



## ÁREA CLÍNICA. Fragilidad

### OC-010

#### Fragilidad, trastornos cognitivos y atención integrada en el Prat de Llobregat

M. Sierra García<sup>a</sup>, E. Castro Rodríguez<sup>a</sup>,  
E. López Gonzalo<sup>b</sup>, R. Luna Gámez<sup>b</sup>,  
N. Tuset Mateu<sup>c</sup>, J. Amblàs Novellas<sup>d</sup>,  
N. Parellada Esquiús<sup>e</sup>

<sup>a</sup> PADES Prat, ABS 17 de setembre, El Prat de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup> Gestión de Casos. Prat, El Prat de Llobregat, Barcelona, España

<sup>c</sup> UGAP Prat de Llobregat, El Prat de Llobregat, Barcelona, España

<sup>d</sup> Universitat de Vic, Vic, Barcelona, España

<sup>e</sup> DAP Costa de Ponent, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

**Objetivos:** Se analizará la fragilidad de la población afectada por trastornos cognitivos con el índice de fragilidad-VIG y la relación existente con las variables del programa de atención a la cronicidad y enfermedad avanzada, gestión de casos y/o paliativos domiciliarios.

Se analizará la relación entre el uso de los recursos sanitarios, los servicios sociales y los comunitarios con los diferentes niveles de fragilidad, y además con la gravedad del deterioro cognitivo.

Se identificarán las características socioeconómicas y culturales de los cuidadores que pueden ayudarnos a definir un perfil para planificar una intervención ante el riesgo de sobrecarga. Se analizará el registro sanitario de la planificación de decisiones anticipadas, instrumento de utilidad en la toma de decisiones compartidas.

**Método:** Estudio multicéntrico descriptivo transversal de duración máxima de un año que analiza la fragilidad de las personas con trastornos cognitivos de cualquiera de los centros de atención primaria de la población del Prat de Llobregat.

Se solicitará mediante entrevista personal el consentimiento informado. A los participantes se les pasarán en la misma entrevista escalas, se recogerán los datos sociodemográficos y asistenciales, incluido el índice de fragilidad-VIG.

Se realizará un análisis de los datos mediante un análisis estadístico descriptivo, bivalente y multivalente realizado con el programa SPSS. Esperando que el 50% de la población estudiada presente fragilidad, aceptando un riesgo del 5% y con una precisión del 7%, hacen falta 196 pacientes para la estimación poblacional.



Esperando un 10% de pérdidas, la muestra es de 218 pacientes (Granmo V8.0).

Actualmente el estudio está siendo valorado por el Comité de Ética.

**Resultados:** Se prevé recogerlos durante abril del 2018.

**Conclusiones:** En un futuro podremos demostrar la utilidad como valor pronóstico de las demencias y del diagnóstico situacional mediante un instrumento útil en el marco de la cronicidad, el índice de fragilidad-VIG. Este estudio nos permite valorar la adecuación en la asignación actual de recursos sociales y sanitarios en el abordaje de los trastornos cognitivos. Nos permite reflexionar acerca del perfil esperado del cuidador principal y las dificultades con las que convive durante la vivencia de la enfermedad en un tiempo de profundos cambios socioeconómicos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.012>

### OC-011

#### Implementación del índice frágil-VIG en un medio residencial geriátrico y en un centro de día

P. Garmendia Freire<sup>a</sup>, N. Lema Reino<sup>a</sup>,  
M. Epeldegi Agirre<sup>a</sup>, O. Bueno Yañez<sup>b</sup>,  
M.A. Cruz Montes<sup>a</sup>, J.J. Calvo Aguirre<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Residencia Zorroaga, San Sebastián, España

<sup>b</sup> Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España

**Objetivos:** Análisis descriptivo del índice frágil-VIG (IF-VIG) en un medio residencial geriátrico y en un centro de día. Evaluación de su posible aplicabilidad en estos medios.

**Métodos:** Al inicio del año 2017 se incorpora el IF-VIG a la evaluación de la población institucionalizada en la Residencia Zorroaga (n=302 plazas; edad media=83,6 años). Tras evaluar a toda la población ingresada en el medio residencial y a los nuevos ingresos habidos, disponemos de una muestra de 315 personas que va a constituir la población objeto de seguimiento durante un año. Al final del año 2017 se administró el IF-VIG a la población del centro de día, constituida por 49 usuarios. La valoración del IF-VIG ha sido realizada por 3 enfermeras y un médico geriatra.

**Resultados:** En la siguiente tabla presentamos los resultados de mortalidad acumulativa trimestral de la población residencial relacionada con los diferentes niveles del IF-VIG.



