Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(**Espec Cong**):55-178

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

Pósters

ÁREA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

PB-001. FACTORES DE RIESGO METABÓLICOS Y PSICOSOCIALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER A PARTIR DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE DEMENCIA

C. Gómez Gómez[1], J. Flores Azofra[1], C. Rodríguez Buza[1], M. Olivera González[1], J.L. Peralta Sáez[2] y M.A. Moya Molina[3]

[1]Área de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad de Cádiz, Cádiz. [2]Área de Bioestadística, Universidad de Cádiz, Cádiz. [3]Servicio de Neurología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La forma más frecuente de demencia senil es la enfermedad de Alzheimer (EA), que obedece a múltiples causas, siendo considerada la edad el principal factor de riesgo para desarrollarla, pero no es el único. Cuando se analiza los antecedentes de los pacientes en la historia muchos otros factores de riesgo: vinculados al síndrome metabólico (diabetes, hipertensión, dislipemias, alteración de la glucemia, obesidad); vinculados al estrés crónico y a sus manifestaciones en la esfera psicológica (depresión, ansiedad, insomnio, dolor crónico). Ya hoy se habla de las 3D: depresión, diabetes, demencia.
Objetivos: Estudiar potenciales factores de riesgo en las demencias seniles, especialmente, en la enfermedad de Alzheimer.
Métodos: Estudio longitudinal realizado a lo largo de 1 año en pacientes que acuden por primera vez al Servicio de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Mar y son diagnosticados de demencia degenerativa tipo Alzheimer. La fuente empleada es la historia clínica registrada informáticamente. La población de referencia del hospital es de 250.000 pacientes de los cuales alrededor de 50.000 ≥ 60 años. Se recogen las siguientes variables: a) sexo y edad como variables demográficas; b) existencia de antecedentes familiares; c) tipo de demencia diagnosticada; d) componentes del síndrome metabólico (HTA, trastornos lipídicos, obesidad, diabetes; e) factores psicosociales relacionados con el padecimiento de estrés crónico: acontecimientos vitales, insomnio, ansiedad, depresión, dolor crónico; f) medicación previa al diagnóstico.
Resultados: Fueron 112 casos. La EA fue la más frecuente con predominio femenino 2:1 según ratio corregida. El 7% de los pacientes no presentaba ningún antecedente en la anamnesis. El 85% presentaba uno o más criterios de los establecidos para el síndrome metabólico, siendo la HTA el más frecuente. En la esfera psicológica, el 65% de los pacientes presentaban al menos un componente, siendo lo más habitual padecer dolor crónico. En cuanto al análisis de *clusters* se perfilaban dos grupos: los hombres padecen más problemas metabólicos; las mujeres padecen más en la esfera psíquica. Un 10% de las demencias diagnosticadas son pseudodemencias depresivas.
Conclusiones: El paciente con demencia tipo EA presenta alta carga de morbilidad, no sólo edad avanzada. Hay que prestar especial atención a los aspectos metabólicos y psicopatológicos sobrevenidos al estrés crónico.

PB-002. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS Y PSICOFÁRMACOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

C. Gómez Gómez[1], J. Flores Azofra[1], C. Rodríguez Buza[1], M. Olivera González[1], J.L. Peralta Sáez[2] y M.A. Moya Molina[3]

[1]Área de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad de Cádiz, Cádiz. [2]Área de Bioestadística, Universidad de Cádiz, Cádiz. [3]Servicio de Neurología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La forma más frecuente de demencia senil es la EA, que obedece a múltiples causas, siendo considerada la edad el principal factor de riesgo para desarrollarla, pero no es el único. Cuando se analizan los antecedentes de los pacientes, en la historia aparecen otros muchos factores de riesgo: vinculados al síndrome metabólico; vinculados a la esfera psicosocial. La hipótesis psicosocial cobra fuerza en cuanto a la etiopatogenia de la EA, junto a la vascular o la genética, a tenor de los estudios epidemiológicos, del diagnóstico por neuroimagen y de los hallazgos anatomopatológicos. Esta carga de morbilidad se asocia a polimedicación del enfermo. Se ha visto que algunos fármacos previenen contra la EA, pero otros por el contrario se consideran factores de riesgo, entre ellos algunos psicofármacos (benzodiacepinas).
Objetivos: Determinar en qué medida, entre los antecedentes de los pacientes afectos de EA se encuentra la medicación con antidiabéticos o psicofármacos, en relación con la hipótesis de que: a) algunos fármacos constituyen factores de riesgo y; b) la diabetes y la depresión son consideradas factores de riesgo.
Métodos: Estudio longitudinal realizado a lo largo de 3 años en pacientes que acuden por primera al Servicio de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Mar y son diagnosticados de demencia. La fuente empleada es la historia clínica informatizada. Se recogen sexo y edad como variables demográficas. El grupo de fármacos analizados ha sido antidiabéticos orales, insulina, antidepresivos y benzodiacepinas.
Resultados: 348 de 412 pacientes presentaban consumo de alguno de estos fármacos. Los pacientes de EA, el 34% recibe antidiabéticos (12% metformina sola o en asociación con otros antidiabéticos); el

0211-139X/$ - see front matter © 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

26% benzodiacepinas; el 16% antidepresivos. Estas cifras son parecidas en las demencias con componente vascular (incluida la forma mixta de EA) salvo en el consumo de benzodiacepinas. El 75% de los pacientes de pseudodemencia depresiva reciben tratamiento antidiabético.

Conclusiones: El consumo de psicofármacos/antidiabéticos es similar con independencia de que exista componente vascular en la etiología de la demencia. Los pacientes afectos pseudodemencia depresiva constituyen un grupo de especial seguimiento, por la concomitancia de trastornos del metabolismo glucídico en éstos: permitirían ahondar con más detenimiento la asociación diabetes, depresión y demencia.

PB-003. UNA HAPLOINSUFICIENCIA EN LA TIROSINA HIDROXILASA SUPONE UNA MAYOR INMUNOSENESCENCIA Y ESTRÉS OXIDATIVO EN LA VEJEZ Y UNA MENOR LONGEVIDAD

M. de la Fuente[1], J. Cruces[1], N. Ceprián[1], C. Hernández-Sánchez[2], F. de Pablo[2] y A. Garrido[1]
[1]Universidad Complutense, Madrid. [2]CSIC, Madrid.

Al envejecer hay un deterioro de los sistemas homeostáticos, el nervioso, endocrino, e inmunitario, así como de la comunicación neuroinmunoendocrina, lo que conlleva una peor salud y aumento de morbilidad y mortalidad. Concretamente, el estado funcional y redox del sistema inmunitario se ha propuesto como un buen marcador de salud y predictor de longevidad. Estudios previos han demostrado que ratones con una haploinsuficiencia de la tirosina hidroxilasa (TH), enzima limitante en la síntesis de catecolaminas, presentan en la edad adulta una inmunosenescencia prematura. Dado que se desconoce el estado inmunitario y redox de tales animales en el vejez, el objetivo del presente trabajo fue determinar si ratones viejos con una haploinsuficiencia de la TH tenían una mayor inmunosenescencia y estrés oxidativo que los correspondientes controles, así como si esto repercutía en su longevidad media. Se usaron 20 ratones macho C57/Bl6 viejos (20 ± 1 meses), de los que 10 fueron silvestres (wild type; WT) y 10 hemizigotos (HZ) para la TH (TH-HZ). En las células inmunitarias obtenidas del peritoneo, se valoró la actividad citotóxica *Natural Killer* (NK) frente a células tumorales, así como las actividades de las enzimas antioxidantes: catalasa (CAT) y glutatión reductasa (GR), y de la oxidante: xantina oxidasa (XO). Posteriormente, los animales se mantuvieron hasta su muerte natural para la obtención de la curva de longevidad. Los resultados mostraron que los animales TH-HZ presentaban una menor actividad NK con respecto al grupo control WT, una característica de un mayor envejecimiento. También, las células inmunitarias de los TH-HZ mostraron una menor actividad de las enzimas CAT y GR y mayor de la XO con respecto a las de los WT. La longevidad media fue menor en el grupo TH-HZ que en los controles WT. En conclusión, los animales TH-HZ viejos parecen mostrar una mayor inmunosenescencia y estrés oxidativo que los correspondientes controles, la cual podría explicar su menor esperanza de vida.

Financiación: MINECO (BFU 2011-30336), FIS (PI15/01787), UCM (910379 ENEROINN) and RETICEF (RD12/0043/0018).

PB-004. LA ELEVADA SECRECIÓN DE CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS EN LOS LEUCOCITOS PERITONEALES DE RATONES TRIPLES TRANSGÉNICOS PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PUEDE SER MARCADOR PRODRÓMICO DE LA ENFERMEDAD

N. Ceprian, I. Martínez de Toda, I. Mate y M. de la Fuente
Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Si en la enfermedad de Alzheimer (EA) se ha comprobado claramente la participación del sistema inmunitario en la neuroinflamación, se conoce menos sobre la situación de este sistema a nivel periférico. En la necesidad de encontrar marcadores periféricos del inicio y desarrollo de la enfermedad, recientemente se ha propuesto el estado funcional y redox de las células inmunitarias periféricas como indicadores prodrómicos de la EA utilizando un modelo de ratón triple transgénico (3xTgAD). No obstante, se desconoce si la secreción de citoquinas por tales células se encuentra alterada en estos animales en comparación con los controles no transgénicos (NTg). El objetivo del presente trabajo fue analizar la secreción de citoquinas por leucocitos peritoneales a lo largo de la vida de 3xTgAD. Se utilizaron ratones hembras de la cepa 129/C57BL6 3xTgAD y los correspondientes NTg. Se obtuvieron células peritoneales (macrófagos y linfocitos) a los 2, 4, 6, 12 y 15 meses de edad. Se cultivaron durante 48 horas en presencia de los mitógenos concanavalina A y lipopolisacárido. En los sobrenadantes de tales cultivos se analizaron mediante un "Multiplex Map Kit" (MCYTOMAG-70K) las citoquinas: IL-1beta, IL-6, IL-17, INFgamma e IL-10. Los resultados mostraron que los cocientes Th1/Th2 (IFNg/IL-10) y proinflamatorias/anti-inflamatorias (IL-1b/IL-10, IL-6/IL-10 e IL-17/IL-10), eran significativamente superiores en los 3xTgAD a los 2 meses de edad, momento en el que no ha tenido lugar ninguna alteración neurológica en estos animales. Estos mayores niveles desaparecen a los 6 meses, edad en la que aparecen los primeros depósitos extracelulares de beta amiloide en el cerebro. En conclusión, dado que a los 2 meses, antes de la aparición de cambios a nivel central, ya hay un desajuste en la secreción de citoquinas, a favor de las Th1 y las proinflamatorias, en las células inmunitarias peritoneales, se propone el análisis de estos cocientes, a nivel periférico, como marcadores prodrómicos de la enfermedad.

Financiación: MINECO (BFU2011-30336); FIS (PI15/01787); UCM (910379); RETICEF (RD12/0043/0018).

PB-005. PARÁMETROS DE FUNCIÓN INMUNITARIA COMO PREDICTORES DE LONGEVIDAD

I. Martínez de Toda, I. Mate, C. Vida y M. de la Fuente
Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

El funcionamiento del sistema inmunitario se ha propuesto como un excelente marcador del estado de salud. Los cambios con la edad en ese funcionamiento, lo que se denomina inmunosenescencia, se han propuesto como indicadores de la longevidad del individuo. No obstante, no hay experimentos que lo demuestren, pues en humanos, dada su elevada esperanza de vida media no pueden realizarse estudios longitudinales. El objetivo del presente trabajo fue analizar una serie de funciones relevantes de las células inmunitarias peritoneales obtenidas de ratones, animales con una longevidad media de unos dos años, desde la edad adulta hasta su muerte. También, analizar en ratones adultos prematuramente envejecidos el estado de tales funciones. Se utilizaron ratones hembra de la cepa ICR-CD1. Se partió de 40 animales en los que se obtuvieron células peritoneales (macrófagos y linfocitos) en la edad adulta, madura, vieja, muy vieja y longeva (40, 56, 72, 96 y 120 semanas, respectivamente). Se analizó la capacidad de movilidad al foco infeccioso (quimiotaxis) de macrófagos y linfocitos, la fagocítica de macrófagos, la citotoxicidad *natural killer* frente a células tumorales y la respuesta proliferativa de linfocitos a mitógenos. Dichas funciones fueron estudiadas también en ratones adultos que muestran un envejecimiento prematuro (PAM: prematurely aging mice) y en los de su misma edad que no lo muestran (NPAM: non-prematurely aging mice) (n = 10, respectivamente). Los resultados mostraron que los valores de las funciones leucocitarias de ratones que llegan a longevos son similares a los que presentaban en la edad adulta, mientras que en la madura y en la vejez esos valores están significativamente disminuidos. En los PAM adultos los valores fueron similares a los de viejos cronológicos, muriendo prematuramente esos animales. En conclusión, las funciones estudiadas pueden ser propuestas como marcadores de longevidad puesto que los animales adultos que las tienen con valores propios de viejos,

mueren prematuramente y los que llegan a longevos las muestran con valores preservados.
Financiación: BFU2011-30336; PI15/01787.

PB-007. RELACIÓN ASOCIATIVA ENTRE LA CAPACIDAD ANTIOXIDANTE DE LAS AGUAS MINEROMEDICINALES Y SU COMPOSICIÓN IÓNICA

M.D.M. Polo de Santos[1], A. Hernández Torres[2]
y M.L. Pérez Rodríguez[3]
[1]AETS, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. [2]AETS- ISCIII/Fundación BILBILIS, Madrid/Calatayud. [3]Facultad de Farmacia, UCM, Madrid.

Objetivos: Averiguar si existe asociación entre la composición iónica de las aguas mineromedicinales (AMm) y su capacidad antioxidante (CAO), y conocer qué componentes de estas AMm están más asociados a ella.
Métodos: Con los datos de las analíticas físico-químicas de 82 AMm españolas (30 de ellas con CAO detectada), se realizó un exhaustivo análisis estadístico: 1) descriptivo (media, error estándar, mediana, valores mínimo y máximo); 2) coeficientes de correlación por rangos de Spearman (para examinar la dirección y magnitud de la asociación entre dos variables cuantitativas); y 3) regresión logística (para conocer si los valores de cualquier variable independiente explican la asociación con la dependiente). Las variables independientes fueron 27 parámetros físico-químicos y la variable dependiente fue la CAO. Para el análisis se utilizaron los programas estadísticos SAS y SPSS.
Resultados: El análisis descriptivo mostró que las AMm con CAO tienden a ser alcalinas: pH = 8,14 vs 7,35, con mayor concentración de H_2S (4,2 vs 0,2 mg/L), HS^- (6,0 vs 0,5 mg/L) y F^- (8,4 vs 2,9 mg/L) ($p < 0,000$); y también de SiO_2 (61,7 vs 37,4 mg/L) y NH_4^+ (0,6 vs 0,2 mg/L) ($p < 0,05$), que las aguas sin CAO. Éstas son neutras, con mayor concentración iónica, y más ricas en sales y por tanto con mayor valor de residuo seco a 180 °C (951,1 vs 1.821,1 mg/L) y conductividad (2.049,4 vs 2.649,5 microS/cm). El análisis de correlación de Spearman mostró que existe asociación directa fuerte entre CAO y el contenido en H_2S ($r = 0,784$) y en HS^- ($r = 0,726$) ($p = 0,000$); y directa moderada con F^- ($r = 0,469$ $p = 0,000$), pH ($r = 0,404$), SiO_2 ($r = 0,388$) y NH_4^+ ($r = 0,420$) ($p < 0,05$). Igualmente, existe asociación indirecta moderada entre CAO y Mg^{++} ($r = -0,498$), Ca^{++} ($r = -0,423$), $SO_4^=$ ($r = -0,386$) y dureza del agua ($r = -0,365$) ($p < 0,005$). Por último, la regresión logística mostró que el elemento más asociado a la CAO de las AMm es el HS^- (OR = 1,556, IC95%: 1,218-1,986) seguido del ion F^- (OR = 1,359, IC95%: 127-1,640).
Conclusiones: La composición iónica de las aguas mineromedicinales influye en su capacidad antioxidante. El azufre, en forma de H_2S o HS^-, seguido del F^- es el elemento más fuertemente asociado a la presencia de capacidad antioxidante.

PB-008. A LO LARGO DEL ENVEJECIMIENTO LOS HOMBRES PRESENTAN MAYORES NIVELES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN LAS CÉLULAS SANGUÍNEAS QUE LAS MUJERES

C. Vida[1], A. Muñoz-Montero[1], I. Martínez de Toda[1],
G. Álvarez-Calatayud[2] y M. de la Fuente[1]
[1]Universidad Complutense, Madrid. [2]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

El aumento de estrés oxidativo al envejecer se ha observado en tejidos y células de animales de experimentación, habiéndose relacionado con su esperanza de vida. Así, los longevos presentan menor oxidación y lo mismo sucede en hembras con respecto a machos. En el ser humano estos estudios, mucho más limitados, se han hecho en sangre periférica, fundamentalmente en plasma. Así, se desconocen los cambios en muchos parámetros de estrés oxidativo en las células sanguíneas de hombres y mujeres a lo largo del envejecimiento y las diferencias entre ambos sexos. El objetivo fue analizar en células sanguíneas de hombres y mujeres de diferentes edades, incluyendo longevos, una serie de defensas antioxidantes, compuestos oxidantes y daño a lípidos, comprobando las diferencias por edad y sexo. En 181 individuos sanos (95 mujeres; 86 hombres), divididos en cinco grupos de edad: jóvenes (20-29 años; n = 21-22 mujeres-hombres, respectivamente), adultos (30-49 años; n = 13-12), maduros (50-69 años; n = 25-26), mayores (70-79 años; n = 17-14) y longevos (> 90 años; n = 19-29), se obtuvieron muestras de sangre periférica. Tras el aislamiento de las células sanguíneas (eritrocitos y leucocitos) se valoró la actividad de las enzimas antioxidantes catalasa (CAT), glutatión peroxidasa (GPx) y glutatión reductasa (GR), así como los niveles de glutatión reducido (GSH) y oxidado (GSSG), mediante ensayos colorimétricos y fluorimétricos. Los niveles de malondialdehído (MDA), marcador de daño a lípidos, se valoraron con un kit comercial (Biovision). También se calculó el cociente GSSG/GSH. Al envejecer, en hombres y mujeres, aumentaron los valores de oxidación (GSSG) y de estrés oxidativos (GSSG/GSH), hecho que no sucede en los longevos. Además, los hombres presentaron menores actividades de CAT (jóvenes y mayores) y GR (mayores y longevos) y menores niveles de GSSG (adultos), lo que da lugar a mayores valores de MDA en todas las edades (excepto maduros) que las mujeres. En conclusión, el estrés oxidativo de las células sanguíneas es mayor en la vejez, en hombres y en mujeres, pero no en los longevos, mostrando los hombres mayor estrés oxidativo y daño a lípidos que las mujeres. Todo ello sugiere que los marcadores estudiados podrían ser predictores de longevidad.
Financiación: MINECO-(BFU2011-30336); FIS-(PI15/01787); RETICEF-(RD12/0043/0018, RD06/0013/0003)-ISCIII-FEDER.

