Fármacos: mediana 9,2; diuréticos 62%, ISRAA 50%, estatinas 67%, anticoagulantes orales 15%. Comorbilidades: HTA 93%, DM2 48%, deprivación sensorial 38%; ICC 29%, fibrilación auricular 23%, cardiopatía isquémica 23%, enfermedad cerebrovascular 15%. Analítica basal: FG medio 15,8; Hb 11,9; sodio 139; potasio 4,8.

Ingreso hospitalario en el 45% de los pacientes. Causas: complicación cardiovascular 26%, infecciosa 21%, ictus 6%, sangrado 5%, otros 13%. Entrada en diálisis 22%. Fallecimiento: 13 pacientes.

El ingreso hospitalario se asoció con (análisis univariante): edad ≥ 80 años (p = 0,001), CIRS-G > 2,5 (p = 0,006), Barthel ≥ 80 (p = 0,001), Hb ≤ 11,5 (p = 0,023), HUGE ≥ 9 (p = 0,006), ISRAA (p = 0,027).

Análisis multivariante permanecen: edad ≥ 80 años (p = 0,008), Barthel ≥ 80 (p = 0,037), HUGE ≥ 9 (p = 0,008), menor uso de ISRAA (p = 0,044). Tendencia estadística con CIRS-G > 2,5 (p = 0,057).

Conclusiones:

1. Nuestros pacientes con ERCA presentan alta comorbilidad y alta carga de enfermedad cardiovascular.
2. Un mayor deterioro funcional junto con la edad y la mayor puntuación en la fórmula HUGE se asocian con el ingreso hospitalario, mientras que el uso de ISRAA actuaría como factor protector.
3. La multimorbilidad que acompaña a estos pacientes podría ser un factor que incrementa el riesgo de hospitalización.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.268

PC-123

Variables asociadas a polifarmacia y prescripción inadecuada en el medio residencial geriátrico

F. Uriz [a], M.A. Arizcuren [b], Y. Burguete [c], L. Leache [b], A. Arizcuren [c], V. Malafarina [c]

[a] *Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España*
[b] *Residencia Landazábal, Burlada, Navarra, España*
[c] *Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona, España*

Objetivo: Analizar el perfil de persona mayor con polifarmacia, los factores relacionados, y la prescripción inadecuada en una unidad residencial

Método: Estudio transversal, observacional, descriptivo de los usuarios ingresados en la Residencia Landazábal. Se obtienen variables: demográficas, médicas (síndromes geriátricos y patologías prevalentes), cognitivas (MEC, GDS Reisberg) y funcionales (Barthel) y marcha (Tinetti). Se define polifarmacia como el consumo mayor de 5 fármacos durante más de 30 días. Se define el tipo de prescripción inadecuada según los criterios validados STOPP-START. Analizamos la asociación entre variables cuantitativas-cuantitativas mediante test U Mann-Whitney y la t de Student; la asociación entre las variables cuantitativas: coeficiente de Pearson o de Spearman. Análisis estadístico: programa STATA® 13.0.

Resultados: 175 usuarios, edad 84 ± 5,6 años, 71% mujeres, Barthel 35 ± 10, alto riesgo caída Tinetti 15 (0-28). La mitad (55%) presentan un deterioro cognitivo moderado (GDS 4-5). La polifarmacia está presente en el 74% de los pacientes, con un consumo 8 ± 3,6 medicamentos por paciente. Las patologías más prevalentes: osteoarticular 72%, neurológica 70% (demencias 68%), cardiovascular 58%. Los factores relacionados con el número de medicamentos consumidos fueron la situación funcional: Barthel (rho: 0,192; p = 0,015) y cognitiva: MEC (rho: 0,325; p < 0,001). No se obtuvo relación con otros parámetros como la edad, síndromes geriátricos y el riesgo de caída (p < 0,05). El único factor relacionado con la presencia o no de polifarmacia fue la situación cognitiva MEC (p = 0,042). Un 20% del total de los tratamientos son prescripciones inadecuadas: 200 son STOPP y 142 START. Los criterios STOPP más prevalentes corresponden al sistema nervioso cerebral (35%) en relación a fármacos que aumentan el riesgo de caída (neurolépticos y benzodiacepinas), sistema cardiovascular (22%), analgesia (12%). Los criterios START más frecuentes corresponden al sistema cardiovascular (41%, anticoagulación en fibrilación auricular), musculoesquelético (36,9%) y endocrino (12%).