IF-VIG	N = 315	Mortalidad			
		3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
0	4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
0,01-0,09	9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
0,1-0,19	17	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (6%)
0,2-0,29	54	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)
0,3-0,39	43	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	3 (7%)
0,4-0,49	111	11 (10%)	19 (17%)	24 (22%)	31 (28%)
0,5-0,59	52	7 (16%)	15 (29%)	17 (33%)	22 (42%)
0,6-0,69	25	4 (19%)	6 (24%)	9 (36%)	10 (40%)
≥ 0,7	0				

Utilizando como punto de corte el valor del IF-VIG = 0,4, presentamos la siguiente tabla comparativa:

IF-VIG	Centro de día	Residencia	Supervivencia	Mortalidad
< 0,4	18 (37%)	127 (40%)	122	5 (3,9%)
≥ 0,4	31 (63%)	188 (60%)	125	63 (33,5%)

**Conclusiones:** El IF-VIG es muy similar en ambas poblaciones. Se ha mostrado útil en el diagnóstico situacional tras un año de seguimiento, con un punto de corte de 0,4, mostrándose como un predictor sensible de mortalidad y siendo incompatible con la vida los resultados > 0,7.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.013>

## OC-012

### La necesidad del cribado de la fragilidad en personas mayores de Castilla y León



S. Postigo Mota<sup>a</sup>, I. Casado Verdejo<sup>b</sup>, J.A. Iglesias Guerra<sup>c</sup>, I. Galán Andrés<sup>d</sup>, L. Muñoz Bermejo<sup>e</sup>, E. Seyller García<sup>f</sup>, C. Bárcena Calvo<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura, Badajoz, España

<sup>b</sup> Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León, Ponferrada, León, España

<sup>c</sup> Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, Palencia, España

<sup>d</sup> Inspección Médica de la Gerencia de Área de Salud de Soria, Soria, España

<sup>e</sup> Centro Universitario de Mérida, Universidad de Extremadura, Mérida, Badajoz, España

<sup>f</sup> Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

<sup>g</sup> Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León, León, España

**Objetivo:** Identificar factores predictores de fragilidad en personas mayores institucionalizadas en Castilla y León.

**Método:** Estudio observacional retrospectivo con personas mayores institucionalizadas de Castilla y León de entornos urbanos y rurales, realizado entre septiembre de 2015 y abril de 2016. Se realizó un muestreo sistemático aleatorio entre los centros de las nueve provincias de la Comunidad, incluyéndose personas mayores de 64 años institucionalizadas en centros de larga estancia, excluyendo las que padecieran alguna enfermedad aguda o proceso neoplásico en dicho momento o en el último año. Se desarrolló un análisis descriptivo mediante la distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media, desviación estándar y porcentajes en las cuantitativas; correlaciones y asociaciones, con el establecimiento de diferencias con las pruebas t de Student, chi cuadrado y V de Cramer, según la naturaleza de las variables; para terminar con un análisis multivariante. Nivel de nivel de significación mínima: 0,05.

**Resultados:** Los resultados devuelven 352 registros válidos, siendo la edad media de los casos de 84,89 años. El síndrome de fragilidad queda predicho por la edad a partir de los 72 años, 6 o más fármacos diarios consumidos y peores puntuaciones en los índices de Barthel, Lawton y Brody y en el MMSE. No obtenemos predicción por razón de género. No podemos evaluar las caídas como factor. No fue posible estudiar el SPPB, el TUG, el test de velocidad de la marcha, el SHARE-Fix, el EDG-5 ni el MNA, al no disponer de registros sistematizados en las historias.

**Conclusiones:** En nuestro entorno, a pesar de las pautas establecidas en el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor de 2014, y de que en la última edición NANDA aparecen dos diagnósticos de enfermería específicos —Dominio 1. Promoción de la salud, Clase 2. Gestión de la salud: 00257 Síndrome de fragilidad del anciano y 00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano—, no está extendida la detección precoz. Este puede ser el origen del infradiagnóstico reflejado en las historias de las personas mayores objeto de nuestro estudio, resultando necesario sistematizar su identificación como primer paso para intervenir.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.014>

## OC-013

### Estudio longitudinal de las transiciones a un año entre estados de fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad



L. Lorenzo-López, R. López-López, A. Maseda, A. Buján, N. Cibeira, J.C. Millán-Calenti

Universidad de Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña, España

**Objetivos:** La fragilidad es un proceso dinámico e individual, es necesaria la exploración en profundidad de su aparición y progresión, dado que es un fuerte predictor de discapacidad y otros procesos adversos en la población mayor. El objetivo fue estudiar la evolución natural de la fragilidad explorando las transiciones entre los estados de fragilidad en el período de un año en una muestra de personas de 65 o más años que viven en la comunidad.

**Método:** De los 749 participantes evaluados al inicio en el marco del proyecto VERISAÚDE, 537 (71,7%) fueron re-evaluados a los 12 meses de seguimiento. La fragilidad se diagnosticó mediante los cinco criterios del fenotipo físico de Fried: pérdida involuntaria reciente de peso, cansancio autoinformado, baja actividad física, debilidad muscular y reducción de la velocidad de la marcha. Los participantes fueron clasificados como: frágiles, si satisfacían 3 o más de estos criterios; pre-frágiles, si cumplían 1 o 2, y robustos, si no presentaban ninguno. Se calcularon los índices de transición (estabilidad, empeoramiento, mejoría) entre los estados de fragilidad.

**Resultados:** La mayoría de los participantes se mantuvieron en su estado de fragilidad inicial (57,1% robustos, 83,4% pre-frágiles, 66,7% frágiles). El 42,9% de los mayores robustos al inicio empeoraron al estado de pre-fragilidad, y el 7,9% de pre-frágiles empeoraron a fragilidad. Es importante destacar que el 33,3% de los sujetos frágiles mejoraron hacia la pre-fragilidad, y el 8,7% de pre-frágiles revirtieron hacia la robustez. Las mujeres robustas mostraron una tendencia a empeorar hacia la pre-fragilidad en mayor medida que los hombres, y la mortalidad fue mayor entre los mayores clasificados como frágiles en la valoración inicial.