PB-009. EL AISLAMIENTO SOCIAL CRÓNICO PRODUCE UN DETERIORO INMUNITARIO Y UNA MAYOR OXIDACIÓN EN LA VEJEZ, ESPECIALMENTE EN LOS ANIMALES QUE PRESENTAN ALTA ANSIEDAD

N. Ceprián[1], J. Cruces[1], A. Garrido[1], G. Álvarez-Calatayud[2]
y M. de la Fuente[1]
[1]Universidad Complutense, Madrid. [2]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Las interacciones entre individuos en las especies gregarias, que es el caso del ser humano y de animales de experimentación como los roedores, son fundamentales para el correcto funcionamiento de los sistemas homeostáticos (sistema inmunitario, sistema nervioso y sistema endocrino), así como para la comunicación entre ellos, la comunicación neuroinmunoendocrina. Así, el aislamiento social (AS) puede producir alteraciones en esos sistemas y en su comunicación y consecuentemente una pérdida de la homeostasis y, por tanto, de la salud, especialmente en la vejez, momento en el que se aprecia un claro deterioro de tales sistemas. Estudios recientes muestran que las alteraciones inmunitarias en ratas viejas aisladas puntualmente se aprecian fundamentalmente en aquellos animales que responden con alta ansiedad al aislamiento. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue comprobar si un AS crónico, desde el destete, provoca una alteración de la función inmunitaria y del estrés oxidativo en la vejez. Se utilizaron ratones macho B6D2F1 viejos (17 ± 1 meses) que vivieron desde el destete agrupados (n = 7) o aislados, siendo dividido estos últimos en los que presentaban baja (n = 7) o alta ansiedad (n = 7), valorada en la prueba del laberinto en cruz elevado. En las células inmunitarias peritoneales se analizaron las siguientes funciones: la capacidad fagocítica de macrófagos, la quimiotaxis de macrófagos y linfocitos, la actividad natural killer y la linfoproliferación basal y en presencia de mitógenos. También, la actividad de la enzima antioxidante catalasa, de la pro-oxidante xantina oxidasa (XO), y los niveles de glutatión reducido (antioxidante) y glutatión oxidado ((GSSG) como oxidante). Los resultados mostraron que el AS crónico afecta preferentemente a la inmunidad adaptativa (realizada por los

linfocitos), siendo éste deterioro mayor en los animales con alta ansiedad. Estos ratones presentaron también una alterada inmunidad innata y un aumento de GSSG y de XO. Dado que el sistema inmunitario ha sido propuesto como marcador de salud, podemos concluir que el AS crónico provoca un deterioro de la misma en la vejez, el cual es más marcado en aquellos aislados que responden con alta ansiedad.
Financiación: MINECO (BFU2011-30336); FIS (PI15/01787) y RETICEF (RD12/0043/0018, RD06/0013/0003) del ISCIII-FEDER.

PB-010. EFECTO DE LA EDAD SOBRE LAS DIFERENCIAS SUBREGIONALES EN LA VULNERABILIDAD AL ESTRÉS OXIDATIVO EN MÉDULA ESPINAL DE RATA

R. Cabré, A. Naudí, N. Mota-Martorell, M. Jové, V. Ayala y R. Pamplona
Departamento de Medicina Experimental, Universidad de Lleida-IRB Lleida, Lleida.

Objetivos: El sistema nervioso central realiza un amplio rango de funciones motoras, sensoriales, reguladoras y comportamentales que son dependientes de la compleja organización de grupos de poblaciones celulares compuestas, a su vez, por una amplia diversidad de células neurales. Estas poblaciones neurales exhiben una sensibilidad diferencial al estrés que puede causar lesión celular y muerte y conducir a la neurodegeneración. La aparición de una vulnerabilidad neuronal selectiva no se limita a diferencias interregionales en el sistema nervioso, sino que también podría adscribirse a diferencias subregionales en la sensibilidad relativa al estrés y la patología. En este escenario, se propone evaluar si existen diferencias subregionales en la vulnerabilidad al estrés oxidativo a nivel de medula espinal en un modelo experimental de rata.
Métodos: Se han evaluado tres regiones diferentes de la médula espinal: lumbar, torácica, y cervical de ratas Wistar macho de 6 y 24 meses de edad. Mediante técnicas de espectrometría de masas se ha evaluado el perfil lipídico en ácidos grasos y diferentes marcadores de lesión oxidativa de proteínas.
Resultados: Existen diferencias sub-regionales en el perfil de ácidos grasos, siendo estas especialmente significativas en medula torácica respecto a la lumbar y cervical, mostrando estas últimas un perfil similar. Estas diferencias se adscriben preferencialmente a un menor contenido en ácidos grasos monoinsaturados y un mayor contenido en poliinsaturados tanto de la serie n-3 como n-6. Estas diferencias sustentan una diferente vulnerabilidad a la peroxidación lipídica que determinan una mayor susceptibilidad a nivel torácico comparado con la médula lumbar y cervical. Además, se constatan diferencias subregionales en la lesión oxidativa que son significativamente más elevadas a nivel torácico respecto a las otras dos sub-regiones. Durante el proceso de envejecimiento, y comparando los grupos de edad de 6 y 24 meses, la mayoría de variables se mantienen estables en el tiempo, observándose solo ligeros aumentos significativos de lesión oxidativa a nivel torácico.
Conclusiones: Existen diferencias subregionales en la vulnerabilidad al estrés oxidativo a nivel de medula espinal de rata y la vulnerabilidad en la edad adulta se mantiene mayoritariamente estable a edad avanzada.

PB-011. LA SOBREEXPRESIÓN DE LA G6PD PROTEGE DEL DECLIVE FUNCIONAL ASOCIADO CON EL ENVEJECIMIENTO EN RATONES

A. Salvador Pascual, H. Cabo, C. Escrivà, M. Quintela, A. de la Rosa González, M.C. Gómez Cabrera y J. Viña
Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Las especies reactivas de oxígeno (ROS) son generadas constantemente por las células y los daños derivados de ellas contribuyen al envejecimiento. La protección contra el daño oxidativo se basa en gran medida en el poder reductor de NADPH, cuyos niveles están determinados principalmente por la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD). La sobreexpresión de la G6PD en las moscas alarga su longevidad y en base a esto, nos propusimos estudiar la vida y el envejecimiento de los ratones G6PD-Tg.
Métodos: Se utilizó una cohorte homogénea de ratones WT y G6PD-Tg de edades similares. Para el test de tolerancia a la glucosa, se les inyectó a los animales en ayuno 2 g/kg de dextrosa disueltos en solución salina estéril. Para el test de tolerancia a la insulina, se les inyectó a los animales sin ayuno 0,75 U/kg de insulina. La absorciometría con rayos X de doble energía (DEXA) se llevo a cabo mediante el aparato Lunar PIXImus y la aptitud neuromuscular fue evaluada utilizando el aparato Rotarod.
Resultados: Se observó un aumento significativo del 13,7% en la esperanza de vida media de los ratones hembra G6PD-Tg pero no en los machos G6PD-Tg. Los animales viejos G6PD-Tg presentaron una tendencia hacia un menor peso corporal en comparación con los WT (reducción del 12% en los machos y del 9% en las hembras), aunque las diferencias no fueron significativas. Los ratones viejos G6PD-Tg mostraron una ligera reducción de la masa grasa que los WT, sin alcanzar esto último significación estadística. Los machos G6PD-Tg de 24 meses fueron más tolerantes a la glucosa y presentaron una mejor sensibilidad a la insulina a los 15 min después de la inyección de insulina. En el test del Rotarod, se observó una mejora significativa en el rendimiento de las hembras G6PD-Tg de 24 meses.
Conclusiones: Nuestros datos indican que la sobreexpresión de la G6PD en ratones protege parcialmente del declive funcional asociado con el envejecimiento, lo cual se manifiesta en diferentes procesos asociados al envejecimiento dependiendo del sexo, incluyendo la tolerancia a la glucosa, la sensibilidad a la insulina, la aptitud neuromuscular y la esperanza de vida media.

PB-012. EL EJERCICIO MULTICOMPONENTE COMO INTERVENCIÓN PARA REVERTIR LA FRAGILIDAD

A. Salvador Pascual[1], F.J.T. Tarazona Santabalbina[2], H. Cabo[1], K. Tsaparas[3], C. Escrivà[1], M.C. Gómez Cabrera[1] y J. Viña Ribes[1]
[1]Universidad de Valencia, Valencia. [2]Hospital de la Ribera, Alzira. [3]Wageningen University, Wageningen.

Objetivos: La fragilidad es un síndrome biológico, asociado a la edad, caracterizado por una disminución en las reservas biológicas debido a la desregulación de varios sistemas fisiológicos, lo que pone a un individuo en situación de riesgo cuándo se enfrenta a factores de estrés menores, y se asocia con malos resultados. El objetivo principal de este trabajo fue determinar si un programa de ejercicio multicomponente (incluyendo ejercicios aeróbicos, anaeróbicos, propioceptivos, y estiramientos) realizado por personas mayores frágiles, puede mejorar la fragilidad, la funcionalidad, las actividades de la vida diaria, las funciones sociales, afectivas y cognitivas, así como las características antropométricas y los biomarcadores biológicos de la fragilidad, cuándo es comparada con una población controlada que no recibe entrenamiento.
Métodos: Los sujetos del grupo intervención fueron personas mayores frágiles (+ 65 años) que realizaron una hora de actividad diaria, cinco días por semana durante veinte y cuatro semanas; mientras que el grupo control (+ 65 años) no recibió ningún entrenamiento y se les pidió continuar con su rutina de actividades diarias. Las sesiones de actividad física fueron individualizadas.
Resultados: Nuestro programa de ejercicio multicomponente revierte la fragilidad y mejora las mediciones funcionales: Lawton y Brody, Tinetti, el test Short Physical Performance, y las pruebas de rendimiento físico, así como las determinaciones cognitivas, emocionales y sociales: Mini-Mental State Examination, la escala geriátrica de depresión Yesavage, la estaca de calidad de vida EuroQol, y el cuestionario de apoyo social Duke. Este programa condujo a una dis-

minución del número de visitas al médico de atención primaria y a una mejora significativa en los biomarcadores de fragilidad.
Conclusiones: Se presenta aquí un programa de ejercicio multicomponente único, que revierte la fragilidad y mejora las determinaciones en la función física, cognitiva, emocional y de redes sociales en una población controlada de personas mayores frágiles que habitan en una comunidad. También hemos encontrado mejoras en variables antropométricos y analíticas, algunas de ellas consideradas buenos biomarcadores de fragilidad. Estos resultados conducen a una disminución significativa en el número de las visitas al médico de atención primaria después del programa de entrenamiento.

PB-013. IMPLICACIÓN DEL COMPLEJO INFLAMASOMA EN EL METABOLISMO DEL ENVEJECIMIENTO

F. Marín Aguilar, D. Cañadas Lozano, E. Alcocer Gómez, L. Román Malo, P. Bullón y M.D. Cordero
Universidad de Sevilla, Sevilla.

Objetivos: El envejecimiento es un proceso de declive fisiológico al que se encuentran asociadas diversas patologías de carácter metabólico como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad o la diabetes tipo II. En todos estos procesos intervienen la inflamación y el estrés oxidativo. Recientemente, se ha descrito que el complejo NLRP3-inflamasoma está involucrado en diversas patologías asociadas al envejecimiento. Nuestro estudio evaluará la implicación del complejo NLRP3-inflamasoma en los cambios metabólicos propios del envejecimiento valorando los cambios en el metabolismo de la leptina/adiponectina así como el estrés oxidativo.
Métodos: Se utilizaron ratones macho C57BL/6 y NLRP3 Se realizó un seguimiento de ambas cepas controlando el peso y la ingesta de alimento durante 20 meses. Se determinaron los niveles séricos de leptina y de adiponectina, valorando la ratio leptina/adiponectina (L/A) por ELISA a los 3 meses y 20 meses de edad de ambas cepas. Finalmente, se determinó la expresión proteica de 8-oxoguanina ADN glicosilasa (OGG-1), superóxido dismutasa (SOD-2) y catalasa (CAT) mediante Western-Blot para la evaluación del estrés oxidativo en el corazón.
Resultados: Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias significativas en cuanto al peso o al control de la ingesta entre los animales de ambas cepas. Se observó un incremento de los niveles de leptina en ambas cepas en los ratones de 20 meses respecto a los ratones jóvenes, sin embargo, encontramos un descenso de los niveles de adiponectina propio del envejecimiento, el cual era significativamente menor en ratones WT respecto a ratones NLRP3 Este resultado nos llevó a encontrar menos incremento en el ratio L/A entre animales jóvenes y envejecidos en ratones NLRP3 respecto a WT. En cuanto a los niveles de expresión de proteínas implicadas en el estrés oxidativo, se observó un incremento en el daño oxidativo y menos defensa antioxidante relativo al envejecimiento que no se encontró en ratones NLRP3 -/-.
Conclusiones: El complejo NLRP3-inflamasoma está involucrado en el deterioro metabólico propio de la edad, por lo que su inhibición podría suponer una mejora de la respuesta al metabolismo, así como al estrés oxidativo que conlleva el envejecimiento.

PB-014. ELABORACIÓN DE PELOIDES NATURALES ANTIOXIDANTES Y SUS INDICACIONES MÉDICO-GERIÁTRICAS

M.E. Díaz Rosado[1], D. Júdez Legaristi[2], M.T. Ortega Maján[3] y A. Hernández Torres[4]
[1]Fundación Bílbilis/Peloides Naturales, Madrid. [2]Hospital de Alcañiz, Alcañiz. [3]Hospital Reina Sofía, Tudela. [4]ISCIII/Fundación Bílbilis, Madrid.

Introducción: Los peloides naturales antioxidantes son productos derivados termales elaborados principalmente con aguas mineromedicinales sulfuradas, arcillas del tipo bentonítico (esmectitas), aloe vera y otros elementos variables (árnica montana, *Calendula officinalis*, castaño de indias, aceite de argán, cafeína anhidra, etc.) según la finalidad terapéutica del peloide. Actúa barriendo los radicales libres responsables de acciones oxidantes sobre el organismo.
Objetivos: Disponer de nuevas herramientas terapéuticas de alta eficacia y efectividad, que puedan distribuirse fuera de los Centros Sanitarios Balneoterápicos (C3) en clínicas y consultas geriátricas, así como servicios de geriatría y rehabilitación hospitalaria, para paliar determinadas patologías osteo-articulares, dermatológicas y vasculares.
Métodos: El proceso de elaboración controlada de peloides naturales antioxidantes (PNA) es largo, pues además de las fases de mezclado de las diferentes materias primas componentes, amasado y acondicionado, seguidamente debe procederse a un período de maceración entre 3 y 6 meses para conseguir una efectividad entre el 94 y 98% del producto final. Las aplicaciones peloterápicas son por vía tópica, calentándolas o no, según las indicaciones de las diferentes patologías en las que se utilizan.
Resultados: Los PNA coadyuvantes en patologías osteo-articulares (artrosis, artritis, fibromialgia, etc.) se utilizan calentándolos previamente en microondas o al baño maría y aplicándolos sobre las superficies a tratar, durante 20 minutos, procediendo a su envolvimiento con films transparentes que sirven para conservar el calor, aumentar la absorción y la mejor retirada del peloide una vez utilizado. Los PNA coadyuvantes vasculares se utilizan en patologías que conllevan problemas de retorno venoso, piernas cansadas, etc. y se aplican en frío durante 15 minutos, también con envolvimientos con films transparentes. Los PNA dermatológicos se aplican en frío sobre las superficies afectas.
Conclusiones: El peloide natural antioxidante es un producto natural, sin conservantes, con un largo proceso científico de estudio en su elaboración y sus efectos terapéuticos, en el que han intervenido diferentes grupos de investigadores en bio-ciencias y con un trasfondo científico testado. Son productos bien admitidos por los pacientes geriátricos y en servicios de rehabilitación, de fácil traslado y utilización y con resultados terapéuticos manifiestos que favorecen el acortamiento de procesos nosológicos e inflamatorios con rápidas mejorías clínicas.

ÁREA CLÍNICA

PC-001. DEMORA QUIRÚRGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS FRACTURA DE CADERA Y FÉMUR

C. Benítez González[1], E. Martín Pérez[2], A. Rodríguez[2], Y. Dávila[2], H. Azaña[2] y N. Gómez[1]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Hospital San Juan de Dios, San Andrés del Rabanedo.

Introducción: La cirugía tardía se traduce en complicaciones hacia el propio paciente, además de aumentar el coste del proceso en sí. Se asocia a un incremento de complicaciones médicas como infecciones, úlceras por presión, acentuación en intensidad y duración del dolor, así como eleva el coste de la asistencia con incremento de reingresos en el primer mes tras el alta, prolongación de la estancia hospitalaria postoperatoria. Esta situación lleva asociada peores resultados funcionales.
Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes remitidos a la Unidad de Recuperación Funcional entre de enero a diciembre-2014. La recogida de datos se realizó a partir del IMDH, base de datos informatizada de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos, funcionales, cognitivos y sociales, así como complicaciones durante la hospitalización y ubicación al alta.
Resultados: La población total fue de 102 pacientes, y la población de estudio de 96 con los siguientes resultados: población femenina en

un 78,1%, edad media 83 años (60,4% mayores de 85), la demora quirúrgica media de 5 días (rango 0 a 20 días), estancia media 29 días (rango 6 a 84 días). Previa fractura, el 38,5% mantenían marcha independiente sin ayuda, 20,8% demencia recogida en antecedentes, 64,5% vivían en entorno familiar, el 68,8% cumplía criterios de pluripatológico, y el 80,2% polimedicado. De las complicaciones durante hospitalización: las ITUs e infecciones respiratorias fueron las más prevalentes, seguida de trastornos intestinales. El % de fallecimientos fue del 3,1%, y un 12,4% ingresó en centro residencial.
Conclusiones: La demora quirúrgica media en España está en tres días, por lo que nuestra muestra está por encima de ese valor y casi un 30% (29,8%), fueron intervenidos después del octavo día. Reflejamos una muestra de edad avanzada con severas comorbilidades donde un más de 12% precisaron al alta ingreso en residencia. En este aspecto y, como aseguran otros autores, la asociación directa entre la demora quirúrgica y la peor respuesta funcional, es el principal factor a incidir frente aquellos no modificables como la edad avanzada, el peso de las comorbilidades

PC-002. PERFIL DE LOS PACIENTES ANCIANOS MULTINGRESADORES EN UN HOSPITAL DE ÁREA

J. Martí, A. Labirua, I. Frago, K. Leizaola, B. Lasa, A. Zurutuza e I. Ruiz
Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

Objetivos: Conocer las características y evolución de los pacientes mayores de 81 años multingresadores.
Métodos: Se han considerado multingresadores aquellos que durante el periodo de estudio,12 meses, tuvieron 3 o más ingresos. Se han analizado: edad, sexo, número de ingresos, comorbilidades, escalas de Barthel, Pfeiffer, Charlson y Gijón, inclusión o no en programa de paciente crónico pluripatológico (PP), causa de ingreso, polifarmacia y evolución. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 15.0.
Resultados. Estudiamos 70 pacientes multiingresadores, 39 varones y 31 mujeres con una edad de 86,07 ± 4,01 años (rango 81-97). El número de ingresos por paciente oscilo entre 3-16 con una estancia media de 9,01 días. Dependencia para actividades 73% de las cuales moderada 21%, grave-total se observó en 30%, deterioro cognitivo moderado severo 23%, riesgo social se detectó en el 24%. Pacientes institucionalizados 14,4%. Un 58,5% de los pacientes estaban incluidos en el programa del paciente PP siendo los grupos A y C los más frecuentes. Índice de Charlson 8,1 ± 1,89 siendo de 8,5 ± 1,1 para los PP y de 7,3 ± 1,8 para los no PP. Comorbilidades: HTA 86%, fibrilación auricular 67,1%, EPOC 60%, d. mellitus 53%, dislipemia 31%, HBP (en varones) 28%, cardiopatía isquémica e IRC 27%, neoplasias previas 26%, prótesis cardiacas 14%, prótesis osteoarticulares 11%. Polifarmacia se observó en el 97%, con 9,02 ± 2,6 fármacos por paciente, oscilando entre 5-16 fármacos. Un 60% de la polifarmacia se observó en el grupo PP. La causa más frecuente de ingresos y reingresos fue patología respiratoria aguda (NAC, infecciones respiratorias) 40%, insuficiencia cardiaca 27%, patología digestiva 9%, anemia 5%, patología urinaria 3%, miscelánea 15%. La evolución fue desfavorable en 21,4%, el 80% eran mayores de 86 años. No existieron diferencias entre el grupo de PP y no PP.
Conclusiones: Mayor comorbilidad en el grupo de PP. Elevado grado de dependencia. La edad y la asociación HTA, f. auricular y EPOC fueron las principales causas de mortalidad.

