa ( $\chi^2 = 4,52$ ;  $p < 0,05$ ). A su vez, un alto compromiso con las relaciones sociales se asocia con bajos niveles de sintomatología depresiva ( $\chi^2 = 10,25$ ;  $p < 0,001$ ). Un alto compromiso con el valor de la pareja se asocia con niveles bajos de depresión ( $\chi^2 = 6,02$ ;  $p < 0,05$ ). Los resultados muestran que los sujetos con niveles bajos de ansiedad mostraban un alto compromiso con los valores de salud y bienestar ( $\chi^2 = 5,38$ ;  $p < 0,05$ ), ocio ( $\chi^2 = 5,81$ ;  $p < 0,05$ ), pareja ( $\chi^2 = 13,02$ ;  $p < 0,0001$ ) y crecimiento personal ( $\chi^2 = 4,89$ ;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El compromiso con valores parece proteger contra las emociones negativas en los cuidadores. Este tipo de resultados apoya la utilidad de intervenciones como las basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, dirigidas al aumento del compromiso con los valores.

#### OS-030. ¿MODERAN LOS VALORES PERSONALES LA RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y PRESIÓN SANGUÍNEA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA?

C. Vara-García<sup>1</sup>, R. Romero-Moreno<sup>1</sup>, A. Losada<sup>1</sup>, M. Márquez-González<sup>2</sup>, L. Gallego-Alberto<sup>1</sup>, J. Aguilar-Álvarez<sup>1</sup> y V. Fernández-Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (BPSD) son una de las principales fuentes de estrés para el cuidador familiar de personas con demencia. La consistencia con el valor del cuidado es la percepción del cuidador de estar haciendo todo lo que puede por su familiar, es decir, en qué medida sus acciones se encaminan hacia el valor del cuidado. Esta variable podría ejercer un efecto protector ante los efectos del estrés sobre la presión arterial. El objetivo de este estudio es analizar el efecto moderador de la consistencia con el valor del cuidado en la relación entre los BPSD y la presión sanguínea en cuidadores.

**Métodos:** La muestra del estudio consistió en 131 cuidadores (76,5% de mujeres y una edad media de 60,72 años). Se realizaron seis análisis de regresión jerárquica y seis análisis de moderación, teniendo en cuenta las siguientes variables control: edad, género, índice de masa corporal (IMC), consumo de tabaco, consumo de alcohol, horas de ejercicio diario, consumo de hipotensores y sintomatología depresiva del cuidador. Las variables independientes fueron frecuencia y malestar asociado de las tres dimensiones de BPSD (comportamientos disruptivos, de memoria y depresivos) y la variable dependiente la tensión arterial media (MAP).

**Resultados:** Se encontró un efecto moderador de la consistencia con el valor del cuidado en la relación entre los componentes de comportamientos disruptivos y problemas depresivos, pero no con el componente de problemas de memoria. Ante niveles elevados de comportamientos disruptivos y depresivos del familiar, aquellos cuidadores con alta consistencia con el valor del cuidado presentan una menor presión arterial que aquellos cuidadores con niveles bajos de consistencia con el valor del cuidado. Estos resultados se encontraron tanto para medidas objetivas de los estresores, como es la frecuencia de estos comportamientos, como para las medidas subjetivas, esto es, el malestar asociado a estos comportamientos en el cuidador.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que la consistencia con el valor del cuidado ejerce un efecto protector sobre la presión arterial del cuidador frente a la frecuencia y el malestar asociado a la sintomatología psicológica y conductual manifestada por la persona con demencia.

#### OS-031. COMORBILIDAD DEPRESIVA Y ANSIOSA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA: RELACIÓN CON COMPORTAMIENTOS DISRUPTIVOS DE LA PERSONA CUIDADA Y RIESGO DE INSTITUCIONALIZACIÓN

J. Aguilar Álvarez<sup>1</sup>, A. Losada<sup>1</sup>, R. Romero Moreno<sup>1</sup>, M. Márquez González<sup>2</sup>, L. Gallego-Alberto<sup>1</sup> y C. Vara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Introducción:** Cuidar de un familiar con demencia a menudo tiene efectos negativos sobre la salud física y psicológica del cuidador. Si bien son abundantes los estudios que han analizado la sintomatología depresiva de los cuidadores, no se ha estudiado tanto la sintomatología ansiosa y, mucho menos, la presentación simultánea (comórbida) de sintomatología ansiosa y depresiva. Hipotetizamos que la ocurrencia de comportamientos disruptivos en el familiar puede relacionarse con la manifestación comórbida de síntomas ansiosos y depresivos y que, a su vez, esta presentación comórbida puede aumentar el riesgo de institucionalizar al familiar en una residencia.

**Objetivos:** Analizar: (1) la existencia de relaciones entre el perfil emocional (comórbido, ansioso, depresivo y sano) y la presencia de comportamientos disruptivos e intención de institucionalizar y (2) la influencia de los comportamientos disruptivos en riesgo de institucionalización de la persona cuidada según su perfil siguiendo el modelo de estrés y afrontamiento.

**Métodos:** Se realizaron entrevistas individuales a 577 cuidadores familiares de personas con demencia. De acuerdo con sus puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa, los cuidadores fueron agrupados en los siguientes perfiles emocionales: comórbido (n = 274), ansioso (n = 109), deprimido (n = 35) y sano (n = 159). Se realizaron diferentes análisis de varianza (ANOVAs), contrastes de independencia (pruebas  $\chi^2$ ) y análisis de regresión jerárquica.

**Resultados:** Los resultados mostraron que el perfil de cuidadores comórbido presentó significativamente mayores puntuaciones en pensamiento de ingreso en comparación con el perfil sano. Además, se hallaron significativamente mayores puntuaciones en comportamientos disruptivos en el perfil comórbido en comparación con los demás perfiles. Por otro lado, se encontró que los comportamientos disruptivos predecían el riesgo de ingreso únicamente en el grupo cómorbido de cuidadores.

**Conclusiones:** Los comportamientos disruptivos de las personas con demencia se asocian de manera significativa con la ocurrencia simultánea de síntomas ansiosos y depresivos en los cuidadores. Esta presentación comórbida de síntomas ansiosos y depresivos refleja un perfil de cuidador en situación de especial vulnerabilidad que incrementa el riesgo de institucionalización de las personas con demencia en una residencia.

#### OS-032. SENTIMIENTOS AMBIVALENTES Y CULPA: DOS VARIABLES DE INTERÉS PARA COMPRENDER EL PROCESO DE ESTRÉS DE LOS CUIDADORES

A. Losada Baltar<sup>1</sup>, M. Márquez González<sup>2</sup>, R. Romero Moreno<sup>1</sup>, L. Gallego-Alberto<sup>1</sup>, J. Aguilar Álvarez<sup>1</sup>, C. García Vara<sup>1</sup> y V. Chaves Morillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Los sentimientos de ambivalencia en el cuidador familiar de una persona mayor con demencia implican la experiencia conjunta de emociones positivas y negativas hacia la persona cuidada. En este trabajo se pretende analizar un modelo explicativo de los efectos de los sentimientos de ambivalencia y de culpa sobre la sintomatología depresiva de los cuidadores, utilizando el modelo de estrés y afrontamiento como marco teórico de partida. Hasta donde sabemos, la culpa ha sido escasamente estudiada en esta población, y no exis-

ten estudios realizados sobre sentimientos específicos de ambivalencia en el cuidado.