Conclusiones: El perfil de nuestro residente es el de mujer, edad avanzada, con deterioro funcional-cognitivo y alto riesgo de caída.

La polifarmacia es frecuente en nuestro medio, relacionándose con la situación cognitiva y funcional de nuestros mayores.

Un alto porcentaje de las prescripciones inadecuadas corresponde al uso de fármacos que aumentan el riesgo de caída (neurolépticos y benzodiacepinas) y a la no indicación de anticoagulación profiláctica cardioembólica.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.269

PC-124

Uso de recursos sanitarios en la población geriátrica

P.L. Carrillo García, D. Padrón Guillen, L. Bermejo García, B. Carballido de Miguel, M. Vigara García, L. Guardado Fuentes, P. Gil Gregorio.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Objetivo: Describir el fenotipo clínico y funcional de los pacientes mayores no institucionalizados y el uso de recursos sanitarios.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo.

- Criterios de inclusión: pacientes >75 años atendidos en consultas de geriatría durante el periodo de septiembre de 2017 a diciembre de 2017. Se excluyen pacientes con deterioro cognitivo (GDS 6-7) y funcional (Barthel< 40) severo.
- Se recogen datos sociodemográficos, funcionales (índice de Barthel, índice de Lawton), comorbilidad (CIRS-G). Uso de recursos sanitarios 6 meses anteriores: urgencias, especialistas y atención primaria. Se define una variable según el uso de recursos sanitarios (≤ 4, menor uso; ≥5, mayor uso).
- Se realiza un análisis descriptivo de la muestra y un análisis bivariante comparando los grupos de menor o mayor uso de recursos. SPSS v. 23.

Resultados: n = 101. Edad media 84,3 años (DE: 4,6), 60,4% mujeres.

- Funcional: Barthel 93,5 puntos (DE 12,6), Lawton 5,7 (DE 2,5). El 72,3% no presenta deterioro cognitivo diagnosticado.
- Comorbilidad: CIRS-G medio 6,05 (DE 3,2).
- Uso de recursos: 66,3% 1 visita a MAP, 27,7% 1 visita a urgencias y 84,2% a algún especialista. El 64,4% se realizó alguna prueba complementaria.

Análisis bivariante: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a sexo o situación civil.

La población 85 años, con menor nivel de estudios y sin deterioro cognitivo diagnosticado, usa más recursos sanitarios (p = 0,015, p = 0,04 y p< 0,01).

Se observa una tendencia a mayor uso cuando mayor comorbilidad, pero no diferencia estadísticamente significativa (p = 0,10).

Conclusiones: En nuestra muestra hemos observado que el fenotipo de paciente que usa mayor número de recursos sanitarios es el de mayor edad, con bajo nivel educativo, sin deterioro cognitivo diagnosticado y mayor comorbilidad.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.270

PC-125

Utilidad de las escalas de valoración *Timed up and go* y J. H. Dowton en personas con demencias neurodegenerativas

V. López Miguens[a], N. Rodriguez Pardo[b]

[a] *AFAGA, Asociación Familiares de Alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas de Galicia), Vigo, Pontevedra, España*
[b] *AFALU, Asociación de familiares y otras demencias neurodegenerativas de Lugo, Lugo, España*

Las personas con Alzhéimer u otras demencias neurodegenerativas tienen un alto índice de caídas al año. Así lo corroboran los últimos estudios de esta índole. Este hecho implica una disminución de la autonomía y de la calidad de vida no solo de los pacientes, sino también de los familiares y/o cuidadores principales, un aumento de ingresos hospitalarios y mortalidad de las personas afectadas que supone, además, un mayor gasto sanitario.

La fragilidad, la medicación, los déficits sensoriales y cognitivos, entre muchos otros, propician las caídas. Es por ello importante detectar el riesgo existente y su causa para elaborar un método de trabajo preventivo adecuado.

Desde hace un par de años, fisioterapeutas de Galicia trabajamos y elaboramos un manual de fisioterapia en Alzhéimer y otras demencias, en cuya metodología de evaluación de riesgo de caída se incluye la escala *Timed up and go* y J. H. Dowton.

Este año hemos realizado un estudio financiado por el Colegio Oficial de Fisioterapeutas en el que aplicamos ambas escalas a 80 usuarios diagnosticados de Alzhéimer u demencia neurodegenerativa con la finalidad de obtener un análisis descriptivo y cuantificable de cada ítem.