PC-003. RASGOS DIFERENCIALES ENTRE LOS PACIENTES ANCIANOS MULTIINGRESADORES Y NO MULTINGRESADORES EN UN HOSPITAL DE ÁREA

J. Martí, A. Labirua, A. Zurutuza, I. Ruiz, B. Lasa, I. Frago y K. Leizaola
Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

Objetivos: Conocer los rasgos diferenciales entre pacientes mayores de 81 años multingresadores (MI) y no multingresadores (NMI).
Métodos: Se han considerado multingresadores aquellos que durante el periodo de estudio, 12 meses, ingresaron 3 o más veces y se han comparado con el mismo número de pacientes con menos de 2 ingresos durante el mismo periodo, escogidos aleatoriamente. Se analizan en total 140 pacientes (70 fueron MI y 70 NMI). Cada grupo estaba constituido por 39 varones y 31 mujeres. Se han analizado: edad, sexo, comorbilidades, escalas de Barthel, Pfeiffer, Charlson y Gijón, inclusión o no en programa de paciente crónico pluripatológico (PP), polifarmacia y evolución. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 15.0.
Resultados: La edad de nuestra serie fue de 86,5 ± 4,1 años no existiendo diferencias entre ambos grupos. En el momento del ingreso un 58,6% de los pacientes MI estaban adscritos al programa PP frente al 27,1% de los NMI ($p < 0,001$). Barthel < 50 se detectó en el 52% de ambos grupos, deterioro cognitivo fue 33% en NMI y del 24% en MI, un 14% de los MI, estaban institucionalizados frente al 20% de los NMI. Índice de Charlson fue de 8,1 (rango 5-14) en los MI frente al 6,4 (rango 3-12) de lo NMI ($p < 0,001$). Riego social se detectó en el 24% de los MI frente al 11% de los NMI. Comorbilidades (MI/NMI). EPOC (60/37); f. auricular (67/47); d. mellitus (52/27); HTA (85/65); c. isquémica (27/18); dislipemia (31/28); ACVA (20/18); ICC (18/27); IRC (27/23); neoplasias (28/24). Polifarmacia 98,5% de los MI con 9,04 ± 26 fármacos (rango 4-16), por 90% de NMI con 8,8 ± 3,3 fármacos (rango 4-21). Todos los fármacos eran los adecuados a sus patologías de bases a excepción de los IBP. Patología respiratoria aguda fue la causa más frecuente de ingreso en ambos grupos. Fallecieron durante el ingreso un 22% MI por 17% NMI.
Conclusiones: Los pacientes NMI presentaron mayor deterioro cognitivo e institucionalización que los MI, pero con una menor polifarmacia, riesgo social, comorbilidad y mortalidad.

PC-004. EVALUACIÓN DE LAS QUEJAS DE MEMORIA COMO FACTOR PREDICTOR DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES

E. Acosta Heredia[1], G. González Santana[1], J.R. Acosta Sariego[2] y T.R. Hernández Borrero[3]
[1]Ministerio del Interior, Luanda. [2]ICGB Victoria de Girón, Habana. [3]Policlínico Mario Muñoz, Habana.

Objetivos: Describir las características demográficas y de salud de los adultos mayores estudiados según presencia o no de quejas de memoria. Determinar el estado cognitivo de los sujetos y su posible asociación con la presencia o no de quejas de memoria, otras variables demográficas y de salud. Estimar el riesgo de desarrollar demencia asociado a las quejas de memoria.
Métodos: Se diseñó un estudio observacional analítico prospectivo en el cual se siguió, una vez transcurridos 5 años, a 271 adultos mayores sin demencia reportados en una investigación inicial, 222 cognitivamente normales y 49 con deterioro cognitivo sin demencia. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Miniexamen del Estado Mental de Folstein, Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeiffer, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Criterios CI10 para Episodio Depresivo y Criterios DSMIV-R para Demencia.
Resultados: Se constató que el riesgo para el desarrollo de una demencia era 3 veces mayor en los sujetos de 75 y más años de edad con quejas de memoria y funcionamiento cognitivo global normal, independientemente de otros factores como el sexo, años de escolaridad, sintomatología depresiva, y antecedentes de enfermedad cerebrovascular.
Conclusiones: Se concluye que aunque las quejas subjetivas de memoria son un hallazgo propio del envejecimiento, su presencia no debe ser asumida solo como un reflejo de este proceso, ya que se asocian con el estado cognitivo objetivo y la depresión. Las quejas de memoria de los adultos mayores no dementes, constituyen un factor predictivo para la aparición ulterior de demencia en el transcurso de cinco años, independientemente de otros factores de

riesgo conocidos. Interrogar acerca de quejas de memoria puede ser una herramienta útil en la Atención Primaria de Salud para identificar aquellas personas con un riesgo incrementado de desarrollar una demencia.

PC-005. ESTUDIO EVOLUTIVO DE LA MORTALIDAD Y CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

A. Vázquez Piñeiro, J. Pérez Martín y C. López Vidal
CRAPD Xunta de Galicia, Vigo.

Objetivos: 1. Estudio de mortalidad desde la apertura del Complejo Residencial de Atención a Personas Dependientes (CRAPD). 2. Estudio de exitus de últimos 27 meses en relación con enfermedad terminal y Cuantificación de medidas paliativas que recibieron. 3. Constatar necesidad de formación y capacitación profesional en Cuidados Paliativos del personal del CRAPD.
Métodos: 1. Análisis estadístico de 1.775 exitus en los 27 años del centro, relación con edad, permanencia y supervivencia al ingreso. 2. Análisis estadístico de 165 exitus de los últimos 27 meses y relación con edad, sexo, lugar de exitus, factores estacionales, tipología de enfermedad terminal y tratamientos paliativos realizados.
Resultados: Los exitus del CRAPD desde su inicio (1988) fueron 1.775. Edad media de exitus se incrementó de 80,13 (1989) a 86,68 (2014), la supervivencia al ingreso pasó de 802 a 1.310 días (1993-2014). Del subgrupo de 165 exitus, últimos 27 meses, el 71% (118) eran mujeres y el 29% (47) hombres, edad media 86,03 años, el 67,27% (111) fallecieron en CRAPD y el 32,72% (54) en hospital, la distribución estacional es homogénea observándose ligeros incrementos de mortalidad en diciembre-enero (29) y junio-julio-agosto (38), se observa tratamiento farmacológico paliativo en 92 (55,75%), el 14,24% fueron oncológicos y el 85,76% pacientes con enfermedad crónica avanzada y alta complejidad clínica.
Conclusiones: 1. Se evidencia una alta supervivencia al ingreso (1.310 días) y una elevada edad media al exitus (86,68), lo que implica largos períodos de cuidados y tratamiento de pacientes con patologías crónicas complejas. 2. Mayor nº de exitus en CRAPD (67,27%) 3. Más de la mitad requirieron tratamiento Paliativo. 4. Para mejorar la calidad asistencial, los Profesionales de los Equipos Interdisciplinarios del CRAPD precisan una formación reglada en el manejo de la perimortalidad y la atención en Cuidados Paliativos.

PC-006. INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*: UN GERMEN A TENER EN CUENTA

M.L. Morillo Blanco, B.G. Pedrón García, N.D. Fatama Flores, M.A. Fernández Martín, T. Alonso Fernández y E. Jaramillo Gómez
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Destacar la relevancia de factores favorecedores para la presencia y persistencia de la infección por *Clostridium difficile*, definiendo el curso de la enfermedad; algo fundamental en el anciano, donde la pluripatología y polimedicación son comunes.
Métodos: 1º) Mujer de 86 años pluripatológica, dependiente para ABVD y con deterioro cognitivo moderado. Consulta por astenia y diarrea sin productos patológicos. Antecedente: toma de quinolona hace un mes. El test para toxina de *Clostridium* resultó positivo. Se inició tratamiento con metronidazol, con buena respuesta. 2º) Varón de 90 años con comorbilidad asociada y probable intolerancia a lactosa. Previo a ingreso era IABVD. Consulta por diarrea sanguinolenta, de más de un mes de evolución. Los cultivos para toxina fueron positivos, iniciándose metronidazol. Persistía la hematoquecia, realizándose colonoscopia y objetivándose ulceraciones. Ante la falta de respuesta, se pauta vancomicina, asociada a mesalazina, por sospecha de enfermedad inflamatoria subyacente, además de retirar lácteos de la dieta, con mejoría.
Resultados: *C. difficile* coloniza el organismo por vía feco-oral, facilitado por la disrupción de la flora intestinal. Elabora exotoxinas, responsables de la inflamación. Entre los factores de riesgo: antibióticos (hasta semanas tras haberlo tomado), edad avanzada, hospitalización, etc. El diagnóstico se realiza por detección de las toxinas Ay B, y el cultivo, asociado a síntomas. La positividad de la toxina aislada indica portador asintomático, no tratándose. Su manifestación incluye: colitis (diarrea, que puede ser sanguinolenta), cuadro fulminante (íleo, perforación y peritonitis). Son frecuentes las recurrencias (reaparición de clínica en 1 a 3 semanas después de finalizar el tratamiento). Factores: anciano y enfermedades subyacentes, como patología digestiva previa. El tratamiento dependerá de la severidad, indicándose primero hidratación y aislamiento de contacto, más metronidazol; en caso de recurrencia, Vancomicina; y si son varias recurrencias se planteará el empleo de fidaxomicina o terapia intermitente de vancomicina con rifaximina.
Conclusiones: Resaltar el tiempo transcurrido desde toma de antibiótico hasta los síntomas y el hecho de que una patología digestiva subyacente facilite que una evolución sea tórpida. Por esto, resulta primordial los antecedentes farmacológicos y la comorbilidad en el enfoque diagnóstico-terapéutico del paciente geriátrico.

PC-007. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES A LOS QUE TRATAMOS Y QUÉ LES PAUTAMOS

R. Vázquez Estévez, M.L. Morillo Blanco, J.J. Molina Castillo y J.L. González Guerrero
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Destacar la importancia de controlar el riesgo de toxicidad de fármacos con estrecho margen terapéutico, como es el Litio, en pacientes geriátricos; dada la frecuente comorbilidad, polifarmacia y disminución del filtrado glomerular acorde a la edad.
Métodos: Mujer de 78 años con antecedente de trastorno bipolar, junto a diabetes, hipertensión y dislipemia. Ingresa en Psiquiatría por episodio de manía disfórica, iniciándose tratamiento con litio, además de olanzapina y risperidona, manteniendo el tratamiento domiciliario con antidiabéticos y antihipertensivos. A los diez días presenta vómitos posprandiales, temblor y disartria más marcha atáxica, con carácter progresivo. Se realiza analítica objetivándose deterioro de función renal y litemia elevada (2,94 mmol/l). Se inician medidas terapéuticas con retirada de dicha medicación, hidratación con suero salino y suspensión de tratamiento previo. Con ello recupera la función renal y los síntomas revierten.
Resultados: El litio es un fármaco eficaz, pero de difícil manejo dada su eliminación renal y sus posibles interacciones farmacológicas (entre las que destacan diuréticos tiazídicos, AINEs e IECAs). El filtrado glomerular disminuido asociado a la edad, la polifarmacia y la coexistencia con otras patologías hacen a la población geriátrica especialmente sensible a la intoxicación. En la fase aguda son frecuentes los síntomas digestivos, pudiendo continuar con alteración neurológica (temblor, ataxia, confusión, crisis comiciales...); los síntomas neurológicos, en el caso de nuestra paciente aparecieron bastante rápido. Un diagnóstico precoz que nos dé la litemia y la instauración rápida de hidratación permitirán la reversión de la clínica, aunque en ocasiones se requiere la diálisis (litemia mayor de 4 mmol/l, mala evolución clínica o patología que impida una hidratación abundante).
Conclusiones: Incidir en la necesidad de ajuste de la medicación en los pacientes mayores, especialmente fármacos que sean de excreción renal, pues partimos de un filtrado disminuido debido al envejecimiento. Iniciar pautas con dosis más bajas que en el adulto joven, y ascensos más progresivos, además de controles periódicos analíticos y vigilancia de interacciones medicamentosas ayudarán a minimizar los riesgos de efectos adversos, algo común en el paciente geriátrico.

PC-008. ÍNDICES POLISOMNOGRÁFICOS DE SUEÑO EN LA VEJEZ

A.B. Palomo Cañestro, M.E. González Medina, C. González Medina, A. Salinas Barrionuevo, F. Villanueva Pardo y M. Franquelo Vega
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Determinar y analizar las variaciones de la arquitectura del sueño en ancianos.
Métodos: Estudio retrospectivo transversal de los registros polisomnográficos de pacientes ancianos realizados en un Servicio de Neurofisiología durante el periodo: 2011-2015. Criterio de exclusión: pacientes con Barthel menor de 60. El sueño se organiza en estadios que analizamos en un registro polisomnográfico: Estadio I: periodo de adormecimiento o somnolencia. Estadio II: sueño ligero confirmado. Estadio III y IV: sueño profundo. Al conjunto de éstos 4 estados se les denomina sueño lento o sueño no REM. Estadio V: Fase de sueño REM. Condiciones del registro: habitación aislada, registro nocturno, montajes mono y bipolares, monitorización electroencefalográfica, electrocardiográfica, electromiográfica, electrooculográfica y respiración torácica.
Resultados: Pacientes con criterios de inclusión: 62. Sexo: 56,45% hombres, 43,54% mujeres. Porcentajes obtenidos en sueño: Fase I: 13,85%, Fase II: 63,1%, Fase III-IV: 11,97% REM: 11,07%. Latencia de sueño: 70,25 minutos, latencia de REM: 103,5 minutos, Vigilia intrasueño 26,25%. Índice de eficiencia de sueño: 42,65%. Mujer: Fase I: 14,4%, Fase II: 61,5%, Fase III-IV: 12,5% REM: 11,6%. Latencia de sueño: 51,7 minutos, latencia de REM: 115 minutos, Vigilia intrasueño 23,8%. Índice de eficiencia de sueño: 52,5%. Hombre: Fase I: 13,3%, Fase II: 64,7%, Fase III-IV: 11,45% REM: 10,55%. Latencia de sueño: 88,8 minutos, latencia de REM: 92 minutos, Vigilia intrasueño 28,7%. Índice de eficiencia de sueño: 32,8%.
Conclusiones: La arquitectura del sueño del anciano está alterada tanto en hombre como en mujeres. Las fases I y II aparecen elevadas lo que significa que existe un sueño muy superficial. Las fases III-IV son claramente inferiores a lo normal, lo que se traduce en una disminución del sueño lento profundo. La vigilia intrasueño también se altera por un incremento de numerosos despertares al presentar bajo umbral a los estímulos de despertar lo que repercute en un sueño ligero con baja eficacia. En los varones detectamos mayor latencia de sueño y vigilia intrasueño con una disminución no significativa del sueño lento profundo y un índice de eficacia de sueño inferior al de las mujeres.

PC-009. DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER ORAL EN PERSONAS MAYORES. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Reyes Gilabert[1], G. Bejarano Ávila[1], M.D.C. Sánchez García[2] y L.G. Luque Romero[1]
[1]Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, Sevilla. [2]Servicio Andaluz de Salud, Distrito Sanitario Sevilla Sur, Sevilla.

Introducción y objetivos: El diagnóstico precoz del cáncer oral es un objetivo prioritario de salud. Importante en el cáncer oral es su diagnóstico precoz y el estudio y control de las lesiones precancerosas. Alrededor del 95% de los cánceres ocurren en mayores de 40 años y la edad media de diagnóstico se sitúa en torno a los 60 años, se estima que la mitad de los cánceres ocurren en mayores de 65 años. El objetivo de este caso clínico es describir la importancia de la exploración bucal en personas mayores en el diagnóstico precoz del cáncer oral.
Caso clínico: Anamnesis: hombre de 70 años remitido por su médico de familia a la consulta de odontología de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud. Paciente fumador de 1 paquete diario de tabaco. Trabajador del campo jubilado. Motivo de consulta: Lesión dolorosa en el labio inferior de 2 años de evolución. El paciente no acudió antes a consulta porque no presentaba dolor y relacionaba el proceso como consecuencia del envejecimiento ignorando su naturaleza evolutiva y cancerígena. Exploración: labio inferior edematoso, con descamación y desdibujamiento del límite cutáneo-mucoso del labio. Lesión de 2 cm en región de labio inferior con bordes irregulares, cambio de coloración, con huellas de sangrado, indurado a la palpación, fijo a planos profundos. Juicio clínico: sospecha de queilitis actínica avanzada. Lesión precancerosa inflamatoria crónica del labio causada por la exposición crónica a los rayos ultravioletas, en varones de raza blanca, pacientes mayores, fumadores y con una historia de exposición crónica al sol; siendo éstos, los factores etiopatogénicos más importantes. Derivación al servicio de Cirugía Maxilofacial a nivel hospitalario con biopsia incisional de la lesión. Diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide bien diferenciado, se realizó tratamiento de resección quirúrgica y la reconstrucción labial de forma inmediata.
Discusión: Se necesitan programas de formación en el auto-examen oral para disminuir la morbilidad y la mortalidad por cáncer oral. La detección precoz de las lesiones malignas sobre todo en personas mayores y su subsiguiente tratamiento constituyen la piedra angular para proporcionar el mejor pronóstico en el cáncer.