**Métodos:** Se realizaron 219 entrevistas cara a cara a cuidadores familiares de personas con demencia. Además de los sentimientos de ambivalencia y de culpa, se han evaluado variables sociodemográficas, síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (frecuencia y malestar), frecuencia de actividades de ocio y sintomatología depresiva. El análisis de los resultados se ha realizado a través de ecuaciones estructurales.

**Resultados:** El modelo evaluado se ajusta de forma excelente a los datos ( $\chi^2 = 24,49$ ;  $p = 0,27$ ;  $\chi^2/df = 1,17$ ; CFI = 0,994; TLI = 0,988; RMSEA = 0,028), explicando un 37% de la varianza de la depresión. Si bien se han encontrado correlaciones significativas y positivas entre frecuencia y malestar asociado a los comportamientos problemáticos y depresión, el modelo sugiere que este efecto está mediado por la ambivalencia: la ambivalencia parece incrementarse ante la presencia de comportamientos problemáticos del familiar ( $p < 0,001$ ). A su vez, la ambivalencia tiene efectos directos e indirectos sobre la depresión. Específicamente, el mayor efecto de la ambivalencia sobre la depresión se ejerce de forma indirecta a través de la culpa. Tener sentimientos ambivalentes parece incrementar los sentimientos de culpa ( $p < 0,001$ ), lo que a su vez genera depresión. La realización de actividades de ocio contribuye de forma inversa y significativa a la depresión ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren la pertinencia de considerar los sentimientos de ambivalencia y de culpa de los cuidadores para comprender su sintomatología depresiva. La comprensión de estos mecanismos puede tener importantes implicaciones para el diseño e implementación de intervenciones psicológicas para cuidadores.

### OS-033. CERTIFICACIÓN SENIOR FRIENDLY

M. Barco Álvarez

Asociación Internacional de Atención a la Persona (Hinepa),  
Almendralejo.

**Objetivos:** Distinguir la calidad y reconocer el compromiso de aquellas organizaciones públicas o privadas, de cualquier sector, que ofrecen o quieran ofrecer servicios y actividades orientadas a promover el envejecimiento activo y saludable de las personas mayores. Proporcionar una herramienta de trabajo útil para establecer compromisos en materia de envejecimiento activo y saludable, dando así respuesta a las necesidades de las personas mayores. Introducir y difundir el concepto Senior Friendly en la sociedad para propiciar que los mayores de ahora alcancen la calidad de vida que esperamos tener nosotros en un futuro.

**Métodos:** El Sello Senior Friendly se estructura en tres bloques: Requisitos Generales de obligatorio cumplimiento con compromisos relativos a la ética profesional, a la seguridad del servicio, etc. Requisitos Transversales con compromisos comunes a cualquier tipo de entidad relacionados con el análisis de la satisfacción de los usuarios, formación del personal, tarifas especiales para usuarios, etc. Requisitos Específicos con compromisos relativos al ámbito de la Salud, Participación y la Seguridad. Dependiendo del grado de consecución de los requisitos y compromisos establecidos, se determinará el nivel de implicación de cada entidad con el Envejecimiento Activo y Saludable: Gold, Silver o Bronze. Para ello, contamos con el respaldo de entidades de Certificación internacionales. Las fases de la Certificación Senior Friendly se resumen en: Fase 0. Información. Fase I. Autodiagnóstico. Fase II. Planificación. Fase III. Desarrollo e Implantación. Fase IV: Evaluación y Certificación. Tras la concesión, en su caso, se emite un Certificado válido por un máximo de dos años a la organización comprometida con el Envejecimiento Activo y Saludable.

**Resultados:** Este Sello ayuda a mejorar el posicionamiento y la competitividad de las entidades certificadas en un mercado cada vez más competitivo y mejora la reputación corporativa y la marca como entidad Senior Friendly.

**Conclusiones:** El Sello Senior Friendly es la única certificación internacional de calidad que distingue y reconoce el compromiso de cualquier organización que fomente condiciones favorables y amigables para las personas mayores; con la intención de promover su participación en la sociedad y propiciar que sigan siendo manteniendo una vida activa, cómoda e independiente el mayor tiempo posible.

### OS-034. CLASIFICACIÓN DE LAS ABUELAS DE LA GENERACIÓN SÁNDWICH EN FUNCIÓN DE SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: RELACIÓN CON SU AJUSTE PSICOLÓGICO

S. Luna Rivas<sup>1</sup>, F. Rivera de los Santos<sup>2</sup> y P. Ramos Valverde<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla, Sevilla. <sup>2</sup>Universidad de Huelva, Huelva.

Según aumenta la esperanza de vida, aumenta también el número de familias de cuatro generaciones y, con ellas, el número de abuelas potencialmente cuidadoras, ya sea de sus ascendentes, de sus nietos/as o de ambas generaciones al mismo tiempo. Con el objetivo de profundizar en esta realidad, se llevaron a cabo entrevistas estructuradas a 120 abuelas del suroeste de España, que a su vez eran hijas o nueras de una generación anterior. Con una edad media de 57,87 años, la mayoría (83,3%) afirma asumir cuidados familiares frecuentes. Al realizar un análisis de clúster bietápico se encontró que, en función de las estrategias de afrontamiento empleadas, las mujeres entrevistadas se distribuían en dos grandes grupos. El primer grupo, conformado por 81 abuelas (en torno al 69%) se caracteriza por usar estrategias aproximativas, como son el afrontamiento activo, la reevaluación positiva y la aceptación de la situación. Por contra el segundo grupo, conformado por 37 abuelas (en torno al 31%), tiende a emplear estrategias de afrontamiento evitativas, como la autodistracción, la autoinculpación, el consumo de sustancias y la desconexión del problema. Además, el primer grupo de mujeres, en comparación con el segundo, muestra niveles significativamente más altos de optimismo, salud física, psicológica, satisfacción con la vida y con su salud. El segundo grupo reporta una presencia significativamente mayor de ansiedad y/o depresión que el primero, así como un consumo significativamente superior de medicación para dormir y, de forma residualmente significativa, un mayor consumo de sustancias o medicación relajante. Si bien no se observa una distribución diferencial de dichos grupos según el nivel socioeconómico de estas mujeres, sí existen diferencias significativas en cuanto al hábitat de residencia, encontrando una mayor proporción de mujeres que viven en entornos rurales en el primer grupo. Consideramos que estos resultados pueden resultar útiles en la elaboración de programas de prevención y promoción de la salud en la población cada vez más frecuente de mujeres mayores que se encuentran entre dos generaciones potencialmente demandantes de cuidados, como son sus ascendientes y sus descendientes de segundo grado.

### OS-035. ¿QUÉ PERFIL DE CUIDADORES SE BENEFICIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS? EFECTO DE LA COMORBILIDAD

R. Romero-Moreno<sup>1</sup>, A. Losada<sup>1</sup>, M. Márquez-González<sup>2</sup>,

V. Fernández-Fernández<sup>1</sup>, C. Nogales-González<sup>1</sup>, L. Gallego-Alberto<sup>1</sup> y J. Aguilera-Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón. <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Intervenciones como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia de aceptación y compromiso (ACT) reducen de forma significativa el malestar de los cuidadores. Sin embargo, no todos los cuidadores responden de manera eficaz a estos tratamientos. Se necesitan estudios que analicen qué perfil específico de cuidadores se beneficia más de las intervenciones psicológicas. El

objetivo de este estudio es analizar las diferencias en la recuperación clínica de sintomatología depresiva y ansiosa en función de una variable poco atendida por la investigación hasta la fecha: la presentación simultánea (comorbilidad) de síntomas depresivos y ansiosos previa a la intervención.