Obtuvimos una buena aplicabilidad de la escala *Timed up and go* respecto a escalas anteriormente utilizadas, así como resultados cuantificables irrelevantes respecto a la escala J. H. Dowton, obteniendo que un 100% de los participantes tiene alto riesgo de caída pero cuyo análisis descriptivo facilita determinar el tratamiento preventivo de fisioterapia más adecuado.

Los resultados obtenidos aportan información sobre las dificultades y beneficios de las escalas de valoración en la práctica diaria. Por ello, ampliar el estudio a mayor población podría ser todavía más significativo, así como beneficioso compartir y dar a conocer a diferentes perfiles profesionales que trabajan en este ámbito esta nueva metodología de valoración de riesgo de caída.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.271

PC-126

Calidad de vida autopercibida en adultos mayores dentro de los servicios de prevención municipales

D.D.C. Ramírez Godoy

Centro de autonomía personal, Arguineguín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud de los residentes del municipio, receptores del servicio de centro de día y los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal, recogidos en la cartera de servicios de la Ley 39/2006, de Promoción de la autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Como objetivo específico, conocer las dimensiones de salud incidentes en la calidad de vida, para establecer futuras líneas de intervención.

Método: Se facilitó el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud EuroQoL-5D (EQ-5D). Fue cumplimentado autónomamente por aquellos usuarios con nivel de lectoescritura suficiente para ello. Los usuarios con dificultades físicas o bajo nivel de lectoescritura cumplimentaron el cuestionario a modo de entrevista personal.

La muestra se extrajo de los usuarios receptores del servicio del centro de día y de los servicios de prevención y promoción de la autonomía que acuden a talleres en diferentes barrios del municipio.

Resultados: Un total de 76 usuarios cumplimentaron el cuestionario EuroQold-5D. El 59,2% (n = 45) de los usuarios acuden a talleres de prevención y promoción de la autonomía, y el 40,8% restante corresponden a usuarios del centro de día. Del total, el 84,2% (n = 64) eran mujeres. La edad media de la muestra fue de 75,7 ± 9,5 años. La calidad de vida relacionada con la salud medida por EuroQold-5D (0-1) = 0,73 ± 0,23 y por la EVA contenida en el cuestionario con un valor de (0-100) = 66,4 ± 24,6 de media. Con respecto a los datos específicos del EuroQold-5D, analizadas las dimensiones específicas del cuestionario, cabe destacar que el 63,2% de la muestra declaró tener «moderado dolor o malestar», el 59,2% tener «algunos problemas para caminar».

Conclusiones: Aunque el nivel de vida percibido es «bueno», los datos detacan como líneas fundamentales a trabajar el dolor, donde 2/3 de los encuestados refiere tener «moderado dolor o malestar», y la movilidad, pues casi el 60% considera presentar «algunos problemas para caminar».

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.272

PC-127

Gastropatía antral vascular ectásica

S. Alfonso Gómez, D. Cabezas Jaén, N.C. Herrera Fernández, F.J. Balea Fernández, J. Alonso Ramírez

Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria, España

Motivo de ingreso: Melenas.

Antecedentes personales: VHC, cirrosis hepática, Child B-C, gastropatía antral vascular ectásica (GAVE). Insuficiencia cardíaca. Nefrectomía.

Situación basal: Barthel 60. No deterioro cognitivo. Casada. Una hija, presta muy buen apoyo.

Enfermedad actual: Paciente mujer de 84 años que acude a urgencias por astenia y melenas. Diagnóstico de GAVE hace 3 años con requerimiento en los últimos 12 meses de transfusiones sanguíneas y sesiones de electrocoagulación con gas de argón.

Evolución: Ingresa paciente con síntomas reseñados y con hemoglobina de 5 g/dl. En endoscopia se objetivan lesiones hemorrágicas subepiteliales longitudinales hacia píloro, muy friables. Es por ello que no es subsidiaria a tratamiento endoscópico. Se instaura tratamiento para control de síntomas. Se explica el pronóstico a la paciente y se consensúa sedación paliativa mantenida en caso de sufrimiento.

Discusión: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) es una causa poco corriente de sangrado gastrointestinal crónico con características endoscópicas e histológicas propias. La fisiopatología de este desorden no está aún esclarecida. Se la ha visto asociada