PC-010. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA

T. Parajes Vázquez, A.M. Gómez Mosquera, M. Rodríguez López y R.B. Melero González
Hospital do Meixoeiro, Vigo.

Objetivos: Analizar las características clínicas de una serie aleatoria de pacientes geriátricos con fractura de fémur, prestando atención al porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento antiresortivo previo o posterior al evento**.**
Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie aleatoria de 120 pacientes mayores de 75 años que acuden a Urgencias en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo durante el año 2013 con diagnóstico de fractura de fémur. Se recogieron datos referentes al tipo de fractura, factores de riesgo de osteoporosis y tratamientos anti-resortivos.
Resultados: De los 120 ancianos analizados (92 mujeres y 28 varones) con edad media de 84,53 años, el 75% eran independientes para ABVD y sin deterioro cognitivo. Encontramos el 47,5% con fractura intracapsular, 42,5% pertrocantérea y 10% subtrocantérea. De ellos, 29 habían sufrido previamente fractura de bajo impacto: 28,95% fémur, 13,16% vertebral y 10,52% Colles. Como factores de riesgo destacan insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, EPOC y corticoterapia. Únicamente el 11,66% de los pacientes tenían determinaciones previas de vitamina D, un 71,43% con déficit grave, y sólo el 4,17% disponían de densitometría ósea. El 70,8% de los pacientes no recibieron tratamiento en ningún momento. De los que sí recibieron, sólo el 45% fueron tratados tras la fractura. De este último grupo (16), el 25% fueron tratados con bifosfonatos, el 12,5% con ranelato de estroncio, el 37,5% con denosumab, el 18,75% con teriparatida y un 6,25% con calcitonina. De los pacientes que recibieron tratamiento antes o hasta el momento de la fractura (19), el 63,5% fueron tratados con bifosfonatos, el 15,8% con ranelato de estroncio, el 15,8% con calcitonina y un 5,26% con varios fármacos con una duración media de 30,5 (1-86) meses. Al momento de nuestro análisis destacan 4 refracturas (75% cadera) con 1 sólo paciente a tratamiento (bifosfonatos), y 29 exitus (24,16%).
Conclusiones: En nuestra muestra, al momento de la fractura de fémur, es infrecuente el diagnóstico de osteoporosis, así como su tratamiento posterior., siendo necesario incidir tanto en la prevención primaria como secundaria de la osteoporosis dado que una fractura osteoporótica es el principal factor de riesgo de nuevos eventos.

PC-011. ESCALAS DE VALORACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE ANCIANO APLICADAS A PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA

A.M. Gómez Mosquera, T. Parajes Vázquez, M. Rodríguez López y R.B. Melero González
Hospital do Meixoeiro, Vigo.

Objetivos: Analizar la potencial relación entre el riesgo de fractura de cadera y los resultados de las Escalas de Valoración Global del Paciente Anciano.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie aleatoria de 120 pacientes mayores de 75 años que acuden a Urgencias en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo durante el año 2103 con diagnóstico de fractura de cadera. Se analizan los datos recogidos en la historia clínica que hacen referencia a la valoración funcional, mental y social en el momento del evento.
Resultados: De los 120 pacientes analizados en el estudio, 92 fueron mujeres (76,6%) y 28 varones (23,3%), con una edad media de 84,53 años. Atendiendo a la Valoración Global del Paciente Anciano, en la esfera funcional, según la Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja en cuanto a la deambulación se refiere, clasificamos a nuestros pacientes en 6 grados: grado 0 (camina con normalidad) el 30,83% de los pacientes; grupo 1 (deambula con alguna dificultad) el 27,5%; grado 2 (deambula con ayuda de bastón o similar) el 17,5%; grado 3 (precisa ayuda de al menos una persona) el 10,83%; grado 4 (deambula con extrema dificultad, con apoyo de dos personas) el 6,67%; y grado 5 (inmovilización en cama o sillón) el 6,67%. Respecto a la esfera mental, en el 75% de nuestra serie no se evidencia ningún tipo de deterioro cognitivo. Únicamente el 10% de ellos se encontraban institucionalizados en el momento de la fractura.
Conclusiones: En esta serie de 120 pacientes geriátricos se evidencia una relación directa entre fractura de cadera por caída de bajo impacto, y su situación funcional, mental y social previas; siendo el grupo de mayor porcentaje de fracturas, aquellos ancianos que no presentaban dificultad para la deambulación o con necesidad de un único apoyo, sin ningún tipo de deterioro cognitivo y que vivían en domicilio.

PC-012. PERFIL DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON FRACTURA DE CADERA Y ANTECEDENTES DE FRACTURA PREVIA DE BAJO IMPACTO

T. Parajes Vázquez, A.M. Gómez Mosquera, M. Rodríguez López y R.B. Melero González
Hospital do Meixoeiro, Vigo.

Objetivos: 1. Determinar la incidencia de fracturas de bajo impacto previas en pacientes que ingresan con fractura de cadera, así como del resto de factores de riesgo de osteoporosis. 2. Analizar el grado de implementación de tratamientos anti-resortivos en los pacientes con antecedentes de fractura antes del evento.
Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie aleatoria de 120 pacientes mayores de 75 años que acuden a Urgencias en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo durante el año 2103 con diagnóstico de fractura de cadera. Se recogieron datos referentes a fracturas osteoporóticas previas, factores de riesgo de osteoporosis, niveles de vitamina D previos y tratamiento anti-resortivos empleados.
Resultados: De los 120 ancianos analizados (92 mujeres y 28 varones) con edad media de 84,53 años, el 75% eran independientes para ABVD y sin deterioro cognitivo. De ellos, 29 habían sufrido una fractura osteoporótica previa: 28,95% cadera, 13,16% vertebral, 10,52% Colles y 47,37% de otras localizaciones. Como factores de riesgo destacan insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, EPOC y corticoterapia. Únicamente el 11,66% de los 120 pacientes tenían determinaciones previas de vitamina D, y de los 29 pacientes con fractura previa, sólo en el 13,8% se recogieron niveles de vitamina D, teniendo un déficit grave el 50%. Solamente el 4,17% del total de pacientes tenían recogidos valores densitométricos previos a la fractura, y de los 29 pacientes refracturados sólo 1 tenía densitometría. Respecto a la implementación del tratamiento anti-resortivo en los 29 pacientes objetivo del estudio, solo el 34,5% (10 pacientes) había recibido tratamiento antes de la nueva fractura. De ellos, 4 estaban siendo tratados en el momento y 6 ya lo habían sido.
Conclusiones: A pesar de que los factores de riesgo más predictivos en el desarrollo de fractura osteoporótica son eventos previos, edad, antecedentes personales o familiares de fractura y valores densitométricos, en nuestra serie se constata una baja implementación de los protocolos de manejo del anciano con fractura osteoporótica que conduce a la aparición de segundas fracturas de bajo impacto, siendo, por tanto, necesario insistir en la necesidad del cumplimiento de los mismos.

PC-013. ÍNDICES DE IMPACTO DE REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE POSTAGUDOS

H.F. Nasser Betancourt, M. Herrero Torrus, E. Casanovas Atienza, R. Ruiz Chacón, M. Riera Cañadell y D. Sánchez-Rodríguez
Centre Fòrum de l´Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar los índices de impacto de la terapia rehabilitadora en nuestra unidad.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo [abril'13-febrero'15] de la cohorte de ancianos ingresados en la Unidad de Postagudos. Valorados: demografía (edad, sexo), comorbilidad (Charlson), situación cognitiva (MMSE) y funcional [previo (IBarthel-previo), ingreso (IBarthel-ingreso), alta (IBarthel-alta)]. Calculados: Ganancia funcional absoluta (AFG): mejoría de la capacidad funcional (IBarthel-alta IBarthel-ingreso). AFG correcto > 20; excelente > 35. Ganancia funcional relativa (REs): capacidad funcional ganada respecto a la perdida: (IBarthel-alta IBarthel-ingreso)/(IBarthel-previo IBarthel-ingreso) × 100. REs adecuado > 35%; excelente > 50%. Eficiencia rehabilitadora (REy): (IBarthel-alta IBarthel-ingreso)/estancia. REy > 0,5 moderada; > 1 intensa; estancia ≤ 15 correcta. Eficiencia de ganancia funcional relativa (RFE): [(IBarthel-alta IBarthel-ingreso)]/[(IBarthel-previo IBarthel-ingreso) × estancia]. Ganancia funcional relativa revisada (MRFS-R): [(IBarthel-alta IBarthel-ingreso)/IBarthel-alta]/[(IBarthel-previo IBarthel-ingreso)/IBarthel-previo].
Resultados: Valorados 322 pacientes (n = 322; edad 75,1, DE 11,3; 63,7% mujeres). Presentaban comorbilidad moderada (Charlson 2,46, DE 20,97; MMSE 23, DE 8,53), con nivel funcional (IBarthel-previo 86,8, DE 20,97; IBarthel-ingreso 47,07, DE 22,07; IBarthel-alta 75,84, DE 24,74) y estancia 15,93, DE 6,54. Calculados los índices de impacto de rehabilitación AFG 28,38, DE 20,9; REs 57,77, DE 52,97; REy 1,84, DE 1,86; RFE 3,73, DE 5,21; MRFS-R 0,55, DE 24,45.
Conclusiones: Los ancianos ingresados en la Unidad de Postagudos presentaban una comorbilidad y un deterioro funcional moderados al ingreso. Presentaban AFG correcta, REs excelente y eficiencia rehabilitadora intensa, con una estancia dentro de los estándares previstos. El ingreso en Unidades de Postagudos logra reducir el nivel de discapacidad en ancianos con deterioro funcional.

PC-014. EFECTIVIDAD DE UNA FORMACIÓN FORMATIVA EN PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN RESIDENCIAL DE MAYORES

S. Tellez García[1], S. Buiza Montero[2], I. Sarmiento Maqueda[2], M.D.L.A. Gómez Cuellar[2], A. Paniagua Daza[2], M. García Moreno[2] y F. Martín Mendez[2]
[1]Residencial Mayores Cantillana, Cantillana. [2]Residencial San Nicolás, Cantillana.

Introducción: Uno de los indicadores más relevantes para evaluar la seguridad del residente es la incidencia de eventos adversos (EA). Las úlceras por presión (upp) son un EA con una incidencia elevada en los geriátricos. El objetivo de este estudio es valorar la efectividad de una intervención formativa en prevención de upp a través de la valoración de la incidencia y la gravedad de las lesiones. Se marcaron como objetivo mejorar los conocimientos sobre la valoración, prevención y tratamiento de las upp estadio I, y contribuir a la mejora de la seguridad de los residentes disminuyendo la incidencia y prevalencia de las upp. Las intervenciones formativas realizadas sobre el personal auxiliar de enfermería han demostrado que son beneficiosas para incrementar la seguridad y el beneficio del paciente, ya que ha demostrado que disminuye tanto la incidencia como la prevalencia de las upp.

Métodos: Este estudio se llevó a cabo en un residencial de mayores, con una capacidad en el centro de 82 residentes. La actividad formativa es impartida por una de las enfermeras que trabajan en el centro. El curso aborda los aspectos patogénicos, clínicos y preventivos de las upp: identificación precoz de aquellos pacientes en riesgo de desarrollar upp. Mantenimiento y mejora de tolerancia de la piel a la presión para prevenir lesiones. Protección contra los efectos adversos de la presión, fricción y cizalla. Nutrición. Se elaboró un resumen con las intervenciones específicas de prevención para el personal de la residencia. El periodo postintervencion comenzó el día siguiente de la actividad formativa y se extendió durante tres meses.
Resultados: En el periodo pre intervención se diagnosticaron un total de 7 upp en 77 residentes, 2 de ellas en estadio I y 5 en estadio II. En el periodo postintervencion se diagnosticaron un total de 5 upp, en estadio II, en 75 residentes.
Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio confirman la efectividad de las intervenciones formativas en la reducción de UPP y del número de úlceras en estadio I.

PC-015. NUTRICIÓN CON DIETA RESOURCE DE ALIMENTACIÓN BÁSICA ADAPTADA EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

E. Cruz Castro, C. López Olivares y H. Ruiz Marín
SANYRES, Córdoba.

Objetivos: Valorar la eficacia de las dietas híperproteicas en ancianos desnutridos.
Métodos: Realizamos un estudio de seguimiento, experimental y prospectivo. El estudio se ha realizado a personas mayores de 65 años institucionalizados, 94 residentes (80 mujeres y 14 hombres) válidos y asistidos. A todos ellos se les realizó un screening nutricional y se les recogió datos antropométricos y bioquímicos. Además información complementaria (sobre prótesis dentales, problemas de deglución). Los datos antropométricos registrados fueron: peso, talla e índice de masa corporal (IMC). Los valores de IMC normales los sitúan entre 22 kg/m^2 y 26,9 kg/m^2. Los parámetros bioquímicos (albúmina, colesterol y linfocitos) fueron los seleccionados. Se ha determinado el IMC y estos parámetros bioquímicos como marcadores de desnutrición, detectando a 12 residentes desnutridos, dando un 2% estaba severamente desnutrido y un 98% tenían un grado moderado de desnutrición. Con el fin de regular su situación se le proporciono una dieta alta en proteínas durante seis meses, en el desayuno y en la merienda, la Alimentación Básica adaptada. En las comidas y cenas, como plato principal se dispone de purés y para los postres purés de frutas, a la que se le añadió batidos hiperproteicos como suplementos o sustituyendo cuando no se realizaban las comidas completas.
Resultados y conclusiones: Trascurrido este periodo se les realizó de nuevo la valoración completa, calculando el IMC y realizando una analítica. Su IMC aumentó en el 95% de los residentes y se mantuvo en un 5%. También se detecta un aumento estadísticamente significativo de la concentración de albúmina sérica, linfocitos y colesterol, dando como resultado que un 99% de los casos presentaba valores de un estado nutricional adecuado y tan solo 1% siguió desnutrido. En resumen podemos determinar que la administración de una dieta hiperproteica con estos batidos es una medida clínica efectiva y justificada en la terapia nutricional, ya que ayuda a que los niveles nutricionales mejoren proporcionando una mayor absorción y asimilación de nutrientes en el organismo.

PC-016. ESTUDIO RADIOLÓGICO MEDIANTE VIDEODEGLUCIÓN EN 10 PACIENTES ANCIANOS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

L. Díaz Rubia[1], F.J. García Verdejo[2] y F.J. García Monlleo[3]
[1]Hospital Universitario de San Cecilio, Granada. [2]Hospital Santa Ana, Motril. [3]Hospital Universitario de San Rafael, Granada.

Objetivos: Describir los distintos hallazgos radiológicos observados mediante videodeglución en 10 pacientes geriátricos con disfagia orofaríngea.
Métodos: Se revisan 10 historias clínicas de pacientes ancianos con disfagia orofaríngea a los que se les solicitó una videodeglución como prueba radiológica diagnóstica. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo y antecedentes personales). Para su realización se administraba una solución con contraste baritado a tres texturas distintas (líquido, néctar y pudding) y en volúmenes distintos (5, 10 y 15 mililitros) y se hacían capturas en vídeo mediante un telemando de rayos X. Se analizaron los hallazgos radiológicos encontrados en el estudio durante las distintas fases de la deglución (oral y faríngea) así como la existencia o no de paso de contraste a las vías aéreas (penetración y/o aspiración) y la posible etiología de la disfagia. Se realiza un análisis estadístico descriptivo básico, utilizando medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes.
Resultados: Se analizaron las videodegluciones realizadas a pacientes mayores de 65 años durante el segundo semestre de 2015. Se obtuvieron 10 videodegluciones. La edad media de los pacientes fue de 72 ± 3 años. El 80% de los pacientes eran varones. Entre los antecedentes personales destacan: hipertensión arterial en el 60%, fumadores en el 50% y diabéticos en el 30%. En cuanto a los hallazgos radiológicos durante la videodeglución se encontraron: aspiración en el 30%, penetración en el 60%, residuo de contraste en valléculas y senos piriformes en el 30%, deglución multifraccionada en el 20% y disfunción laringofaríngea leve en el 10%. Al evaluar la etiología de la disfagia, en 2 pacientes se encontraron hallazgos sugerentes de acalasia cricofaríngea como causa, en un paciente se observó un granuloma postquirúrgico que comprimía esófago proximal, en otro se apreció una estenosis en la boca de Killian y en los otros 6 pacientes la etiología de la disfagia se atribuyó a enfermedades neurológicas (ictus, Parkinson y demencia tipo Alzheimer).
Conclusiones: La exploración mediante videodeglución en el paciente anciano con disfagia aporta gran información acerca de la causa de la enfermedad y es importante a la hora de plantear un posible tratamiento posterior.

PC-017. PROYECTO INVESTIGACIÓN. ESTUDIO DE PATOLOGÍA ORAL EN PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS

E. Reyes Gilabert[1], G. Bejarano Ávila[1], M.D.C. Sánchez García[2] y L.G. Luque Romero[1]
[1]Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, Sevilla. [2]Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Sevilla Sur, Sevilla.

Objetivos: General: determinar la prevalencia de patología oral en la población mayor independiente polimedicada. Específicos: determinar si existe asociación entre el estado de ansiedad o depresión, tipo de nutrición y el grado de higiene oral con la patología oral. Comparar la calidad de vida de los pacientes polimedicados con y sin lesiones orales.
Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico en las consultas de Odontología de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. El estudio se realizará en un año. Población de estudio 7.716 personas de 65 a 74 años independientes en el área de salud del Distrito Sanitario objeto de estudio. Criterios de inclusión: pacientes de 65 a 74 años polimedicados. Criterios de exclusión: pacientes dependientes con una puntuación Test de Barthel menor o igual de 60. Paciente con alteración psicológica o mental. Partiendo de una población de 7.716 personas, teniendo en cuenta una proporción de lesiones orales del 53% (Múgica), calculamos para un intervalo de confianza del 95% y un error beta de 10 una muestra de 95 pacientes. Variables Dependientes: caries, enfermedad periodontal, dientes ausentes, patologías o lesione orales y encuesta calidad de vida oral. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Variables Independientes: sexo, edad, población, tabaco, cantidad de tabaco, alcohol, pluripatología, comorbilidad (índice Charlson), polimedicación, depresión, ansiedad, índice cariogé-

nico de la dieta, higiene oral. Se realizará un estudio descriptivo (test de chi cuadrado o Fisher en tablas de contingencias poco pobladas, t de Student o la U de Mann-Whitney). Significación estadística si p < 0,05. Intervalos de confianza al 95%.
Resultados: Esperados: se espera una asociación entre la medicación del paciente y efectos adversos en la cavidad oral de los pacientes mayores todo ello favorecido por la fragilidad de los tejidos bucales debido al envejecimiento fisiológico A medida que aumenta el número de medicamentos, se produce un riesgo exponencial de reacciones adversas farmacológicas.
Conclusiones: Esperadas: al aumentar la demanda de tratamiento dental en pacientes ancianos pluripatológicos y polimedicados, además se ha demostrado la existencia de significativas asociaciones entre las enfermedades orales y un importante número de enfermedades sistémicas crónicas y la medicación en pacientes adultos mayores.