**Métodos:** Participaron 123 cuidadores con altos niveles de sintomatología depresiva (CESD > 16) asignados aleatoriamente a las condiciones de intervención (TCC: N = 41; ACT: N = 44) y al grupo control (N = 38). Se realizaron intervenciones psicológicas de 8 sesiones individuales y semanales. Se evaluó la recuperación clínica en sintomatología depresiva y ansiosa en cada uno de los grupos en función de la presencia de comorbilidad depresiva y ansiosa previa a la intervención.

**Resultados:** Los resultados muestran que los cuidadores con comorbilidad previa a la intervención tienen menor probabilidad de recuperarse o de reducir clínicamente sus niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, tanto en TCC (depresión;  $\chi^2= 5,73$ ; p < 0,05; C = 0,35; p < 0,05; ansiedad;  $\chi^2= 44$ ; p < 0,01; C = 0,71; p < 0,01) como en ACT (depresión;  $\chi^2= 5,24$ ; p < 0,05; C = 0,33; p < 0,05; ansiedad; ACT;  $\chi^2= 41$ ; p < 0,01; C = 0,71; p < 0,01). El 100% de los cuidadores que no presentan comorbilidad se recuperan de forma significativa en depresión, tanto con TCC como con ACT. En el caso del grupo control, las recuperaciones espontáneas se producen especialmente en las personas sin comorbilidad ( $\chi^2= 38$ ; p = < 0,01; C = 0,71; p < 0,01) y, con respecto a la depresión, si bien no se encontraron diferencias significativas entre cuidadores con o sin comorbilidad ( $\chi^2= 1,38$ ; p = 0,24; C = 0,19; p = 0,24), los resultados apuntan también en la dirección de que las recuperaciones espontáneas se producen sobretodo en el grupo sin comorbilidad.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que altos niveles de comorbilidad depresivo- ansiosa influyen en que los cuidadores familiares de personas con demencia no se beneficien de las intervenciones psicológicas.

#### OS-036. FORTALEZAS Y VULNERABILIDADES EN FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA

E. de Andrés Jiménez<sup>1</sup>, R.M. Limiñana Gras<sup>2</sup> y M. Ato García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AFAMUR, Murcia. <sup>2</sup>Universidad de Murcia, Murcia.

**Introducción:** Considerando la personalidad como una variable de promoción de la salud, mediadora y moderadora en la situación de cuidado, el objetivo del presente estudio consiste en identificar las fortalezas y vulnerabilidades de familiares cuidadores de personas con demencia relacionados con las consecuencias psicológicas derivadas del cuidado, que puedan orientar y mejorar las intervenciones psicológicas con cuidadores.

**Métodos:** Estudio descriptivo correlacional. La población objeto de estudio está formada por un total de 165 familiares cuidadores de personas con demencia, 123 mujeres y 42 hombres, con una media de edad para las mujeres cuidadoras de 54,4 años (DT 16,12), (rango 19-80) y para los hombres cuidadores de 59,24 años (DT 12,42), (rango 24-87). Los participantes fueron evaluados a través de un cuestionario sociodemográfico, el Inventory de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS, 1994) y el Cuestionario de 90 Síntomas (SLC-90-R) de Derogatis (1994).

**Resultados:** Los resultados muestran relaciones significativas entre las distintas escalas del MIPS y los índices globales de sintomatología psicológica del SCL-90-R. Se analizan las relaciones en función del sexo. Los resultados informan de una relación directa entre las escalas menos adaptativas de la personalidad y el sufrimiento psicológico de las personas cuidadoras, y de una relación inversa entre las escalas más adaptativas de la personalidad y el sufrimiento psicológico.

**Conclusiones:** Las relaciones encontradas entre los estilos de personalidad y la sintomatología psicológica permiten identificar fortalezas y vulnerabilidades que pueden ser utilizadas por los profesionales

para mejorar y ajustar los programas de intervención, potenciando las fortalezas y minimizando las vulnerabilidades.

#### OS5: Terapia ocupacional. Formación

##### OS-037. LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES COMO ESTRATEGIA DE INNOVACIÓN PARA OPTIMIZAR FACTORES PSICOSOCIALES DE LA PERSONA MAYOR

A.J. García González<sup>1</sup>, L. Rubio<sup>2</sup> y C. Dumitrache<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Sevilla. <sup>2</sup>Facultad de Psicología, Burgos.

**Objetivos:** El objetivo principal de este trabajo es medir en qué aspectos psicosociales se está incidiendo para que los nuevos Programas Universitarios de Mayores se adapten al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior.

**Métodos:** La muestra son 190 estudiantes matriculados en el Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla en el curso académico 2014-2015. Se ha empleado la Escala de percepción de cambios producidos por intervención educativa compuesta por 26 ítems referentes a cambios del autoconcepto, de las relaciones familiares, de la adaptación social percibida, de la integración social, de los hábitos saludables y del descubrimiento de potencialidades del mayor.

**Resultados:** Los mayores que pertenecen al Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla han descubierto que tienen posibilidades de aprender (89%). Advierten que son más respetados/as en sus familias (93%), a la vez que aseguran entender mejor a la gente joven (96%). Afirman aceptar mejor los cambios propios de su edad (75%), estableciendo más y mejores canales de comunicación con los hijos y nietos (86%). Consideran que se han dado cuenta de que pueden ser útil, sintiéndose más seguros/as para enfrentarse a los cambios sociales y tecnológicos (69%). El hecho de poseer una imagen más positiva de sí mismo (79%), permite la exploración de nuevas posibilidades personales, llevando a cabo nuevas formas de ocupar el tiempo libre y sintiéndose más seguro/a e independiente a la hora de tomar decisiones sobre su vida (83%). El alumnado mayor afirma ser más tolerante con los que piensan distinto o tienen otra forma de vida (77%), sintiéndose más integrados/as en la sociedad (93%) y en su círculo habitual de amistades (84%).

**Conclusiones:** Los mayores que asisten al aula de la experiencia hacen cosas que antes no podían o pueden hacerlo mejor. Así, el profesorado universitario posee instrumentos educativos necesarios para incrementar los indicadores psicosociales de estas personas (García, 2005). La innovación docente como estrategia en el contexto de la Convergencia Europea se propone como forma de incrementar los factores psicosociales de los mayores y como instrumento para la organización, promoción y apoyo del trabajo particular de cada docente.

##### OS-038. ESTUDIO CUALITATIVO DE LAS ACTIVIDADES OCUPACIONALES EN RESIDENCIAS

R.M. Martínez Piédrola, D. Palacios Ceña,

M. Pérez de Heredia Torres, C. Gómez Calero, E. Huertas Hoyas y J. Alegre Ayala

Universidad Rey Juan Carlos, 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 compartirlo 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-039. ACTIVITY CARD SORT (ACS): UNA HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA PARTICIPACIÓN EN EL ADULTO MAYOR. VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

R.M. Martínez Piédrola, J. Alegre Ayala, E. Huertas Hoyas, M. Pérez de Heredia Torres, J. Pérez Corrales, C. Sánchez Camarero y N. Máximo Bocanegra  
*Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** Explicar el proceso de validación y adaptación de la escala Activity Card Sort (ACS) a población española.

**Métodos:** Tras un amplio análisis de las diferentes versiones de la escala ACS desarrolladas en diferentes países con el fin de extraer el nivel de participación de cada persona en diferentes actividades de la vida diaria de carácter instrumental, de ocio y participación social, así como la revisión de la literatura existente en cuanto a escalas que midan el dominio de participación, y la opinión de terapeutas ocupacionales ( $n = 12$ ) de diferentes ámbitos de intervención, se detalla un primer borrador de actividades de participación en el contexto español con un total de ( $n = 101$  actividades). En un segundo paso, fue administrado un cuestionario de tipo Likert con un rango de puntuación de 0 a 4 puntos, donde se cuestionaba si esas actividades son desarrolladas de forma frecuente por un número amplio de habitantes españoles o no (siendo "0", nadie desarrolla esa actividad, y "4", la inmensa mayoría de la población realiza esa actividad) a un conjunto de personas mayores de 55 años de edad sin problemas de salud ( $n = 79$ ).

**Resultados:** Tras la recogida de datos del cuestionario administrado y su posterior análisis mediante el establecimiento de medias de cada actividad, fueron incluidas para la versión final de la escala ACS en población española, aquellas actividades que presentaron puntuaciones medias  $\geq 2$  puntos, quedando dentro de esta versión un total de 80 actividades.

**Conclusiones:** La validación y adaptación de la escala ACS a población española permitirá extraer información sobre el nivel de participación de la población mayor en actividades no vinculadas al autocuidado. La escala presenta un potencial importante como método de recogida de información importante para examinar el nivel de funcionalidad y participación que se muestra en diferentes enfermedades propias del adulto mayor y en las diferentes fases de estas. Esta escala ha sido empleada en estudios previos en población

geriátrica analizando las repercusiones en la participación en patologías tales como la enfermedad de Parkinson, secuelas de daño cerebral adquirido, la pérdida visual e incluso para evaluar los efectos en los cuidadores.

#### OS-040. MUSI-CALIDAD DE VIDA: ESTUDIO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA HISTORIA MUSICAL PERSONAL

M.A. Argudo Pérez, M. Sánchez Pericuesta y M. Camats Gabernet  
*SARquavita Claret, Barcelona.*

**Objetivos:** Diseñar e implementar una intervención basada en la historia musical de los participantes. Prevenir las alteraciones conductuales y el uso de fármacos asociados a su control.

**Métodos:** Se presenta el estudio de un caso cuyo destinario es una usuaria con deterioro cognitivo grave que presenta alteraciones de conducta en una franja horaria muy determinada. La música significativa personal es identificada mediante su historia de vida y en estrecha colaboración con su entorno afectivo. Dicha música se administra media hora antes de la franja horaria identificada en sesiones de 30 minutos. Se ha tenido un período de intervención (Fase A) seguido de un período de descanso (Fase B) para volver al período de intervención (Fase A') a principios de febrero de 2016. Se ha utilizado este diseño por necesidades organizativas de los profesionales y del centro.

**Resultados:** Se ha observado una disminución en la media de los episodios de agitación psicomotriz al mes mediante la intervención (Previo a la Fase A: 5 episodios/mes. Fase A: 1 episodio/mes. Fase B: 5,5 episodios/mes. Fase A': 0 episodios/mes). Además, se ha observado reducción media al mes de la medicación de rescate desde el inicio de la intervención (Previo a la Fase A: 4,67 ocasiones/mes. Fase A: 1 ocasión/mes. Fase B: 5 ocasiones/mes. Fase A': 0 ocasiones/mes).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos parecen indicar que la música es eficaz como herramienta terapéutica al disminuir las alteraciones de conducta y la administración de fármacos. Por otro lado, esta intervención ha supuesto un fomento de los canales de colaboración con la familia y una mayor sensibilización del personal. De una forma subjetiva, ha provocado un incremento de la interacción del participante con otros residentes y una mejora de su estado anímico. Finalmente, estos resultados animan al equipo a extender esta intervención a un mayor número de usuarios del centro con las mismas características u otras relacionadas que puedan ver mejorada su calidad de vida con ella. Actualmente, se está trabajando en la inclusión de nuevos usuarios en la intervención. En caso de ser aceptada la comunicación, se presentarán los resultados actualizados y ampliados.

#### OS-041. RESULTADO DE LA TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN LAS HABILIDADES SOCIALES DE PACIENTES DE PSICOGERIATRÍA

L. Jiménez Muñoz y L. Blázquez Gragera  
*Complejo Asistencial Benito Menni-Hermanas Hospitalarias, Ciempozuelos.*

**Objetivos:** Valorar los cambios producidos en las habilidades de comunicación e interacción social de los usuarios tras la implantación de un programa basado en la realización de sesiones de terapia asistida con perros. Analizar el grado de satisfacción de los usuarios asistentes al programa tras las sesiones recibidas.

**Métodos:** Estudio longitudinal pre-post en el cual se valoró la eficacia de la terapia asistida con perros en residentes de edades comprendidas entre 65 y 87 años. Han sido criterios de inclusión el ser residentes del área de psicogeriatría, que acepten participar de forma voluntaria en el programa y presenten una patología psiquiátrica asociada con déficits en habilidades sociales. Como criterios de exclu-

sión, personas que presenten alergias y/o fobia al perro, conductas agresivas y ausencia de déficits en habilidades sociales. Como herramienta se empleó la escala ACIS (pre-inter-post) que evalúa habilidades de comunicación e interacción. Los datos obtenidos a través de dicha herramienta se analizaron mediante el método estadístico Test de Signo. La complacencia de los participantes con el programa se estudió mediante un cuestionario de satisfacción del usuario autoadministrado.

**Resultados:** En las relaciones interpersonales se estudiaron las variables de relación con otros y respeto, siendo ambas significativas con inclinación positiva durante los seis meses. En el intercambio de información se detectó que la assertividad, el compartir información y la expresión de emociones fueron significativas, con tendencia positiva en la duración total del estudio. En el dominio físico se reveló que el posicionamiento fue significativo con predilección positiva durante los tres primeros meses, en la capacidad de maniobrar existió una tendencia positiva no significativa y en el establecimiento de contacto físico no se evidenciaron cambios significativos, con propensión al mantenimiento. El grado de satisfacción de los usuarios alcanzó un 74%, referente a la interacción, el entorno y la estructura.

**Conclusiones:** Emplear terapia asistida con perros produce los siguientes cambios: mejoría en todas las variables estudiadas del intercambio de información. Mejoría en las relaciones interpersonales. Predilección positiva en algunos aspectos del dominio físico y tendencia lineal en otros. Alto grado de satisfacción de los participantes con el programa realizado.

#### OS-042. MAYORES IMPLICADOS EN DIFERENTES MODALIDADES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ¿CUÁLES SON SUS MOTIVOS PARA PARTICIPAR?

F. Villar Posada<sup>1</sup>, M. Celdrán Castro<sup>1</sup>, J.J. Zácarés González<sup>2</sup>,

R. Serrat Fernández<sup>1</sup>, C. Solé Resano<sup>3</sup> y S. Pinazo Hernandis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitat de Barcelona, Barcelona. <sup>2</sup>Universitat de València, Valencia.

<sup>3</sup>Universitat Ramón Llull, Barcelona.

**Objetivos:** El presente estudio tiene como objetivo explorar y comparar las motivaciones de las personas mayores para participar en dos tipos de actividades relacionadas con el envejecimiento activo: la participación en actividades de ocio y la participación en organizaciones políticas.

**Métodos:** Participaron en el estudio 170 personas (54% mujeres), de entre 65 y 90 años, que participaban en dos tipos de actividades: 73 participaban en actividades de ocio organizadas por casales de personas mayores y 97 se encontraban activamente implicadas en organizaciones políticas (partidos políticos, 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 la siguiente pregunta: "Describa brevemente cuál fue el motivo que le llevó a realizar esta actividad". Las respuestas se sometieron a un análisis de contenido.