PC-018. EFICIENCIA DE LAS UNIDADES DE CONVALECENCIA EN CATALUÑA

I. Bullich Marín[1], P. Sánchez Marín[1], C. Cabanes Durán[1], C. Ferrando Belart[1], G. Giráldez Navas[1], E. Vallès Forcada[2] y M. Bustins Poblet[2]
[1]Departamento de Salud, Barcelona. [2]CatSalut, Barcelona.

Introducción: Las unidades de convalecencia en Cataluña son un recurso de atención intermedia que ingresa personas mayores que necesitan rehabilitación geriátrica y también a personas con enfermedades crónicas en situación postaguda. Con el plan de Salud 2011-2015 se inician en el año 2011 acciones de mejora en el sistema sanitario, mediante la coordinación de la atención a personas con enfermedades crónicas, el impulso de alternativas a la hospitalización y la optimización de la atención sanitaria.
Objetivos: Evaluar la eficiencia de las unidades de convalecencia en Cataluña con la implementación de acciones de mejora en el sistema sanitario.
Métodos: Análisis observacional, longitudinal y descriptivo del año 2010 al 2014 de los 76 centros sociosanitarios con convalecencia. Las variables de estudio son: estadas contratadas, ingresos realizados, días de estancia, mejora funcional, mortalidad intraunidad y otros destinos al alta. Fuente de datos: Conjunto mínimo de base de datos sociosanitario (CMBD-RSS). Análisis descriptivo: (porcentaje, media, mediana) con SPSS-18.
Resultados: Las estancias contratadas el año 2010 eran de 822.061, equivalente a unas 2.300 camas. El año 2011 hubo una disminución de un 6,58% que se mantuvo hasta el año 2014 con 767.961 estancias, equivalente a unas 2.145 camas. La actividad asistencial incrementó en un 29,67% de ingresos, con una disminución de la estancia media en un 31,16% que pasó de 58,4 días a 40,2 días. La estancia mediana disminuyó un 15%. El grupo RUG-III de Rehabilitación pasó del 71,6% al 73,7%. Los pacientes con ictus y fractura de fémur que presentaron mejora funcional aumentaron en un 7%. Los porcentajes de los diferentes destinos al alta y las altas por defunción apenas tuvieron modificaciones.
Conclusiones: Las acciones del sistema sanitario orientadas a mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas y la promoción de medidas de optimización en los recursos de convalecencia han mejorado la eficiencia de las unidades de convalecencia.

PC-019. ÍNDICES DE IMPACTO DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA DE FORMA PROGRAMADA EN UNA UNIDAD DE POSTAGUDOS

E. Casanovas Atienza[1], H. Nasser[2], P. Sánchez[2], R. Ruiz[2], O. Vázquez[2] y D. Sánchez[2]
[1]Parc de Salut Mar, Barcelona. [2]Centro Fòrum Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar los índices de impacto de la terapia rehabilitadora en nuestra unidad en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla de forma programada.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo [abril'13-febrero'15] de la cohorte de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla de forma programada ingresados en Postagudos. Valorados: demografía (edad, sexo), comorbilidad (Charlson), situación cognitiva (MMSE) y funcional [previo (IBarthel-previo), ingreso (IBarthel-ingreso), alta (IBarthel-alta)]. Calculados: Ganancia funcional absoluta (AFG): mejoría de la capacidad funcional (IBarthel-alta IBarthel-ingreso). AFG correcto > 20; excelente > 35. Ganancia funcional relativa (REs): capacidad funcional ganada respecto a la perdida: (IBarthel-alta IBarthel-ingreso)/(IBarthel-previo IBarthel-ingreso) × 100. REs adecuado > 35%; excelente > 50%. Eficiencia rehabilitadora (REy): (IBarthel-alta IBarthel-ingreso)/estancia. REy > 0,5 moderada; > 1 intensa; estancia ≤ 16 correcta. Eficiencia de ganancia funcional relativa (RFE): [(IBarthel-alta IBarthel-ingreso)]/[(IBarthel-previo IBarthel-ingreso) × estancia]. Ganancia funcional relativa revisada (MRFS-R): [(IBarthel-alta IBarthel-ingreso)/IBarthel-alta]/[(IBarthel-previo IBarthel-ingreso)/IBarthel-previo].
Resultados: Valorados 61 pacientes (n = 61; edad 75,89, DE 6,27; 82% mujeres). Presentaban comorbilidad baja (Charlson 1,20, DE 1,22; MMSE 25,82, DE 4,71), con nivel funcional (IBarthel-previo 94,79, DE 8,24; IBarthel-ingreso 57,80, DE 15,52; IBarthel-alta 86,49, DE 16,87) y estancia 16,6, DE 5,35. Calculados índices de impacto de rehabilitación AFG 28,68, DE 22,53; REs 57,67, DE 82,77; REy 1,89, DE 1,33; RFE 4,03, DE 5,12; MRFS-R -6,30, DE 54,46.
Conclusiones: Los pacientes ingresados en postagudos durante el postoperatorio de artroplastia total de rodilla presentaban comorbilidad leve y deterioro funcional moderado al ingreso. Los pacientes presentaban una AFG correcta. Los valores del AFG estaban condicionados al efecto techo de este índice (pacientes sin importante afectación de la capacidad funcional al ingreso). Presentaban REs excelente y eficiencia rehabilitadora intensa, con estancia también dentro de los estándares previstos. El ingreso en unidades de postagudos logra reducir el nivel de discapacidad en pacientes con deterioro funcional intervenidos de artroplastia total de rodilla.

PC-020. NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÓNICOS AGUDIZADOS DE UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

J. Velasco García-Cuevas, G.I. Domínguez de Pablos, M.R. Ávila Tato, S. Caro Bragado y M. Alonso Martín
Hospital de Guadarrama, Guadarrama.

Objetivos: Describir las características de pacientes nonagenarios ingresado en Unidad de Crónicos Agudizados (UCA) del Hospital Guadararma, en el plazo de un año, así como sus complicaciones en el último año e indicadores de fragilidad.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo en el que se recogen datos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, motivo de ingreso, estancia media), situación funcional, mental y social. También datos al ingreso como albúmina, depresión, o índice de Cahrlon. Así mismo se registran complicaciones en último año e indicadores de Fragilidad.
Resultados: 72 paciente, 48 hombre y 24 mujeres, con edad media de 93,7 años; la estancia media fue de 11,8 días. En cuanto a la situación funcional al ingreso se obtuvo una CRF de 3, y un IB modificado de 47,9; situación mental: CRM de 2,64 y GDS de 4,13; en cuanto al aspecto social, 45 pacientes provenían de domicilio y 27 de residencia. 40 pacientes tenían al ingreso enfermedad avanzada con criterio de terminalidad. El índice de Charlson corregido por edad fue de 9,29 de media, la albúmina sérica de 3,37, y 21 pacientes tenían depresión. En cuanto las complicaciones en el último año se registraron: 29 pacientes tenían disfagia, 18 negativa a la ingesta, 6 UPPs, 35 habían tenido neumonías, y 21 sepsis urinaria. Con respecto a los criterios de fragilidad los resultados fueron los siguientes: 63 pacientes presentaban polifarmacia, 14 caídas, 31 doble incontinencia, nº de fármacos

al ingreso 7,82, y al alta 7,47, la mortalidad hospitalaria fue de 8 pacientes, 6 en las primeras 48 horas. La mortalidad a los 6 meses fue de 9 pacientes.
Conclusiones: El perfil del paciente nonagenario que ingresa en nuestra UCA es un paciente frágil, con pluripatología y polifarmacia. La situación funcional y cognitiva es relativamente buena para la edad de los pacientes, y la mayoría provenían de domicilio. La mortalidad hospitalaria, para este grupo de edad, es sorprendentemente baja (8 de 72). El ingreso de este tipo de pacientes en unidades como la nuestra, supone un ahorro económico para el sistema público, con una muy buena tasa de supervivencia y alta precoz del paciente nonagenario.

PC-021. EL PACIENTE ANCIANO CON INCONTINENCIA FECAL: VALORACIÓN RADIOLÓGICA MEDIANTE DEFECOGRAFÍA

F.J. García Verdejo[1], L. Díaz Rubia[2] y F.J. García Monlleo[3]
[1]Hospital Santa Ana, Motril. [2]Hospital Universitario de San Cecilio, Granada. [3]Hospital Universitario de San Rafael, Granada.

Objetivos: Estudiar al paciente geriátrico con incontinencia fecal y otros problemas defecatorios (prolapso, alteración del hábito) mediante la realización de defecografía y valorar los signos radiológicos que nos puedan acercar al diagnóstico correcto.
Métodos: Se revisan las historias clínicas de 10 pacientes mayores de 65 años, estudiados en consulta de digestivo por problemas con la defecación y a los que se les realizó una defecografía diagnóstica. La técnica consiste en previo a la toma de imágenes, preparar al paciente, llenando la vejiga con contraste radio-opaco a través de una sonda vesical, colocar en el caso de las mujeres un tampón vaginal impregnado en contraste y por último administrar una papilla con bario a través de una sonda rectal para rellenar el recto. A continuación el paciente se coloca en posición sentado y a través de una máquina de rayos X se toman imágenes y vídeo mientras realiza el acto de la defecación. Se realizó un estudio estadístico descriptivo básico utilizando medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes.
Resultados: Se analizaron 10 pacientes con edad media de 69 ± 4 años. El 90% fueron mujeres, todas ellas multíparas. Los motivos de realización de la prueba fueron la incontinencia fecal en 70%, en 20% alteración del hábito intestinal y en el 10% el prolapso rectal. En cuanto a los hallazgos, en el 60% se observó rectocele anterior en distintos grados (II en 4 y grado III en 2 pacientes) acompañado de descenso del suelo pélvico, en 20% prolapso rectal durante la defecación y en el 20% restante (1 mujer y 1 hombre) incompleto vaciamiento de la ampolla rectal con restos tras la defecación. En el 100% de las mujeres (9 pacientes) se encontró rectocele acompañando al resto de hallazgos.
Conclusiones: Los problemas defecatorios son una patología muy frecuente en pacientes de edad avanzada, sobre todo en las mujeres multíparas. Su diagnóstico y por tanto su tratamiento son a veces difíciles de realizar y su etiología es múltiple. La defecografía es una prueba sencilla y poco invasiva que nos da gran información sobre el proceso defecatorio al realizar un estudio dinámico del mismo.

PC-022. ASPECTOS TERAPÉUTICOS DEL PACIENTE CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADO: ESTUDIO ASCLEPIO

G. Tamame González[1], J.A. Monforte Porto[2] y P. Vega Pérez[1]
[1]Residencia 3 Árboles, Zamora. [2]Servicio de Psiquiatría, Zamora.

Introducción: La prescripción de fármacos en pacientes institucionalizados con demencia es muy elevada. La prevalencia de polifarmacia en estos pacientes es más alta que la de los que viven en la comunidad. El empleo de múltiples medicamentos, junto con las interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad, podría explicar la alta incidencia de iatrogenia asociada con la polifarmacia.
Objetivos: Determinar la prevalencia de la polifarmacia (cuatro o más fármacos) en pacientes con demencia en un medio residencial.
Métodos: Población: estudio epidemiológico, observacional, naturalístico y transversal sobre 35 pacientes con demencia en un centro residencial. Material: variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (estadiaje según la escala Global Deterioration Scale -GDS- de Reisberg, diagnóstico según criterios CIE-10 del tipo de demencia) y terapéuticas (fármacos para su patología somática, psicofármacos y número de fármacos totales). Diseño del estudio: Se trata de un estudio descriptivo en el marco de un estudio más amplio PrevAlencia de demencia, Sus ComorbiLidadEs y la Presencia de síntomas neuropsIquiátricOs en residencias (Estudio ASCLEPIO). Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.
Resultados: La media de edad es 90 años. El 80% de los pacientes fueron diagnosticados de demencia tipo Alzheimer (CIE-10). La media de fármacos por paciente es 10,1 (media en patología somática de 7,3 y de psicofármacos de 2,9). Polifarmacia (4 o más fármacos en un paciente) se objetiva en el 94,3% de la muestra. Entre los fármacos somáticos destaca el consumo del grupo A –Digestivo y metabolismo- (97,1%), C –Cardiovascular- (80%), M –Locomotor- (71,4%) y L –Antineoplásicos- (71, 4%). Los psicofármacos más utilizados son los antidepresivos (65,7%), seguidos de los ansiolíticos (60%), antipsicóticos (54,3%) e hipnóticos (20%). Un 45,7% de los pacientes tenían prescritos fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE), y sólo un caso (2,9%) presentaba terapia combinada (IACE + memantina).
Conclusiones: Elevada prevalencia de polimedicación (el 94,3% de la muestra tiene prescrito cuatro o más fármacos). Necesidad de revisión periódica y sistemática de los tratamientos de los pacientes con demencia institucionalizados como medida de prevención cuaternaria y dentro de los programas de control de calidad.

PC-023. LA APATÍA EN LAS DEMENCIAS: ESTUDIO ASCLEPIO

J.A. Monforte Porto[1], G. Tamame González[2] y P. Vega Pérez[2]
[1]Servicio de Psiquiatría, Zamora. [2]Residencia 3 Árboles, Zamora.

Introducción: La apatía es uno de los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en las demencias en general, y en la enfermedad de Alzheimer (EA) en particular. Distintos estudios sobre la prevalencia de la apatía en la EA la sitúan entre el 17 y el 84%, siendo el síntoma psicológico y conductual (SPCD) más frecuente en esta población.
Objetivos: Determinar la prevalencia y gravedad de la apatía en pacientes con demencia en un medio residencial.
Métodos: Población: estudio epidemiológico, observacional, naturalístico y transversal sobre 35 pacientes con demencia en un centro residencial. Material: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil), clínicas (estadiaje según la escala Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg, diagnóstico según criterios CIE-10 del tipo de demencia, versión española del Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home –NPI-NH-). Diseño del estudio: se trata de un estudio descriptivo en el marco de un estudio más amplio PrevAlencia de demencia, Sus ComorbiLidadEs y la Presencia de síntomas neuropsIquiátricOs en residencias (Estudio ASCLEPIO). Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.
Resultados: La media de edad es 90 años. Un 85,7% son mujeres. Un 42,9% presentan una demencia grave (estadio 6 y 7 del GDS). El 80% de los pacientes fueron diagnosticados de demencia tipo Alzheimer (CIE-10) 20% demencia tipo Alzheimer de inicio tardío y 60% demencia mixta El 68,6% presentaron al menos un síntoma del NPI-NH. Un 54,3% de los pacientes presenta al menos un síntoma clínicamente significativo (frecuencia x gravedad del síntoma ≥ 4), suponiendo una interrupción ocupacional significativa (estrés ≥ 3) en el 37,1% de los casos. La apatía se presento en 13 pacientes (37,1%), y en 12 casos (92,3%) suponía un síntoma clínicamente significativo (frecuencia ×

gravedad ≥ 4). Sin embargo, en ningún caso supuso una interrupción ocupacional significativa (estrés ≥ 3).
Conclusiones: Elevada prevalencia de SPCD en los pacientes con demencia en un centro residencial. La apatía es el SPCD más frecuente en los pacientes con demencia institucionalizados. Necesidad de implementación de medidas preventivas y terapéuticas, tanto no farmacológicas como farmacológicas, que minimicen su aparición y faciliten su manejo.

PC-024. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA PROCEDENTES DE RESIDENCIAS FRENTE A LOS QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. COHORTE FONDA

P.P. Ríos Germán[1], R. Ramírez[1], J.I. González-Montalvo[1], T. Alarcón[1], R. Menéndez-Colino[1], R. Queipo[2] y A. Otero[2]
[1]Hospital Universitario La Paz, Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: Estudiar las diferencias en el perfil de los pacientes con fractura de cadera (FC) procedentes de residencia 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 Ortogeriatría de un hospital terciario entre el 25 de enero de 2013 hasta el 28 de febrero de 2014. Además del tratamiento ortogeriátrico habitual, se trató a los pacientes mediante un protocolo dirigido a optimizar la función, la nutrición, el metabolismo óseo, el dolor y la anemia (Protocolo FONDA). Se recogieron en las primeras 72 horas del ingreso las variables demográficas, clínicas, funcionales, cognitivas y nutricionales.
Resultados: Se estudiaron 509 pacientes, de los que 116 (22,8%) procedían de residencia. Los pacientes procedentes de residencia eran mayores (edad media 88,0 ± 6,1 vs 84,9 ± 6,9 p < 0,001). Clínicamente tenían mayor comorbilidad (Índice de Charlson abreviado > 3 en 44,8% vs 33,8%, p = 0,031), mayor riesgo quirúrgico (Clasificación ASA > 2, 83,6% vs 66,4%, p < 0,001) y peor índice pronóstico (Score de Nottingham ≥ 5 en 98,8% vs 56,6%, p < 0,001). Funcionalmente presentaban peor movilidad previa (Escala Functional Ambulatory Classification ≥ 4 en 61,2% vs 84,5%, p < 0,001), usaban ayudas técnicas para caminar con mayor frecuencia (68,1% vs 48,6%, p = 0,001) y presentaban mayor deterioro previo en actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel medio previo era 58 ± 26,7 vs 83,2 ± 20,0 p < 0,001). Cognitivamente tenían mayor frecuencia de deterioro cognitivo previo (Escala de Cruz Roja Mental previa > 1 51,7% vs 26,7%, p < 0,001) y al ingreso (Cuestionario de Pfeiffer > 2 en 74,1% vs 40,2%, p < 0,001). Nutricionalmente presentaban mayor frecuencia de desnutrición (IMC previo < 22 Kg/m^2 en 29,2% vs 17,6%, p = 0,008) y mayor frecuencia de sarcopenia (24,3% vs 15,2%, p = 0,03).
Conclusiones: Los pacientes que ingresan desde una residencia por una FC son mayores, clínicamente más complejos, funcional y cognitivamente más deteriorados, y con peor estado de nutrición. Todo ello define a los pacientes de residencia como un grupo que posiblemente precisa de una atención especial que tenga en cuenta sus características basales diferenciales.