**Resultados:** La mayoría de participantes en actividades de ocio mencionaron motivaciones relacionadas con la satisfacción de alguna necesidad personal a través de la participación. Estas necesidades tenían que ver con aspectos como la mejora de la salud psíquica y/o física, el mantenimiento de la actividad tras la jubilación, el establecimiento o mejora de los vínculos sociales o la satisfacción de necesidades de crecimiento personal. Aunque estas motivaciones de tipo personal aparecieron también en las respuestas de algunos participantes en organizaciones políticas, la mayoría de ellos expresó más bien motivaciones relacionadas con la búsqueda y promoción de cambios a nivel comunitario. El alcance de los cambios deseados, sin embargo, tendió a variar.

**Conclusiones:** Las actividades relacionadas con el envejecimiento activo han sido habitualmente estudiadas sin diferenciar entre tipos de actividad. Sin embargo, las actividades agrupadas bajo este con-

cepto presentan características diferenciales y podrían responder, por tanto, a diferentes motivaciones. Este estudio demuestra que las personas mayores que participan en actividades de ocio y las que participan en organizaciones políticas presentan perfiles motivacionales claramente diferenciados. Si el objetivo es promover estas actividades entre aquéllos que no las realizan y mantener participando a aquellos que ya se involucran, atender a estas diferencias resulta esencial.

#### OS-043. PROYECTO PILOTO MUSICOTERAPIA DIRIGIDA A PERSONAS CON DEMENCIA Y A SUS CUIDADORES

M. León Fernández, A. Zorrilla Gavilán, N. Páez Casado,

M. González Luque, F. Ramos Montero y J.M. Marín Carmona

*Centro Envejecimiento Saludable, Málaga.*

**Introducción:** El proyecto municipal de Demencias del Ayuntamiento de Málaga se dirige a pacientes con demencias, en estadios leves o moderados, fundamentando su actuación en la estimulación cognitiva y el trabajo con los familiares. Son numerosas las investigaciones que demuestran los efectos beneficiosos de la musicoterapia en personas con demencia y sus cuidadores/as, incidiendo principalmente en las áreas cognitiva, socioemocional y conductual.

**Objetivos:** Valorar el impacto positivo de la musicoterapia en los participantes de los talleres de Demencia y Familiares.

**Métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal. Nos planteamos desarrollar sesiones mensuales de musicoterapia destinadas tanto a los pacientes como a sus cuidadores/as. Este proyecto consta de: Evaluación integral inicial y periódica. Cognitiva: MMSE, Fluencia Semántica, MIS y Orientación en tiempo, del perfil Dem-Detect de la plataforma Neurocog. Neuropsiquiátrica: NPI, Hamilton. Funcional: Katz, Lawton. Calidad de vida: Qualid, QOL. Sobrecarga: Zarit. Específica musicoterapéutica: elaboración propia. Tratamiento: sesiones grupales, estructuradas, dirigidas por dos terapeutas. Evaluación continua: observación directa, recursos multimedia y registros individuales, en todas las sesiones.

**Resultados:** A pesar de la corta vivencia experimentada (10 intervenciones grupales con 13 personas, 7 pacientes y 6 cuidadoras) podemos exponer que se han obtenido, durante las sesiones, muchos de los beneficios que supone la musicoterapia en este ámbito: estimula áreas cognitivas, favorece la disminución de síntomas psicológicos y conductuales, resta protagonismo al peso de la enfermedad en el cuidador/a, promueve la expresión emocional, ayuda a compensar sentimientos de soledad y aislamiento, etc. Debido a la etapa en la que se encuentra el proyecto no podemos comparar los resultados objetivos, recogidos mediante las escalas empleadas de evaluación.

**Conclusiones:** Al ser una experiencia intensa y estimulante, tanto para usuarios como para terapeutas, nos promueve a ampliar este proyecto musicoterapéutico al resto de los talleres de demencia. Asimismo, pretendemos que la musicoterapia no solo forme parte de la atención prestada a pacientes y cuidadores/as como terapia adjunta, sino que por sí misma sea una terapia con entidad propia, en el tratamiento de las demencias en general. De tal forma que nos permita objetivar una mejora global y continua en la calidad de vida de los participantes.

#### OS-044. EL EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA GERONTOLOGÍA ACTUAL: VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

L. Bermejo García<sup>1</sup>, P. Monreal-Bosch<sup>2</sup> y R. Vaca Bermejo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Consultora Autónoma, Santander. <sup>2</sup>Universitat de Girona, Girona.

<sup>3</sup>Asociación Española de Psicogerontología, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar los comportamientos y actitudes de los profesionales que se encargan de la atención a las personas mayores (PM) que potencien la autonomía y participación activa y efectiva de las PM en

la gestión de los diferentes aspectos que conciernen directamente con su vida, además de los relacionados con el cuidado de su salud.

**Métodos:** Se realizan más de 50 entrevistas semiestructuradas a profesionales significativos de diferentes ámbitos y niveles atencionales dirigidos a las PM (ámbito sanitario, sociosanitario, salud mental, académico).

**Resultados:** Se analizan aquellas acciones y actuaciones de los profesionales que favorecen o menoscaban el empoderamiento de las PM en su proceso de atención y cuidado de la salud a nivel individual (atención a una persona concreta), a nivel de atención de colectivos (organizaciones, familias, etc.) y a nivel de centro de trabajo con otros profesionales (promoción de comportamientos concretos y actitudes compartidas). Actualmente se están analizando los datos obtenidos. En el Congreso se presentarán en detalle los resultados obtenidos.

**Conclusiones:** La tendencia actual en la atención a las PM es aumentar su empoderamiento para que participen en el proceso de toma de decisiones sobre los aspectos que afectan directamente a su vida cotidiana y su salud con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Este proceso de empoderamiento dirige a las PM hacia un desarrollo saludable buscando la realización plena de sus potencialidades. Se basa en la idea de que las PM tienen mayor éxito en su vida cuando identifican y usan sus fortalezas, habilidades y activos. En contraposición al modelo tradicional de atención a la PM, este nuevo enfoque enfatiza el crecimiento, el cambio, la colaboración e identifica a la PM como agente y protagonista del mismo.

#### OS-045. EVALUACIÓN DEL CURSO ON-LINE DIRIGIDO A CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.

##### RESULTADOS CUALITATIVOS

M.A. García Antón, A.M. Fernández Rodríguez, M.A. Valle Martín, M. Merino Alainez, E.M. Sanz Peces, J.R. Campos Dompedro, A. Moya Bernal, P. Ramos Cordero, R. Matilla Mora y S. Molinero Aguilera  
SEGG. Grupo de Trabajo Ley de Dependencia.

**Introducción:** Se ha realizado un estudio de la Segunda Edición del Curso on-line para cuidadores de personas mayores dependientes, con el propósito de conocer si el curso ha contribuido al apoyo y formación de los cuidadores.

**Objetivos:** Conocer la percepción de los alumnos sobre los aspectos positivos, deficiencias y propuestas de mejora.

**Métodos:** Análisis cualitativo de las respuestas abiertas del cuestionario de evaluación final del curso on-line dirigido a cuidadores familiares de personas mayores dependientes organizado por SEGG (septiembre 2015-junio 2016).

**Resultados:** De los 6.000 alumnos que se han inscrito a la segunda edición del curso, se analizaron las respuestas de los 1.000 primeros cuestionarios. Respecto a la valoración global, un 51,8% (518) lo consideran un curso suficientemente completo. Al 70% (700) les ha aportado nuevos conocimientos e información. Al 15,7% (157) les ha permitido recordar conocimientos previos y resolver dudas. Respecto al contenido, opinan que los capítulos más útiles e interesantes son los relacionados con los cuidados básicos (úlceras por presión, higiene, transferencias, alimentación). El 61,7% (617) desearían ampliar información sobre: estimulación cognitiva, demencias, trastornos del comportamiento, disfagia y ayudas técnicas. Respecto al diseño y recursos didácticos; un 13,1% (131) apuntan como posibles mejoras la posibilidad de utilizar casos prácticos, un mayor número de imágenes gráficas y el apoyo de vídeos.

**Conclusiones:** La mayoría de los alumnos refiere haber obtenido nuevos conocimientos lo que constata la necesidad de potenciar la formación de los cuidadores de personas mayores dependientes. A pesar de haber intentado realizar un curso sencillo y didáctico, los alumnos echan en falta imágenes, esquemas y videos que faciliten su comprensión. Se demanda una ampliación de temas relacionados con

aspectos psicosociales, trastornos del comportamiento, terapia ocupacional. Este tipo de cursos on-line permite un acceso sencillo a sus contenidos a un número elevado de cuidadores y se considera una herramienta útil en su formación. A la vista de la gran respuesta de alumnos cuidadores inscritos al curso, nos debe hacer reflexionar a los profesionales la importancia que le dan los cuidadores a este tipo de cursos formativos y la necesidad de establecer programas formativos continuos y accesibles.

#### OS6: Cuidados. Calidad de vida

##### OS-046. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN ADULTOS MAYORES:

##### RELACIÓN CON DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

V. Carrasco Meza, G. Navarrete Hernández y F. Crispí Galleguillos  
Servicio de Geriatría, Hospital Clínico Universidad de Chile, Chile.

**Objetivos:** Describir la participación social de los Adultos Mayores de la Comuna de Maipú y su relación con depresión y calidad de vida.

**Métodos:** Diseño: estudio transversal. Participantes: mayores de 65 años residentes en la comuna de Maipú, Santiago Chile, a septiembre de 2015. Mediciones: la población de Maipú está estimada en 888.377 habitantes. La muestra fue de tipo aleatorio simple, teniendo representatividad etaria, por género y en los centros de salud primaria de la comuna. En el muestreo probabilístico se consideró un 97% de confianza y un 3% de margen de error. Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario estandarizado a cada adulto mayor por personal capacitado. Se aplicó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la Escala Visual de Calidad de Vida EQ5D-5L (EQVAS).

**Resultados:** Participaron un total de 1.325 adultos mayores en el estudio. 76% fueron mujeres. La edad promedio fue de 74 años (DE 6,4). 21% tenía más de 80 años. 48% estaba casado y 31% viudo. Un 58% afirma participar en algún grupo social, y un 42% negó su participación. Las mujeres muestran una tasa de participación superior a los hombres, 65% vs 37%. El promedio de participación semanal fue de 1,6 días. Con respecto a cómo se trasladaban un 66% llegaba caminando a su actividad social. Un 21,45% de los AM encuestados tiene síntomas depresivos. Se observa que los AM que participaban en algún grupo social tienen un menor riesgo de presentar síntomas depresivos (Odds Ratio de prevalencia: 0,457, IC 0,35/0,60, p < 0,0001). Con respecto a calidad de vida, el promedio de puntaje fue de 63,84. Las personas que referían participar socialmente mostraron en promedio una mejor calidad de vida (regresión lineal. Coeficiente beta: 1,094504; IC: 0,4861839/1,702825; p = 0). Ambos resultados son estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** La mayoría de los sujetos de estudio participaban en algún grupo social. La manera de traslado predominante fue caminando. La participación social mostró ser un factor protector para depresión, y se relaciona a una mejor calidad de vida en promedio. La participación social se debe evaluar como herramienta para mejorar depresión y calidad de vida.

##### OS-047. PERFIL DE ABUELOS CUIDADORES CON ALTA DEDICACIÓN: ¿POR QUÉ CUIDAN?

C. Noriega García, G. Pérez Rojo, C. Velasco Vega y J. López Martínez  
Universidad CEU San Pablo, Boadilla del Monte, Madrid.

**Objetivos:** La implicación de los abuelos en los cuidados de los nietos ha recibido un notable interés por parte de la literatura científica, sin embargo los motivos que les lleva a cuidar de los nietos de manera intensiva no han sido aún estudiados. El objetivo de este estudio fue validar una escala de motivos del cuidado adaptada a una muestra

formada por abuelos cuidadores extensos con nietos en educación primaria.

**Métodos:** 107 abuelos (63,6% mujeres, edad media 69,46 años) cuidadores extensos residentes en la Comunidad de Madrid participaron en este estudio. Los criterios de inclusión fueron: 1) ser abuelo con al menos un nieto entre 6 y 12 años y 2) brindar cuidados al menos 10 horas semanales. Para el diseño de la escala se partió de la "Escala Revisada de Justificaciones Culturales para el Cuidado" (CJCS-R). Un panel de expertos escogió aquéllos que podían ser aplicados a las relaciones abuelos-nietos (6 ítems). Además, se añadieron dos ítems, a partir de los resultados obtenidos en un estudio cualitativo previo. Para obtener la estructura factorial, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio y, posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio, utilizando el método de máxima verosimilitud. La consistencia interna fue analizada mediante alfa de Cronbach.

**Resultados:** Los análisis mostraron una estructura formada por dos factores: motivaciones internas (deseo de contribuir a la familia, sentimiento de utilidad y deseo de estrechar vínculos familiares) y motivaciones externas al cuidado (sentimientos de obligación, percepción de no tener otra opción y dificultades de los hijos). La estructura encontrada mostró un buen ajuste a los datos ( $GFI = 0,95$ ;  $CFI = 0,94$ ;  $RMSEA = 0,10$ ), con un 65,85% de varianza explicada. La consistencia interna fue adecuada, tanto en motivaciones internas (0,72) como en externas (0,70).

**Conclusiones:** Los resultados apoyan la necesidad de considerar los motivos del cuidado desde una perspectiva bidimensional. La escala mostró buenas propiedades psicométricas para su utilización con abuelos. Analizar las motivaciones del cuidado y sus efectos en otras variables como bienestar, recursos psicológicos o salud percibida, puede contribuir a la detección de abuelos cuidadores extensos en riesgo.

#### OS-048. PONERSE EN EL LUGAR DEL OTRO: ESTUDIAR LA DEPENDENCIA COMO FENÓMENO RELACIONAL

M. Sancho<sup>1</sup>, D. Sancho<sup>2</sup>, P. Díaz-Veiga<sup>1</sup>, E. Barrio<sup>1</sup>, C. Segura<sup>3</sup> y C. Espejo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Matia Instituto, Madrid. <sup>2</sup>Freelance, Madrid. <sup>3</sup>Fundación Bancaria La Caixa, Barcelona.

**Objetivos:** La dependencia y los cuidados representan dos temáticas profusamente investigadas en las últimas tres décadas en un contexto de clara preocupación ante las previsiones demográficas de crecimiento de la población en situación de dependencia. Ante la tradicional separación de estos dos objetos de estudio, se desarrolla una investigación cualitativa que ha tratado de aplicar una mirada conjunta sobre la experiencia de las relaciones de dependencia mediadas por el cuidado informal como un fenómeno en el que ambas problemáticas confluyen. En el presente trabajo, se pretende conocer la experiencia íntima de las personas afectadas por una relación de dependencia y cuáles eran las estructuras ideológicas que modulan las formas particulares en las que esta relación se comprende.