PC-025. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

M.D.P. Bao Alonso y S. Ariño Blasco
Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia (UME) de la Fundación Privada Hospital Asilo de Granollers (FPHAG). Determinar cuál es el diagnóstico principal más frecuente al alta de la unidad. Valorar la ubicación al alta de la unidad.
Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años, ingresados en la UME del FPHAG entre enero 2009 y diciembre 2014, con valoración RUG al ingreso y al alta. Se recogieron variables a través del Conjunto Mínimo de Base de Datos, que incluye variables del Sistema de Clasificación RUG III: edad, sexo, diagnóstico principal, comorbilidad (número de diagnósticos secundarios), estancia media, ubicación al alta. También se incluyen variables relacionadas con el estado cognitivo, para calcular el grado de deterioro cognitivo a través de la Escala de Rendimiento Cognitivo. Se ha calculado la media de número de visitas médicas y cambio de órdenes médicas en los últimos 14 días.
Resultados: Se incluyeron 2.279 pacientes, 61,4% mujeres, con edad media de 83,6 (± 6,6) años y una media de comorbilidades de 8,2 (± 2). 43% de pacientes en el grupo 75 a 84 años y 47,5% ≥ 85 años. Diagnóstico principal de fractura de cadera 13,7%, AVC 14,4% y otras patologías 71,8%, de las cuales las más frecuentes enfermedades cardiacas (16%), infecciones (15%) y enfermedades respiratorias del tracto inferior (13%). La estancia media fue de 24,8 (± 9) días. El 43% de pacientes sin deterioro cognitivo y 14,6% con deterioro cognitivo severo. La media de visitas médicas fue de 4 (± 3,3) días, y de cambio de órdenes médicas de 3 (± 2). La mayoría de los pacientes fueron dados de alta a domicilio (80,5%) y se registra una mortalidad de 8,6%.
Conclusiones: Los pacientes ingresados en nuestra UME son muy añosos (edad ≥ 85 años), con alta comorbilidad, con deterioro cognitivo moderado o grave. La mayoría de pacientes ingresa por discapacidad secundaria a patologías diferentes a fractura de cadera o ictus y la ubicación al alta más frecuente es retorno a domicilio.

PC-026. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS VALORADOS POR UN TERAPEUTA OCUPACIONAL DURANTE SU ESTADÍA EN UNA UNIDAD CORONARIA MÉDICA

P. del Solar Duarte, P.A. Gallardo Schall, G. Navarrete Hernández, M.B. Herrera Moratorio, D. Alberti Álvarez y A. Castro Lara
Hospital San José, Santiago, Chile.

Objetivos: Caracterización de adultos mayores (> 60 años) valorados por terapia ocupacional durante su estadía en una unidad coronaria médica.
Métodos: Diseño: estudio prospectivo observacional. Entre septiembre 2015 y enero 2016. Participantes: mayores de 60 años. Ingresados unidad coronaria médica. Mediciones: A través de una ficha de registro, se valoraron por un terapeuta ocupacional datos sociodemográficos, funcionales (Barthel), cognitivos (CAM y MMSE), comorbilidad (Charlson abreviado), estancia hospitalaria y mortalidad intrahospitalaria. Los datos fueron analizados con STATA v.12.1. 2014.
Resultados: Se evaluaron 107 pacientes. 41,2% fueron mujeres. Edad promedio 72,7 (DE 8,26), el Barthel basal 91,3 (DE 13,81), Barthel de ingreso 33,6 (DE 20), índice de Charlson 1,13 (DE 0,97), MMSE 23 (DE 5,3), estadía hospitalaria total 14,83 días (DE 17,51) y en Unidad coronaria 6,07 (DE 6,99). Mortalidad intrahospitalaria 9,35%. Un 16,8% presentó delirium durante la estadía en Unidad coronaria. Al comparar los pacientes con y sin delirium se observan diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) en el promedio de: puntaje Barthel de ingreso (10 vs 35, p = 0,0008), puntaje MMSE (18 vs 25, p = 0,0046) y mortalidad (23,5% vs 6,7%, p = 0,05).
Conclusiones: Todos los pacientes fueron evaluados durante su estadía en unidad coronaria por un terapeuta ocupacional. Se observa que la mayor proporción son hombres adultos menores de 80 años, con dependencia leve previo a su hospitalización, lo cual disminuye en forma importante al momento de ingreso. Tienen además un bajo índice de comorbilidad y un leve compromiso en su estado cognitivo al ingreso. La prevalencia de delirium es baja si comparamos con datos reportados para unidades de cuidados intensivos médicos

(7-50%). Al analizar los pacientes con delirium, se observa que estos tienen significativamente mayor deterioro funcional al ingreso, peor desempeño cognitivo y mayor mortalidad. Es necesario incluir estrategias de evaluación e intervención interdisciplinaria, para los pacientes ingresados a unidades coronarias, especialmente para aquellos con delirium, con el objetivo de impactar en su morbilidad y calidad de vida.

PC-027. POSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN SOBRE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO

L. Vargas[1], E. Álvarez[1], J.L. Cañada Millán[2] y C. Cánovas Pareja[1]
[1]Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. [2]Centro de Salud Canal Imperial, Zaragoza.

Objetivos: La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función. Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible ya que se puede detectar y es susceptible de intervención. Nuestro objetivo es la puesta en marcha del protocolo sobre "Prevención de Fragilidad y caídas en la persona mayor" según el documento de consenso del SNS de 2014, mediante la colaboración entre un EAP de Zaragoza "Canal Imperial" y el S. de Geriatría en el año 2016.
Métodos: Protocolo de cribado de la fragilidad en mayores de 70 años con un I. Barthel > 90 que acuden a su Centro de Salud por cualquier causa, en consulta programada, mediante una herramienta que detecta el deterioro incipiente SPPB (Short Physical Performance Battery, 0 peor-12 mejor). En pacientes con SPPB < 10 p. se proponen recomendaciones sobre estilo de vida, programa de actividad física, prevención de caídas y consejo nutricional. Seguimiento a los 6 meses.
Resultados: Desde el inicio del programa se han valorado 26 pacientes con una edad media de 79 años (70-89), 57,7% mujeres. El 50% tuvo un SPPB < 10. SPPB medio 8,92. Pruebas de equilibrio media 4 (pies juntos, semitándem, tándem 10 s), velocidad de la marcha 2 intentos (2,4 o 4m) media 2, levantarse y sentarse en una silla 5 veces media 4. Tiempo realización medio 15m. Adecuado estado nutricional: albumina 4,36 mg/dl. El 92,3% realiza de forma habitual ejercicio físico (intensidad leve 20,8%, moderado 75% e intenso 4,2%). Predominio de ejercicio aeróbico 84,6%, equilibrio 19% y de fuerza 15,4%. Los pacientes agradecen y colaboran en la puesta en marcha del protocolo. 100% firman el consentimiento informado.
Conclusiones: Tuvimos buena acogida de los pacientes y del EAP a la puesta en marcha del protocolo. A pesar de ser una población autónoma con un buen estado nutricional y con hábitos de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada, la mitad de los pacientes cumple criterios de fragilidad según la escala SPPB y son susceptibles de incorporar a un programa de prevención. Es necesario prolongar la captación de pacientes y realizar un seguimiento en el tiempo para evaluar la eficacia nuestra intervención.

PC-028. PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN CENTRAL QUE CONSULTAN EN UNA UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA POR PÉRDIDA COGNITIVA

A. Martín López, N. López Matons, D. Conill Badell, G. Obrero Cusidó y J. Padrós Selma
Grup Mutuam, Barcelona.

Objetivos: Cuantificar el número pacientes que consulta en nuestra Unidad por pérdida de memoria y toman fármacos con acción anticolinérgica y central, utilizando la escala 'Anticholinergic Cognitive Burden Scale' (ACB). Estimar la prevalencia de pacientes con afectación cognitiva que toman fármacos anticolinesterásicos y concomitantemente anticolinérgicos de acción central. Evaluar pacientes que toman otros fármacos anticolinérgicos no contemplados en ACB. Calcular la proporción de pacientes que toman benzodiacepinas.
Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes visitados en nuestra Unidad con queja de déficit cognitivo durante el año 2015. Los criterios de inclusión son: pacientes mayores de 60 años, pacientes que consultan por queja o pérdida cognitiva, pacientes en seguimiento por queja o pérdida cognitiva. Para valorar la actividad anticolinérgica central de estos fármacos se ha utilizado la escala ACB, que diferencia la potencia de la actividad en tres grados, siendo el grado tres el de máximo efecto.
Resultados: Muestra de 610 pacientes según criterios de inclusión (29% hombres y 71% mujeres), con una media de edad de 81 años (DE 7,34). La puntuación media del Minimental State Examination fue de 20,52 (DE 5,99) y una media de errores en el Test de Pfeiffer de 3,84 (DE 2,64). Un 24,4% de los pacientes toman algún fármaco anticolinérgico del grupo 1 de la ACB, un 0,2% del grupo 2 y un 18,6% del grupo 3. Un total de 105 pacientes (17,2% de la muestra) tomaban anticolinesterásicos y paralelamente anticolinérgicos. De estos pacientes, un 28,6% de ellos tomaban algún anticolinérgico del grupo 1 y un 25,7% del grupo 3. Ningún paciente tomaba del grupo 2. Un 24,9% de pacientes tomaban anticolinérgicos no contemplados en la escala ACB, como inhaladores, gotas y otros.
Conclusiones: Es importante conocer los medicamentos que recetamos, sobretodo en la población anciana con fragilidad cognitiva. Si necesariamente se han de prescribir estos fármacos, debería hacerse cribaje cognitivo cada tres meses y revisión de la medicación inadecuada periódicamente. En pacientes con demencia tratados con anticolinesterásicos, sería más recomendable ajustar dosis del fármaco que prescribir anticolinérgicos para paliar los efectos secundarios (evitar la inapropiada cascada terapéutica).

PC-029. PREVALENCIA DE CAÍDAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

J.F. García Gollarte[1], J.A. Manchón Pérez[2], L. Lorente Corral[2], D. Montero Ruiz[2], M. Martínez Marín[2] y P. Pérez Ros[2]
[1]Grupo Ballesol, Valencia. [2]Universidad Católica de Valencia, Valencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de caídas en una muestra de ancianos institucionalizados y los factores de riesgo asociados.
Métodos: Estudio de casos y controles con una muestra total de 435 ancianos mayores de 65 años, con seguimiento durante un periodo de 12 meses.
Resultados: Edad media de 86,21 ± 7 años con predominio femenino (76,1%). Barthel 44,54 ± 32,24, MMSE 19,25 ± 7,33, GDS 3,94 ± 2,16. La prevalencia de caídas fue del 30,30%. Los factores de riesgo más prevalentes fueron: Incontinencia 68,5% (n = 298) y problemas de visión 55,4% (n = 241). La demencia presentó una prevalencia de 50,8% (n = 221) (siendo la más frecuente la enfermedad de Alzheimer con un 26%) seguida por la insuficiencia cardiaca y depresión, con un 38,9% y 31,9% respectivamente. La media de fármacos prescritos fueron 7,57 ± 3,69, siendo los ansiolíticos (37,5%) y antidepresivos (28,7%) los más prevalentes. Tras el análisis bivariado se observó que los factores relacionados con el riesgo de caídas fueron: La polifarmacia (OR = 2,03 IC95% 0,98-4,18; p = 0,033), la toma de ARS (OR = 1,70 IC95% 1,03-2,80; p = 0,025) y antidepresivos (OR = 1,51 IC95% 0,96-2,36; p = 0,045), seguidos por la demencia (OR = 1,47 IC95% 0,97-2,23; p = 0,042) y la depresión (OR = 1,62 IC95% 1,05-2,49; p = 0,019). No se relacionaron con el incremento del riesgo de caídas el género, la dependencia (valorada mediante la escala funcional de Barthel), los fármacos ansiolíticos y neurolépticos, los déficits sensoriales y la patología osteoarticular.
Conclusiones: La polifarmacia es el factor de mayor riesgo para la presencia de caídas en ancianos institucionalizados. A pesar de que la dependencia es un factor de riesgo de caídas, en la muestra analizada no es un factor determinante, lo que parece que da validez a los cuidados prestados, que ejercen un efecto preventivo frente a las mismas.

PC-030. FACTORES PREDICTORES DE DELIRIUM EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

J.F. García Gollarte[1], S. Baixauli Alacreu[2], P. Pérez Ros[2], M. Bou Moreno[2], F.M. Martínez Arnau[2] y F. Tarazona Santabalbina[3]
[1]Grupo Ballesol, Valencia. [2]Universidad Católica de Valencia, Valencia. [3]Hospital de Alzira, Valencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de delirium en una muestra de ancianos institucionalizados y los factores predictivos de riesgo asociados.
Métodos: Estudio de casos y controles con una muestra total de 435 ancianos mayores de 65 años, con seguimiento durante un periodo de 12 meses.
Resultados: Edad media de 86,21 ± 7 años con predominio femenino (76,1%). Barthel 44,54 ± 32,24, MMSE 19,25 ± 7,33, GDS 3,94 ± 2,16. La prevalencia de delirium fue del 44,1%. Los factores de riesgo más prevalentes fueron: incontinencia 68,5% (n = 298), con predominio de la incontinencia mixta (tanto urinaria como fecal) del 40,5%. Problemas de visión 55,4% (n = 241). La demencia presentó una prevalencia de 50,8% (n = 221) siendo la principal la enfermedad de Alzheimer con un 26%, seguida por la insuficiencia cardiaca y depresión, con un 38,9% y 31,9% respectivamente. La media de fármacos prescritos fue del 7,57 ± 3,69, siendo los ansiolíticos (37,5%) y antidepresivos (28,7%) los más frecuentes. La presencia de infecciones (no urinaria) fue la variable con mayor capacidad predictiva de padecer un episodio de delirium hasta 7,08 veces mayor (OR = 7,08, IC95%: 3,3-15,02; p < 0,001). Además también resultaron factores predictores de delirium la demencia (OR = 3,14, IC95%: 1,81-5,45; p < 0,001) y la toma de algún fármaco anticolinérgico (OR = 2,98, IC95%: 1,34-6,6; p = 0,007), seguidos por la depresión (OR = 1,92, IC95%: 1,03-3,56; p = 0,039) y la incontinencia (OR = 1,73, IC95%: 0,97-3,08; p = 0,065).
Conclusiones: La presencia de infección sistémica de causa no urinaria, la demencia, la toma de algún fármaco anticolinérgico, la depresión e incontinencia presentaron una probabilidad del 98,34% de padecer un episodio de delirium en ancianos ingresados en residencias. Se deberían establecer estrategias de screening (como escala CAM) en los ancianos que presenten factores de riesgo para poder realizar actitudes preventivas y de abordaje precoz en la instauración de episodios de delirium en ancianos institucionalizados.

PC-031. FRACTURAS SIMULTÁNEAS DE FÉMUR Y EXTREMIDAD SUPERIOR EN EL ANCIANO

M.T. Vilarmau Dolcet[1], E. Antón Nieto[2], M. Moreno Iturriaga[2], B. González Ávila[2] y C. Nogueras Rimblas[2]
[1]Centro Sociosanitario Albada. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. [2]Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Conocer la frecuencia de fracturas simultáneas de fémur y extremidad superior en pacientes ancianos en nuestra área de referencia, y si existen diferencias terapéuticas, recuperación funcional y mortalidad respecto a la fractura aislada de fémur.
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes > 65 años ingresados en la Unidad de Convalecencia de 78 camas, con fractura del fémur entre los años 2011 y 2014. Variables: sexo, edad, estancia, funcionalidad, comorbilidad, destino al alta y presencia o no de fractura simultánea. Se realizó el análisis estadístico mediante t-Student.
Resultados: Se estudiaron 841 pacientes con fractura de fémur. Todos ellos sufrieron un traumatismo de baja energía. El 5,58% (47/841 pacientes) presentaban una fractura simultánea en la extremidad superior, siendo en un 97,8% ipsilateral. Un 61,7% presentaban fractura de húmero, luxación del hombro o fractura del olécranon y un 38,3% fueron fracturas del extremo distal del radio o fractura del estiloides. Edad media: 84 ± 6,6 años. Mujeres: 83%. Barthel previo: 82,5 ± 18,7, al ingreso: 33 ± 13,5 y al alta: 68 ± 15,5. Charlson: 2. Pfeiffer: 1,5. Estancia media: 44,8 ± 15,4 días. Destino: 91,5% a domicilio. Exitus: 4,2%. El 94% se trataron de forma conservadora y solo 3 pacientes precisaron reducción quirúrgica. 794 pacientes presentaron fractura aislada de fémur con las siguientes características: edad media: 86 ± 6,4 años. Mujeres: 75%. Barthel previo: 77,5 ± 22,5, al ingreso: 35 ± 16 y al alta: 63 ± 21,7. Estancia media: 38,6 ± 17,4 días. Destino: 82,7% a domicilio. Exitus: 4,4%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las variables sexo, edad, funcionalidad y destino al alta. Pero sí se obtuvieron diferencias en ambos grupos respecto a la estancia hospitalaria (p < 0,011).
Conclusiones: La presencia de fracturas simultáneas no es infrecuente en nuestra área. No tienen peor pronóstico vital ni funcional que las fracturas aisladas de fémur pero sí que alargan la estancia hospitalaria, lo que supone un aumento del uso de recursos destinados a estos pacientes.

PC-032. PERFIL DE LOS PACIENTES VALORADOS EN EL AÑO 2015 POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINARIA SOCIOSANITARIA (UFISS)

M. Gas Mola, R. Audi Ferrer, C. Burato Accensi, E. Martínez Almazán y N. González Salvat
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: En nuestra UFISS se valoran pacientes de los distintos hospitales de agudos, principalmente el Hospital Verge de la Cinta (HTVC), con el fin de ingresarlos en nuestro centro, y decidir así su mejor ubicación (destino UFISS).
Objetivos: Descripción del perfil de pacientes valorados por nuestra UFISS en el año 2015.
Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyen todos los pacientes valorados por la UFISS durante el año 2015. Se recogen datos de sexo, edad, situación funcional (índice de Barthel-IB), comorbilidades (Índice de Charlson abreviado-IC-), hospital y servicio demandante, diagnósticos principales, destino UFISS, sdr. geriátricos (demencia, delirium, trastorno del sueño, trastorno afectivo, incontinencia urinaria o fecal, estreñimiento, dolor, desnutrición) complejidad UPPs, polifarmacia, vía endovenosa), idoneidad de la solicitud (inestabilidad clínica, tratamiento propio de agudos, falta de diagnóstico) y proactividad de la UFISS (nuevos diagnósticos, sugerencia de pruebas, tratamiento aconsejado e informar familias). Para el análisis estadístico se utilizó el test chi-cuadrado y el test de análisis de la varianza (ANOVA). SPSS 17.0.1.
Resultados: n = 822. Edad media 80,37 ± 11,20. 55% mujeres. IB medio previo 68 ± 30,30 y en momento valoración 29,96 ± 27,23. IC medio 1,49 ± 1,32. 51,1% de las valoraciones provienen de Urgencias. Principales diagnósticos: 56% médico, 19,39% traumatológico y 12% neoplasias. Destinos UFISS: Convalecencia (37,3%), Subagudos (29,9%) y Cuidados Paliativos (11,6%). Sd. geriátricos: demencia, delirium (20%), trastorno del sueño (17%), trastorno afectivo (28%), incontinencia urinaria (29%), incontinencia fecal (17%), estreñimiento (43%), dolor (37%), desnutrición (10%), Complejidad: UPPs (12%), polifarmacia (80,9%), vía endovenosa (77%). Idoneidad de la solicitud: inestabilidad clínica (5%), tratamiento propio de agudos (8%), falta diagnóstico (11%). Proactividad: nuevos diagnósticos por UFISS (8%), sugerencia de pruebas (18%), tratamiento aconsejado (12%), e informar familias (85%).
Conclusiones: Estamos delante de una población con moderada comorbilidad, alta dependencia funcional y complejidad. La mitad de las valoraciones se realizan en Urgencias del HTVC, por lo que la mayoría de los pacientes que ingresamos en nuestro centro no han ingresado previamente en hospital de agudos. En 11% de las valoraciones hay una falta de diagnóstico claro por lo que nuestra UFISS tiene alta proactividad.