**Métodos:** Se realizaron 8 entrevistas en profundidad (4 con cuidadoras y 4 con dependientes), 4 grupos de discusión y 3 grupos triangulares (4 con cuidadores y 3 con dependientes), efectuando posteriormente el análisis conjunto de todos los testimonios obtenidos.

**Resultados:** El análisis desarrollado permitió identificar dos bloques analíticos separados y complementarios: 1) Un análisis estructural de las posiciones ideológicas ante la responsabilidad frente al cuidado en el que se ha tratado de explicar qué es cuidar, por qué se cuida y quién debe hacerlo como cuestiones material, cultural e históricamente determinadas que responden a las condiciones concretas que presenta una sociedad. 2) Una descripción de corte etnográfico de la vida cotidiana en la que las relaciones de dependencia toman forma.

**Conclusiones:** Los resultados incitan a afirmar que abordar el fenómeno de la dependencia desde su dimensión relacional resulta un enfoque productivo por cuanto ha quedado claro a través de él que la relación en sí misma suscita un tipo de trayectorias y problemáticas análogas en las biografías de unas y otros. El requerimiento de atender a las necesidades que implica la situación de dependencia afecta enteramente a la forma de desarrollar los proyectos vitales de cada persona implicada, alterando un ecosistema que debemos concebir de manera integral siempre que se pretenda intervenir en pos de la mejora de la calidad de vida de sus protagonistas.

#### OS-049. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA “VIVIR BIEN, SENTIRSE MEJOR” PARA EL DESARROLLO PERSONAL Y EL BIENESTAR DE PERSONAS MAYORES

J. Yanguas Lezaún<sup>1</sup>, P. Díaz-Veiga<sup>1</sup>, A. García-Soler<sup>1</sup>, M.T. Sancho<sup>1</sup>, C. Segura<sup>2</sup>, N. Galdona<sup>1</sup> y C. Espejo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Matia Instituto, San Sebastián. <sup>2</sup>Fundación La Caixa, Barcelona.

**Objetivos:** El programa “Vivir bien, sentirse mejor” pretender aportar conocimientos y estrategias, para favorecer el desarrollo personal de personas mayores. En esta comunicación se presenta los resultados de la validación empírica del primer itinerario de los tres que integran el programa.

**Métodos:** El itinerario “Vivir como quiero” cuenta con trece sesiones grupales, basadas en una metodología que enfatiza el cambio en la vida cotidiana, a través de la reflexión y la experiencia personal. Se efectuó un estudio multicéntrico, con 97 personas distribuidas en 9 grupos en distintas comunidades autónomas. Se realizó una evaluación pre-intervención (Pre) y dos evaluaciones post-intervención (la primera una vez concluido el programa -Post 1- y un segunda a los dos meses después de finalizada la intervención-Post 2), mediante la administración de los siguientes cuestionarios: Escala de Satisfacción con la vida (Pavot et al, 1991; Adaptación al castellano de Atienza et al, 2000); Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (2009); Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Atienza et al, 2000); SPANE (Diener et al, 2009; Adaptación al castellano de Montorio et al, 2011) y la Escala de Autoeficacia (Baessler y Schwarzer, 1996).

**Resultados:** Mejoras Pre-Post 1 y Pre-Post 2 ( $p < 0,05$ ) en afecto positivo y balance emocional; mejoras Pre-Post 1, Pre-Post 2 y Post 1-Post 2 ( $p < 0,05$ ) en las subescalas de autonomía y crecimiento personal de la escala de Bienestar; y mejoras Pre-Post 1, Pre-Post 2 y Post 1-Post 2 ( $p < 0,05$ ) en autoeficacia. No se observan diferencias significativas ni en autoestima, ni en satisfacción vital, aunque si un aumento de las puntuaciones obtenidas en ambas variables.

**Conclusiones:** El itinerario “Vivir como quiero” demuestra su eficacia para la mejora de variables sustentadoras del cambio personal, especialmente en aquellas que son más fácilmente modificables a través de una intervención como la desarrollada; no obteniendo similares resultados en variables, como la autoestima y la satisfacción vital, más estables en el tiempo.

#### OS-050. “PONTE EN MI LUGAR”. UN DOCUMENTO AUDIOVISUAL PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO EN LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN CENTRADAS EN LA PERSONA

E. Abad<sup>1</sup>, M. Sancho<sup>2</sup>, J. Quintas<sup>1</sup>, P. Díaz-Veiga<sup>2</sup>, E. Rivas<sup>1</sup>, A. Salaberria<sup>1</sup> y Y. Izusquiza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Gerontológico Lamourous, San Sebastián. <sup>2</sup>Matia Instituto, Madrid.

**Objetivos:** La transformación de prácticas profesionales asociadas al modelo de atención tradicional en centros gerontológicos en otras centradas en los derechos, y preferencias de las personas pone de manifiesto la necesidad de desarrollar herramientas que contribuyan a la sensibilización y a la adquisición de competencias ligadas a un

trato acorde a Modelos de Atención Personalizados. En esta aportación se presenta el procedimiento seguido para la elaboración del audiovisual "Ponte en lugar", dirigido a la promoción del buen trato en centros gerontológicos.

**Métodos:** Con el fin de identificar situaciones relevantes en relación con buen trato en los centros gerontológicos se efectuó una revisión de programas de formación en buen trato en residencias, un análisis de registros de profesionales, familiares y usuarios sobre buen trato y una observación incidental del comportamiento de profesionales y reacciones de residentes. El procedimiento efectuado permitió identificar situaciones significativas en las rutinas cotidianas relativas a levantarse, el momento de la comida y el descanso nocturno. Las situaciones fueron guionizadas para su grabación en la que fueron recreadas por un grupo de auxiliares cuidadores (8) y residentes (5), todos ellos voluntarios, de un centro gerontológico.

**Resultados:** El procedimiento desarrollado ha permitido la obtención de un documento audiovisual en el que se muestran prácticas habituales en las rutinas profesionales de cuidadores, asociadas a la comunicación, la independencia, o la autonomía, entre otros aspectos. Además, se visibiliza (gestos, posturas, etc.) el impacto del comportamiento de los profesionales en el bienestar de los residentes.

**Conclusiones:** Ponte en mi lugar constituye un documento que presenta, desde la perspectiva de residentes de centros gerontológicos, las consecuencias que para su bienestar se derivan de comportamientos relativamente habituales en estos contextos. Su utilización puede contribuir a que profesionales reconozcan, y cambien algunas de sus prácticas profesionales con el fin de adecuarlas a un trato ajustado a los derechos y preferencias de las personas.