PC-033. SARCOMA DE KAPOSI "CLÁSICO" EN UN VARÓN DE 90 AÑOS

M.E. Baeza-Monedero, N. Sánchez-Neila, P. Fernández-Montalbán, J. Albéniz-López, L. Hernández-Sánchez, C. Sánchez-Castellano y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El sarcoma de Kaposi es un tumor maligno del endotelio linfático, producido por el virus KSHV (Kaposi's sarcoma herpes virus), anteriormente conocido como HHV-8 (Human Herpes Virus 8). Es más frecuente en el varón, estimándose una incidencia global de 0,3 por cada 100.000 individuos/año y una supervivencia relativa a los 5 años del 75%. Se han descrito cuatro subtipos epidemiológicos (sin diferencias histológicas e inmunohistoquímicas entre ellos): la forma "clásica", característica de regiones orientales del Mediterráneo, predominantemente cutánea, en miembros inferiores, indolora y en ausencia de inmunosupresión aparente; la "endémica", propia de África central y oriental, más agresiva, diseminada y con presencia de lesiones multifocales (a menudo con afectación visceral y linfática); la variante "postrasplante", en relación con tratamientos inmunosupresores y la forma "asociada al VIH".
Caso clínico: Varón de 90 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, EPOC (última descompensación infecciosa por neumonía basal derecha por Nocardia) e ictus isquémico lacunar izquierdo, sin secuelas motoras. Presenta buena situación social y familiar, independiente para las actividades básicas de la vida diaria y sin deterioro cognitivo evidente, aunque con un trastorno afectivo no filiado reciente. Ingresa por un cuadro de infección respiratoria no consolidante con buena respuesta al tratamiento antibiótico y sintomático. En la exploración llama la atención la presencia de lesiones nodulares y placas rojo-púrpura pigmentadas en extremidades inferiores, con extensión proximal. La biopsia objetiva abundante infiltrado inflamatorio con presencia de células endoteliales infectadas por KSHV junto a extensa angiogénesis, hallazgos diagnósticos de sarcoma de Kaposi en estadio intermedio pápulo/nodular. Sus características epidemiológicas lo clasifican como variante "clásica". Serología negativa para VIH.
Discusión: La variante "clásica" del sarcoma de Kaposi se encuentra íntimamente asociada a la edad avanzada, siendo más prevalente en el área del Mediterráneo. Es un tumor infrecuente, con un relativo buen pronóstico a medio plazo, lo que confiere importancia a un diagnóstico precoz e inicio de tratamiento eficaz.

PC-034. FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS, BENZODIACEPINAS Y PERCEPCIÓN DE MIEDO A CAER: ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE ELLOS?

I. Arnau-Barrés, N. Ronquillo, M. Martín, R. Miralles, O. Vázquez y C. Roqueta
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar la relación entre la percepción del miedo a caer y factores de riesgo de caídas.
Métodos: Se evaluaron de forma prospectiva 60 pacientes (77,33% mujeres) ingresados en una unidad de media estancia geriátrica. Se registraron las siguientes variables demográficas: edad y sexo; y la presencia de los siguientes factores de riesgo de caídas: hipotensión ortostática, ingesta de benzodiacepinas, déficit visual, déficit auditivo, *delirium*, depresión. Se valoró la percepción del miedo a caer mediante la *Falls Efficacy Scale* (FES) en todos los pacientes en el momento de iniciar capacidad de marcha. Se consideró que existía miedo a caer cuando la puntuación en la FES era superior a 70 puntos.
Resultados: Edad media 81,48 ± 7,99 años. Media de la puntuación obtenida de la FES fue de 54,10 ± 21,62. De los 15 pacientes con FES > 70, 11 (73,33%) seguían tratamiento con benzodiacepinas y 4 (26,67%) no ($p < 0,005$). De los 45 pacientes con FES < 70, 37 (82,22%) no presentaban déficit auditivo y 8 (17,78%) sí ($p = 0,007$). No existió relación entre FES > 70 puntos y el resto de factores de riesgo de caídas registrados.
Conclusiones: 1) La presencia de tratamiento con benzodiacepinas se asoció significativamente con una mayor percepción de miedo a caer. 2) La ausencia de déficit auditivo se relacionó significativamente con presentar menor percepción de miedo a caer. 3) No se halló relación entre mayor percepción de miedo a caer y el resto de factores de riesgo de caídas.

PC-035. PREVALENCIA DE OBESIDAD SARCOPÉNICA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES EVALUADAS EN LA CONSULTA DE OBESIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA DE COSTA RICA

I. Barrientos Calvo
Nacional Geriátrico, Ancianos.

Introducción: Con el envejecimiento los cambios en la composición corporal se caracterizan por disminución de la masa muscular y aumento del tejido adiposo. La pérdida de masa y fuerza muscular denominada sarcopenia, es una importante causa de discapacidad y pérdida de independencia en los adultos mayores. La obesidad representa una epidemia que no excluye a los adultos mayores.
Objetivos: Describir la prevalencia de obesidad sarcopénica en adultos mayores evaluados en la Clínica de Obesidad del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, Costa Rica.
Métodos: Estudio transversal. Incluyó pacientes mayores de 65 años ambulatorios evaluados en la Clínica de Obesidad de junio 2014 a mayo 2015. Se excluyeron pacientes que no contaran con bioimpedancia o con índice de masa corporal (IMC) < 30 kg/m^2. Obesidad se definió como IMC ≥ 30 kg/m^2 y sarcopenia de acuerdo a los criterios del Grupo Europeo de Trabajo sobre Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSOP): baja masa muscular asociado a baja fuerza muscular y/o bajo rendimiento físico. Para el estudio de la masa muscular se implementó bioimpedancia eléctrica, para obtener el índice de masa muscular (IMME) se aplicó la fórmula de Janssen. Fuerza muscular se midió por medio de dinamometría, siendo los puntos de corte ajustados a IMC y al sexo. Se cronometró velocidad de marcha para el rendimiento físico.
Resultados: Se analizaron 49 pacientes. La edad promedio fue 74,2 ± 6,7 años. El 85,7% eran mujeres y 14,3% hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (87,8%), osteoartrosis (71,4%) y diabetes mellitus (40,8%). El promedio del IMC fue 38,5 ± 3 kg/m^{2,} del IMME 7,64 kg/m^2 y de dinamometría 20,45 kg (DE 6,549). En el 45,2% la velocidad de la marcha fue < 0,8 m/s. Dinapenia o baja fuerza muscular se presentó en el 53% de los casos, siendo más prevalente en mujeres. De acuerdo a los criterios diagnósticos de EWGSOP, se documentó una prevalencia de obesidad sarcopénica en el 4% de las personas evaluadas.
Conclusiones: La obesidad sarcopénica tuvo baja prevalencia, pero se debe prestar especial atención a la dinapenia, la cual fue más identificada que la presencia de sarcopenia en obesos.

PC-036. IMPACTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO REHABILITADOR (HDG)

M. Herrero, E. de Jaime, M. García, M.L. Rodríguez, E. Sevilla, A. Huarte-Mendicoa y O. Vázquez
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar el grado de IU que presentan los pacientes que acuden a un HDG para rehabilitación y su repercusión en su calidad de vida.
Métodos: Estudio descriptivo que incluyó los pacientes que ingresaron en un HDG rehabilitador desde marzo 2015 hasta enero 2016. Al ingreso se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico

médico/enfermería, presencia de incontinencia, tipo de incontinencia, índice de Barthel y de Lawton. Se administró el "International Consultation on Incontinence Questionnaire" (ICIQ) durante la primera semana de estancia en el HDG. El ICIQ es un cuestionario autoadministrado que identifica las personas con IU y el impacto en su calidad de vida. No se administró el ICIQ a los pacientes que: presentaban deterioro cognitivo moderado que dificultaba la administración del cuestionario, rechazaron completarlo y a los que se dio alta precoz.
Resultados: En el periodo del estudio ingresaron 83 pacientes, edad 75,0 ± 13,0, 51,8% hombres. El diagnóstico médico más frecuente fue fractura (36,1%) y el de enfermería, deterioro de la movilidad física (71,0%). El Barthel fue de 65,9 ± 15,5 y el Lawton de 1,6 ± 1,7. Al ingreso, 52 pacientes eran incontinentes (62,6%), siendo la incontinencia de urgencia la más frecuente (19 pacientes). No se completó el ICIQ en 9 pacientes (n = 74). Al administrar el ICIQ, 31 (41,8%) pacientes se consideraron continentes en todas las preguntas. A la pregunta sobre frecuencia, 27 pacientes (36,4%) presentaban escapes una, varias veces o de forma continua durante el día y 16 pacientes (21,6%) de una a tres veces por semana. A la pregunta sobre la cantidad, 25 pacientes (33,7%) tenían escapes de poca cantidad y 18 (24,3%) de cantidad moderada/grave. A la pregunta sobre la afectación en la vida diaria, 14 pacientes (18,9%) puntuaban de 6 a 10 puntos (repercusión importante). Respecto última pregunta sobre el tipo de incontinencia, 13 pacientes (17,5%) la presentaban antes de llegar al servicio, 18 pacientes (24,3%) tenían sintomatología mixta y 12 (16,2%) otros tipos.
Conclusiones: La IU es frecuente al ingreso en un HDG; suele estar presente a diario, en forma de escapes de poca cantidad y con repercusión leve-moderada en la vida diaria de los pacientes.

PC-037. USO DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA EN RESIDENTES DE CENTRO GERONTOLÓGICO AL FINAL DE LA VIDA

M. Gómez Coll y P. García Méndez
Caser Betharram, Hondarribia.

Introducción: Utilidad de fármacos vía subcutánea en bolos o en infusión continua subcutánea de residentes en fase terminal de centros gerontológicos como sistema fiable y de bajo coste.
Objetivos: Describir la patología principal de los residentes tratados, indicaciones médicas y fármacos utilizados durante la fase terminal. Aplicación en el centro del ICSC como alternativa a traslados hospitalarios innecesarios y/o a la puesta en marcha de recursos como Hospitalización a Domicilio, favoreciendo así el acompañamiento familiar y la confortabilidad de los pacientes durante el proceso agónico ofreciéndoles los cuidados paliativos necesarios.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Se incluyeron 31 residentes durante el período de julio de 2012 a diciembre de 2015 que recibieron tratamiento farmacológico vía subcutánea en bolo o mediante ICSC. Se emplearon un total de 27 infusores de un día, dos días y tres días en 21 residentes, y medicación subcutánea en bolos en los 10 restantes.
Resultados: La patología principal observada fue oncológica (45,1%), y el resto, pacientes con enfermedad crónica avanzada en fase terminal (54,8%) que fallecieron a causa de fracaso de órgano (58,8%), broncoaspiración (17,6%), TVP (11,8%), TEP (5,9%), y ACVA (5,9%). Las indicaciones médicas fueron: control de síntomas (incluyendo la agonía) 77,4%; disminución del nivel de conciencia 12,9%; obstrucción intestinal 6,5%; disfagia 3,2%. La prevalencia de los fármacos utilizados de forma combinada fue: morfina (90,3%), hioscina (71,4%), levopromazina (45,2%), haloperidol (48,4%), metoclopramida (29%), midazolam (9,7%).
Conclusiones: La atención de las necesidades paliativas debe aplicarse tanto en pacientes oncológicos, como en pacientes con patología crónica avanzada en estadio terminal. El uso de ICSC en concreto es una buena alternativa, sencilla y eficaz, que nos ofrece la posibilidad de tratar al residente en el propio centro mejorando su confortabilidad en los últimos momentos y favoreciendo al mismo tiempo el acompañamiento de sus familiares, reduciendo traslados hospitalarios innecesarios y el uso de otros recursos como Hospitalización a Domicilio.

PC-038. EVOLUCIÓN DE FRAGILIDAD EN UNA COHORTE DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DURANTE UN PERIODO DE TRES AÑOS

E. Gómez Jiménez, L. Palazón Valcárcel, R. Ceres Martínez, M. Mas Romero, A. Avendaño Céspedes, J.L. Oliver Carbonell y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Describir la variación del estado de fragilidad en una cohorte de ancianos institucionalizados.
Métodos: Estudio de cohortes sobre 331 sujetos > 65 años institucionalizados en dos residencias. La fragilidad se definió como la presencia de 3 o más criterios de L. Fried. La variación en el estado de fragilidad se obtuvo a lo largo de tres años, realizando dos valoraciones de seguimiento desde la visita basal, una el primer año, y la segunda visita después de tres años. Se valoró si los sujetos habían mejorado (cumplían menos criterios de fragilidad), seguían igual o si habían empeorado (aumentando nº de criterios).
Resultados: De 331 sujetos se obtuvieron datos sobre estado de fragilidad de 326 sujetos en la visita basal, 213 (65,1%) eran mujeres. La edad media fue de 83,85 años. 218 sujetos fueron frágiles (66,87%) y 108 (33,12%) no frágiles. Respecto los 218 sujetos frágiles en la visita basal, 39 fallecieron al año de seguimiento, 23 se perdieron y de los restantes, 138 continuaron frágiles, y de éstos después de tres años, 74 mantuvieron su estado de fragilidad y 2 sujetos fueron no frágiles. Por otro lado, de los 218 sujetos frágiles en la visita basal, 18 sujetos fueron no frágiles al año de seguimiento, y de éstos, 7 sujetos volvieron a ser frágiles, y 4 sujetos fueron no frágiles después de tres años de seguimiento. En cuanto a los 108 sujetos no frágiles en la visita basal, 11 fallecieron al año de seguimiento, 15 se perdieron y de los restantes, 57 continuaron no frágiles, y de éstos, 26 mantuvieron su estado de no fragilidad y 13 sujetos fueron frágiles después de tres años de seguimiento. Por otro lado, de los 108 sujetos frágiles en la visita basal, 25 sujetos resultaron frágiles después de un año, y de éstos, 7 sujetos volvieron a ser no frágiles, y 10 sujetos fueron frágiles después de tres años de seguimiento.
Conclusiones: La fragilidad constituye un estado dinámico que cambia a lo largo del tiempo. Puede ser útil determinar este estado para establecer medidas de prevención e intervención oportunas en este grupo de población.

PC-039. ESTADO DE FRAGILIDAD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

R. Ceres Martínez, L. Palazón Valcárcel, E. Gómez Jiménez, 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 en ancianos institucionalizados en el período 2012-2015.
Métodos: Se trata de un estudio de cohortes observacional longitudinal que se llevó a cabo en dos centros sociosanitarios. De los 331 sujetos que aceptaron participar, contamos con datos válidos para su análisis de 295 sujetos. La fragilidad se definió como la presencia de 3 o más criterios de Linda Fried; se recogieron datos sobre variables sociodemográficas, comorbilidad mediante el Índice de Charlson, evaluación funcional mediante el Índice de Barthel así como el exitus de los sujetos tras un período de tres años. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0. La asociación entre fragilidad

y mortalidad se analizó mediante regresión logística y modelos de los riesgos proporcionales de Cox ajustado por las covariables edad, sexo, Índice de Barthel, Índice de Charlson e IMC.
Resultados: La edad media de la muestra fue de 83,85 años (DE 6,82). 213 (65,1%) eran mujeres. Índice de Barthel 54,14 (DE 36,7); IMC de 27,53 (DE 5,3); Índice de Charlson 1,78 (DE 1,6). 218 sujetos fueron frágiles (66,87%) y 108 (33,12%) no frágiles. Durante el seguimiento 128 sujetos murieron, de los cuales el 81,2% eran frágiles al inicio del estudio. Los sujetos frágiles presentaron un riesgo de mortalidad 2,3 veces superior que los no frágiles (OR 2,30; IC95% 1,2-4,6) ajustado por las covariables, y un riesgo ajustado 1,7 veces mayor durante los tres años de seguimiento (HR 1,77; IC95% 1,1-2,9).
Conclusiones: La fragilidad se asocia con mortalidad a los tres años en ancianos institucionalizados.

PC-040. CALIDAD ASISTENCIAL Y CARACTERÍSTICAS DE UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS: MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON REAGUDIZACIONES

S. Rodríguez Fernández, A. Gamboa Arango e Y. Cossio Gil
Hospital de Igualada, Igualada.

Introducción: Las unidades de subagudos son un modelo innovador de atención al paciente geriátrico con patologías crónicas reagudizadas, que se conoce poco en nuestro medio. Este modelo se basa en prestar una atención integral multidisciplinaria al paciente frágil o con enfermedad crónica evolucionada, que presenta reagudización de su enfermedad con riesgo moderado de complicaciones.
Objetivos: Describir las características sociodemográficas y las variables de calidad asistencial en la atención de los pacientes atendidos en la Unidad de subagudos del Consorci Sanitari de l'Anoia.
Métodos: Estudio observacional que describe las características sociodemográficas, clínicas y de calidad asistencial de los pacientes ingresados en la unidad de subagudos el primer año de funcionamiento (1 de enero 2015 al 15 de diciembre de 2015). La unidad está ubicada en una comarca de 140 mil habitantes, tiene 6 camas y está compuesta por un equipo multidisciplinar (medico, auxiliar de enfermería, enfermera, trabajo social, rehabilitación, terapia ocupacional y nutricionista).
Resultados: En 2015 se realizaron 197 ingresos. La edad media fue de 85 años (54-101), el 66% fueron mujeres y la media de diagnósticos por paciente fue de 6. La mayoría de pacientes fueron derivados desde urgencias (91%). Los principales motivos de ingreso fueron insuficiencia cardíaca descompensada (26%), e infecciones de vías respiratorias bajas (23%). La estancia media fue de 7,2 días. La tasa de úlceras nosocomiales por mil días de estancia fue del 5,6. El 53% de los pacientes al alta fueron derivados a su domicilio, un 30% se trasladó a otro centro sociosanitario (unidad de convalecencia, paliativos o unidad de larga estancia) y un 4% fueron exitus. La tasa de reingresos al mes del alta fue del 15%.
Conclusiones: La implantación de una unidad de subagudos nos ha permitido brindar una atención multidisciplinaria centrada en el paciente y dentro de los estándares de calidad. La estancia media de 7 días (inferior a la que presentan estos pacientes en hospital de agudos) ha permitido al paciente retornar a su entorno rápidamente y probablemente reducir el riesgo de complicaciones derivadas de ingresos prolongados.