#### **OS-051. PROYECTO DE VIDA: GESTIÓN DEL PLAN DE APOYOS PARA PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN UNA UNIDAD DE CONVIVENCIA DENTRO DE UN CENTRO RESIDENCIAL**

B. Álvarez de la Fuente  
Aralia Servicios Sociosanitarios, Soria.

Desde que en el 2014 apostásemos por el modelo residencial basado en Unidades de Convivencia, muchos han sido los cambios respecto al modelo tradicional de funcionamiento en residencias para personas mayores. Dentro de estos, el más importante ha sido el desarrollo de los Proyectos de Vida, que en muchas ocasiones chocan con el funcionamiento general de los centros, y por lo tanto, la fórmula de poder llevarlos a cabo ha sido un trabajo importante. La puesta en marcha de cuatro Unidades de Convivencia casi al mismo tiempo, nos ha facilitado comparar cuatro formas de enfocar la organización de un centro residencial para poder dar los apoyos necesarios a la hora de desarrollar los Proyectos de Vida de cada persona. Con el afán de facilitar a otras instituciones y de dar a conocer la manera más efectiva de enfocarlo, proponemos varias ideas de cómo resolver las cuestiones que se plantean en los centros, relativas a la organización de los servicios, muchas veces contrapuestas a poder contribuir a una Atención Centrada en la Persona que es lo que pretendemos. Estas ideas abarcan diferentes campos de actuación que desarrollaremos en la comunicación, relativos a: Formación y concienciación al personal directivo del modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP). Formación y concienciación al personal técnico y de atención directa del MACP. Estudio detallado de los recursos que tiene el centro residencial y de cómo estos recursos se pueden adaptar al

ritmo de las Unidades de Convivencia. Información a las personas que viven en la unidad de los derechos, recursos y apoyos con los que cuentan. Información y formación al grupo de apoyo de las personas, de los derechos, recursos y poyos con los que cuenta el centro. Organización y seguimiento de la red de apoyos (reuniones formales e informales, incorporación de las familias y grupo de apoyo en las unidades...). Las limitaciones que nos encontramos con las organizaciones residenciales, a veces parecen incompatibles con el desarrollo de los Proyectos de Vida, por lo que nos parece que ideas de cómo abordarlo siempre pueden ser de interés.

#### **OS-052. ¿SON EFICIENTES LAS UNIDADES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO?**

O. San Juan, R. Valera, E. Rojo, M. Urien, N. Fernández e I. Artaza  
*Unidad de Recuperación Funcional. Centro Sociosanitario Iguurco Unbe, Erandio.*

**Objetivos:** Analizar la eficiencia rehabilitadora de una unidad de recuperación funcional integrada en un Centro Sociosanitario.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los 225 pacientes admitidos en nuestra unidad entre 2014 y 2015. Analizamos las variables: perfil del paciente, edad, sexo, índice de Charlson, tiempo de estancia, índice de Barthel al ingreso y al alta, ganancia funcional mediante el índice de Heinemann y eficiencia rehabilitadora.

**Resultados:** Estudiamos 225 personas (65,7% mujeres) con una media de edad 81,63 años (56-101) y una estancia media de 27,5 días. Perfil Ortogeriatría 60,5%, Neurorehabilitación 20,9% y Decondicionamiento 18,6%. En la tabla adjunta se comparan promedios según perfil de ingreso.

**Conclusiones:** 1) Nuestra unidad de recuperación funcional, consigue una eficiencia rehabilitadora comparable a otras unidades similares hospitalarias. 2) La ganancia funcional es mayor en los pacientes ortogerátricos, a pesar de ser los de mayor edad, y menor en los neurológicos, que son los más jóvenes y los que mayor comorbilidad presentan. 3) La mayoría de los pacientes de la unidad regresa al alta a su domicilio, siendo notable este hecho en el caso de los pacientes ortogerátricos.

#### **OS-053. SITUACIONES DE RIESGO EN EL DOMICILIO. LA VISIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES COMO AGENTES DETECTORES**

C. Serrano Martínez, A. Alejandro Aguaviva, J. Rodríguez Ranera, J.M. Cortés Escolano, B. Cucalón Estrada, Z. Jaraba Alonso y B. Ayuda Vela  
*Arquisocial, Zaragoza.*

Desde que, a comienzos de los años ochenta, se comienza a instaurar el Servicio de Ayuda a Domicilio en España han surgido investigaciones acerca del papel que éstos tienen en la mejora de la calidad de vida de las personas en su domicilio. Esta investigación surge por el interés en conocer de primera mano las necesidades, demandas, sentimientos, etc., de las personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio, desde la visión de los/as profesionales que los atienden en sus hogares. Para ello, hemos realizado encuestas a auxiliares de ayuda a domicilio que trabajan en las comunidades autónomas en las que gestionamos servicios: Andalucía, Galicia, Castilla y León e Islas Baleares. Entre algunas conclusiones destacamos la importancia de

**Tabla OS-052**

| Perfil              | Edad | I. Charlson | Ganancia Barthel | I. Heinemann | Eficiencia RHB | Alta a Domicilio |
|---------------------|------|-------------|------------------|--------------|----------------|------------------|
| Ortogeriatría       | 83,9 | 1,8         | 22,1             | 52,7         | 0,76           | 76,7%            |
| Neurorehabilitación | 77,8 | 3,3         | 19,3             | 36,8         | 0,70           | 58,9%            |
| Decondicionamiento  | 79,9 | 2,9         | 20,5             | 47,6         | 0,81           | 59,1%            |

dar valor al papel de estos/as profesionales en la detección de situaciones de riesgo en el domicilio. Estas figuras profesionales son agentes privilegiados en la visualización y respuesta ante este tipo de situaciones. Además, tienen un peso en la atención socio-sanitaria, por el vínculo generado durante su atención en el domicilio.

**OS-054. EL ARTE DE DELIBERAR. PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN EQUIPOS INTERDISCIPLINARES**  
F. Torralba Roselló<sup>1</sup>, M.D. Fontanals Nadal, J. Pascual Torramadé<sup>2</sup>,  
I. Ancizu García<sup>2</sup> y R. Vaca Bermejo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Ramon Llull, Barcelona. <sup>2</sup>SARquavita, Barcelona.

**Objetivos:** Presentar un proceso de deliberación estructurado que facilita a los equipos interdisciplinares la reflexión y el debate para la resolución de un conflicto sobre la base de los principios de la ética asistencial.

**Métodos:** A lo largo de los más de 10 años de actividad del Comité de Ética Asistencial de nuestra organización se ha elaborado una metodología propia para la resolución de dilemas éticos.

**Resultados:** La propuesta que se realiza para la toma de decisiones en equipos interdisciplinares se caracteriza por las siguientes fases: Exposición del caso. Descripción detallada de toda la información necesaria para que el equipo asistencial pueda formarse una opinión

integral de la persona, de sus preferencias, convicciones y sistema de valores y de sus necesidades integrales. Elaboración del árbol de decisiones. Identificación colectiva de las alternativas que plantea el caso. Discernimiento a la luz de los valores corporativos y los principios éticos. Análisis de todas las alternativas posibles para dilucidar las posibles consecuencias de cada una de ellas. Memoria de casos precedentes. Exploración de las situaciones análogas que se dieron en el pasado y qué soluciones se propusieron. Elección de una alternativa. Elaboración de un razonamiento fundado en argumentos y de una secuencia lógica de actuación. Ejecución de la decisión. Valoración crítica de los efectos de la decisión adoptada. Reelaboración del árbol de decisiones. En el caso de que la opción tomada no haya tenido el efecto positivo perseguido es necesario iniciar de nuevo el proceso, pero no partiendo de cero, sino a partir de la experiencia dada.

**Conclusiones:** En el cuidado de los seres humanos más vulnerables, se plantean situaciones que no siempre forman parte de lo evidente, con lo cual es necesario tomar decisiones sobre marcos de incertidumbre. El proceso presentado aquí implica una ponderación de aquellos factores que intervienen en una situación con el fin de poder decidir cuál es la mejor alternativa o la menos lesiva reduciendo al mínimo las posibilidades de error, ya que participan varios profesionales que aportan su visión única y particular sobre el caso.