PC-041. PERFIL DEL PACIENTE EPOC INGRESADO EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

M.M. Riera, L. Cuadra, G. Canal, L. García, E. Asensi y M. Llonch
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente EPOC ingresado en una Unidad de Subagudos y determinar las características que pueden contribuir al reingreso y mortalidad.
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados por EPOC descompensado de enero/2014 a febrero/2015, excluyendo los exitus durante el ingreso.
Resultados: Se obtuvo una muestra de 85 pacientes, con una edad media de 81,9 años (± 8,5), 77,6% varones, 20,3% I. Barthel < 60, 37,6% deterioro cognitivo, 57,6% alta comorbilidad (I. Charlson ≥ 3), 98,8% con polifarmacia y un 23,5% presentaba insuficiencia respiratoria crónica. El 71,8% había ingresado el año anterior por cualquier causa. El 52,9% por EPOC descompensado. Un 24,7% reingresó a los 30 días, hallando asociación con hipercapnia durante el ingreso (OR = 3,7, p = 0,027). Un 36% reingresó a los 6 meses, obteniendo relación con ingreso en el año anterior por EPOC (OR = 3,29, p = 0,012). Un 4,7% fueron exitus a los 30 días, observando asociación con: insuficiencia respiratoria crónica (OR = 11,2, p = 0,039), I. Barthel al alta (40 exitus vs 75,6 supervivientes, p = 0,008), estancia media (22,5 vs 12,8 p = 0,005) y destino al alta (40% traslado a otra unidad vs 2,9% domicilio, p = 0,024). El exitus a los 6 meses fue 22,4%, observando relación con: sd. confusional en el ingreso (OR = 9,6, p = 0,003), I. Barthel al alta (OR 3,2, p = 0,047] en I. Barthel < 60) y caídas en el último año (OR = 7,1, p = 0,004). El 38,8% fue exitus al año, observando relación con: edad (52,4%: 75-85 años, p = 0,035) y caídas (OR = 6,12, p = 0,009).
Conclusiones: En la muestra estudiada se observa edad avanzada y alta comorbilidad, pero escasa prevalencia de sd. geriátricos. Se observan elevadas tasas de reingreso y exitus a los 30 días, 6 meses y al año. Se objetiva asociación entre reingreso, hipercapnia e ingreso previo. La mortalidad se asocia con insuficiencia respiratoria crónica, I. Barthel al alta, caídas, destino al alta, y sd. confusional.

PC-042. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL EN UNA MUESTRA DE ANCIANOS FRÁGILES Y PREFRÁGILES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

F.J. Tarazona Santabalbina, A. Blanquer Cencerrado,
C. Borras Estevan, V. Carbó Lázaro, F.M. Martínez Arnau
y C.M. Cuenca Simón
Hospital Universitario de la Ribera, Alzira.

Objetivos: Describir las características funcionales de una muestra de ancianos frágiles con insuficiencia cardiaca que viven en la comunidad.
Métodos: Estudio descriptivo y observacional. Criterios de inclusión: edad > 69 años; presencia de ≥ 3 criterios de fragilidad de Fried; diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Criterios de exclusión: expectativa de vida inferior a 12 meses; paciente oncológico en tratamiento activo con quimioterapia o radioterapia; cirugía mayor en los 6 meses previos al inicio del estudio; puntuación escala de Barthel ≤ 40 puntos. Instrumentos y pruebas utilizadas: escala de Barthel, Lawton y Tinetti, fuerza de prensión palmar medida mediante dinamometría, *timed up and go* (TUG), velocidad de la marcha y prueba de los 6 minutos marcha.
Resultados: N = 73. Edad media: 82,6 (DT = 5,5) años; 60,3% hombres. El 84,9% de la muestra era frágil y el 12,3% pre-frágil. El 38,4% cumplía 4 criterios de fragilidad, 23,3% cumplía 3 criterios y el 21,9% cumplía 5 criterios. El 65,8% cumplía el criterio de velocidad de la marcha. Los resultados en los instrumentos y pruebas realizadas fueron: Media de distancia recorrida en el test de los 6 minutos marcha 146,1 (DT = 69,6) metros; Timed Up and Go: 30,3 (DT = 41,8) segundos; escala de Barthel: 83,6 (DT = 13,6) puntos; escala Tinetti: media = 18,1 (DT = 6,2) puntos, escala de Lawton: 4,5 (DT = 2,3) puntos y fuerza de prensión palmar media = 19,5 (DT = 4,9) kg/m^2. Se encontró una correlación positiva (p = 0,002) entre la prueba de los 6 minutos marcha y la fuerza de prensión palmar y el TUG (p = 0,000).
Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la muestra estudiada tuvo una dependencia moderada en actividades básicas e

instrumentales. Se observó un elevado riesgo de caídas, una movilidad reducida y una baja fuerza de prensión palmar.

PC-043. VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO, SOCIAL Y AFECTIVO DE UNA MUESTRA DE ANCIANOS FRÁGILES Y PREFRÁGILES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD

F.J. Tarazona Santabalbina[1], S. Caballero Marcilla[1], C. Cuquerella Piera[1], J. Sabater Ramírez[1], L. Alcalá-Dávalos[2] y P. Pérez-Ros[2]
[1]Hospital Universitario de la Ribera, Alzira. [2]Universidad Católica de Valencia, Valencia.

Objetivos: Evaluar el estado cognitivo, emocional y la situación social de una muestra de ancianos frágiles con insuficiencia cardiaca que viven en comunidad.
Métodos: Estudio descriptivo y observacional. Criterios de inclusión: edad > 69 años; presencia de ≥ 3 criterios de fragilidad de Fried; diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Criterios de exclusión: expectativa de vida inferior a 12 meses; paciente oncológico en tratamiento activo con quimioterapia o radioterapia; cirugía mayor en los 6 meses previos al inicio del estudio; puntuación escala de Barthel ≤ 40 puntos. Los instrumentos utilizados fueron: Miniexamen cognoscitivo (MEC), escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala de Oars de recursos sociales, Duke social support, Global Deterioration Scale, valoración del miedo a las caídas (FES).
Resultados: N = 73 sujetos. La edad media fue 82,6 (DT = 5,5) años y el 60,3% fueron hombres. Estado civil: 57,5% casado, 34,2% viudo; El 54,8% convivía con el cónyuge y el 23,3% con los hijos, el 8,8% vivía solo sin supervisión. Los resultados en las escalas administradas fueron: deterioro cognitivo según MEC: 26,3 (DT = 4,9) puntos, GDS: 1,7 (DT = 0,8); los recursos sociales según la escala OARS = 1,8 (DT = 0,5); el apoyo social percibido según escala Duke 42,4 (DT = 5,5) puntos; síntomas depresivos según escala Yesavage: 3,7 (DT = 3,15) y FES 79,5 (DT = 47,7).
Conclusiones: La muestra estudiada presentaba buenos o excelentes recursos sociales, con relaciones sociales satisfactorias y con cuidadores que podían atenderlos adecuadamente. El apoyo social percibido por los sujetos fue normal, siendo la puntuación muy superior a la media de referencia. El estado cognitivo de la muestra fue bueno, en ausencia de deterioro cognitivo. En el área emocional, las puntuaciones obtenidas no mostraban signos depresivos. Respecto a la autoeficacia relacionada con caídas, el grado de confianza percibida fue bueno.

PC-044. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA EN RESIDENCIA

M. Enríquez Barroso[1], S. Elosegi Uranga[1], I. Navaridas Jauregui[2], A. Araneta Herguedas[2], A. Salaberria Lekuona[2] y O. Bueno Yáñez[3]
[1]Sesosgi, Errenteria. [2]Residencia Sagrado Corazón, Errenteria. [3]Hospital Donostia, San Sebastián.

Objetivos: Conocer la situación de los nuevos ingresos en relación a la capacidad deglutoria/disfagia.
Métodos: Estudio descriptivo de los nuevos ingresos ocurridos durante el 2015 en una residencia de 140 camas. Se registra la edad, diagnóstico de disfagia, MNA, Barthel, MMSE y realización de MEC-V y resultado. Se registran 33 nuevos ingresos durante el año 2015, con edad media de 84,1 años. De estos el 57,5% presentaban una dependencia total o grave, el 12,1% moderada y un 30,3% leve o independiente según el Barthel. Según MMSE el 93,9% presentaba deterioro cognitivo. Según MNA encontramos un 12,1% con resultado de malnutrición, 21,2% con riesgo de desnutrición y el 18,1% con un estado nutricional normal. 6 de los nuevos ingresos venía con diagnóstico de disfagia (18,1%). El 21% de los nuevos usuarios fallece en el periodo de estudio (2015).
Resultados: Utilizando el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) se valoró a 13 nuevos residentes, tanto por sospecha o riesgo de padecer trastorno deglutorio como para confirmar y establecer tratamiento. En 10 casos el resultado fue positivo, detectando 5 nuevos casos de disfagia (15,1% de los ingresos), alcanzando así un 33,3% de pacientes con disfagia entre los nuevos ingresos. Se observa que, en los casos de disfagia, el 90,9% de ellos tenían un nivel de dependencia grave o total, el 93,9% un MMSE < 24 y en todos los casos había un problema de nutrición. El 27,2% de los residentes con disfagia fallece en ese año.
Conclusiones: Se confirma la importancia de utilizar un método clínico de detección de disfagia en este tipo de población, permitiendo detectar casos infradiagnosticados. Nos planteamos incluir el MECV-V como método de valoración sistemática en la valoración al ingreso en el centro a todos aquellos con MMSE < 24 y/o dependencia total o grave, al margen de los criterios de sospecha ya establecidos para disfagia.

PC-045. LA VELOCIDAD DE LA MARCHA PREDICE LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN CONVALECENCIA Y REHABILITACIÓN GERIÁTRICA. EL ESTUDIO FRAGILIDAD EN REHABILITACIÓN Y ATENCIÓN INTERMEDIA, ESTUDIO LONGITUDINAL DE BARCELONA (FRAIL-BCN)

M. Mesas Cervilla, A. Calle, M. Colominas, N. Maestro, M. Roquè, A. Contra y M. Inzitari
Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

Introducción: Es importante identificar los factores asociados a la recuperación funcional en entornos post-agudos, para afinar en el pronóstico y en los determinantes críticos de esta recuperación. La velocidad de la marcha (VM) es marcador sensible de fragilidad y discapacidad física, pero su papel en convalecencia y rehabilitación geriátrica esta poco estudiado.
Objetivos: Evaluar si VM representa un predictor independiente de recuperación funcional en pacientes con diagnóstico de fracturas e ictus ingresados en una unidad de convalecencia.
Métodos: Estudio observacional de cohortes de ingresos por fractura de fémur e ictus en unidades de convalecencia del Hospital Pere Virgili (2015-2016). Recogimos variables demográficas, estado civil, diagnostico principal, comorbilidad (I. Charlson), estado funcional (I. Barthel (IB), I. Lawton) y cognitivo (Mini Mental State Examination (MMSE)) al ingreso, y velocidad de la marcha al ingreso (VMi) y a 30 días (VM_{30}). Variable dependiente: mejora en IB a l 30 días (IB_{30}) respeto al ingreso.
Resultados: Se estudiaron 189 pacientes, 133 mujeres (70,4%), con edad media (83,41 ± 6,7), con diagnóstico de fractura 101 (53,4%) e ictus 88 (46,6%) y con discapacidad moderada al ingreso (IB = 42,9 ± 18,2). La VMi media fue 0,1 ± 0,1 m/s, a 30 días 0,3 ± 0,3 m/s, y el promedio de mejora de 0,2 ± 0,3 m/s. En un análisis multivariado (regresión lineal), VMi no se asociaba significativamente a la mejora funcional. En cambio, VM_{30} y mejora de VM_{30} respeto al ingreso se asociaban significativamente con la mejora de IB_{30} ($p < 0,001$), independientemente de deterioro cognitivo y comorbilidad, que también resultaron predictores independientes. En el modelo, edad, sexo, estado civil e IB al ingreso no se asociaban independientemente a la mejora funcional.
Conclusiones: A pesar de una VM al ingreso muy baja (muchos no andaban al ingreso) en pacientes de convalecencia y rehabilitación, se aprecia una mejora funcional relevante a 30 días, siendo éste un marcador independiente de mejora funcional (según literatura cambios ≥ 0,1 m/s tienen impacto). Nuestros datos sugieren la importancia de medir la evolución de la VM a los 30 días como posible factor pronóstico. Estudios de intervención futuros podrían considerar VM como marcador clave en rehabilitación geriátrica.

PC-046. COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS FRACTURAS INESTABLES DE CADERA POR FRAGILIDAD QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE UN CENTRO DE MEDIA ESTANCIA HOSPITALARIA EN RELACIÓN A LAS FRACTURAS CON CARGA DE LA EXTREMIDAD AFECTA DE FORMA INMEDIATA

J.M. Cancio Trujillo, M.T. Trullols Cardona, F.J. Afonso Argiles y S. Santaeugenia González
Centre Sociosanitari El Carme, Badalona.

Objetivos: Es conocida en la bibliografía la idoneidad de la carga de la extremidad afecta por una fractura de forma inmediata en el postoperatorio. Con un inicio precoz del proceso rehabilitador tras la cirugía. En ciertas fracturas dada su conminución, el proceso quirúrgico no es capaz de estabilizar el foco de fractura, y se requiere de un periodo no protocolizado de descarga absoluta de la extremidad afecta, que alarga su estancia hospitalaria. Consolidado dicho foco de fractura podrán iniciar progresivamente la carga de la extremidad y la reeducación de la marcha. Dichas fracturas suponen una elevada estancia media. Poner en evidencia la importancia de las fracturas en descarga por inestabilidad, y como aún sus largas estadas medias hospitalarias, sus funcionalidades finales son muy parecidas a las fracturas con carga inmediata.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo entre los años 2012-2015, de la totalidad de fracturas de cadera ingresadas en nuestra Unidad (n: 301). Con un primer grupo de inestables (n: 89), frente a un segundo grupo de estables (n: 212). Procedentes de los hospitales de agudos de nuestra región sanitaria con objetivo rehabilitador.
Resultados: Nuestra población corresponde a un 83% de mujeres en relación a los hombres en descarga, frente al 70% con carga inmediata. Con una edad media de 84 años, en ambos grupos. La estancia media es de 115 días en el primer grupo, frente a 70 días en el segundo. Dichas fracturas corresponden en un 53% a extracapsulares de cadera frente al 42%, 26% intracapsulares, frente al 50% y periprotésicas el 21% frente al 8%. Índice de Barthel previo del 31, y al alta 60. En el segundo grupo es de 36 inicial y de 67 al alta. con una ganancia funcional de 29 puntos, frente a 31. Alta a domicilio en el 71% frente al 89%. Existe correlación estadísticamente significativa.
Conclusiones: Estas fracturas, suponen unas estancias medias perlongadas en nuestro servicio, aunque las ganancias funcionales de 21 puntos de la totalidad del proceso rehabilitador y autonomía de la marcha, justifican dicho procedimiento.

PC-047. ARTROSIS DOLOROSA DE COLUMNA LUMBAR TRATADA CON OXICODONA/NALOXONA EN PACIENTES ≥ 75 AÑOS: EVOLUCIÓN DEL DOLOR, LA FUNCIONALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA

V. de Sanctis Briggs[1], J.M. Jiménez Páez[2], J.M. Mirasol García[3], R. Fernández García[4], A.M. Callejo Orcasitas[5], J. Gomis Ferraz[6] y M. Serrano[7]
[1]Centre Mèdic Catalonia, Barcelona. [2]Clínica Dr. Jiménez, Córdoba. [3]Consulta Dr. Mirasol, Palma de Mallorca. [4]Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. [5]Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao. [6]Consulta Dr. Gomis, Xàtiva. [7]Departamento Médico de Mundipharma Pharmaceuticals.

Objetivos: Determinar la evolución del dolor, discapacidad lumbar y calidad de vida (CdV) de pacientes ≥ 75 años con artrosis dolorosa moderada-intensa de columna lumbar, tras 3 meses en tratamiento con oxicodona/naloxona (OXN).
Métodos: Subanálisis de un estudio observacional, multicéntrico, de 6.000 pacientes con artrosis dolorosa, evaluados mediante cuestionarios validados en dolor (BPI), funcionalidad (Oswestry: columna, Lequesne: cadera y rodilla, y Quick-DASH: miembro superior, cumplimentando la escala correspondiente a la articulación más afectada a criterio del paciente) y calidad de vida (Termómetro EuroQoL-5D). En este subanálisis se incluyeron los pacientes ≥ 75 años, que acudieron en primera visita a la consulta a causa de dolor artrósico en la columna lumbar, con intensidad $EVA_{0-10} \geq 4$, y cuyo tratamiento fue OXN según criterio del investigador. En este análisis la funcionalidad fue evaluada mediante el cuestionario de Oswestry (0% no discapacidad y 100% máxima discapacidad).
Resultados: 393 pacientes con artrosis lumbar dolorosa, mujeres 72,5%, edad media 79,7 ± 4 años. Artrosis primaria 96,2%, siendo la artrosis traumática el 2,4%. En el 60,8% de los pacientes el tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de la artrosis fue ≥ 5 años. El 35% de los pacientes además de artrosis lumbar presentaron artrosis en miembros inferiores y el 16,3% en miembros superiores, siendo estas localizaciones sintomáticamente menos relevantes para el paciente. Mejoría significativa del 46,9% en el alivio del dolor medio (ENV_{0-10}) a los 3 meses de estudio, descendiendo la puntuación de 6,6 a 3,5 ($p < 0,001$). El 75% de los pacientes obtuvieron un alivio del dolor ≥ 30% y un 52,7% de pacientes alcanzaron un alivio sustancial del dolor, ≥ 50%. El grado de discapacidad de la columna mejoró un 42,5%. De una discapacidad funcional media basal grave del 56,9% descendió a una discapacidad moderada del 32,7% ($p < 0,001$). Mejora media del 34,6% en calidad de vida, pasando de 39,4 ± 19,7 puntos en visita basal a 60,3 ± 20,5 puntos en el mes 3 ($p < 0,001$) (EuroQoL-5D).
Conclusiones: El tratamiento con oxicodona/naloxona de pacientes ≥ 75 años con artrosis dolorosa lumbosacra obtienen mejoría clínicamente significativa en el control del dolor, en el grado de discapacidad lumbar y en la calidad de vida.

PC-048. ¿CÓMO ES EL PACIENTE MAYOR CON PATOLOGÍA TUMORAL SEGUIDO POR PALIATIVOS?

S. Fernández-Villaseca, L. García-Cabrera, A. Gómez Roncero, I. Cañada Millas, A. Díaz Álvaro, A.J. Cruz-Jentoft y L. Rexach Cano
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir la epidemiología, características clínico-oncológicas y evolución de los pacientes de 80 o más años con patología neoplásica, valorados por un Equipo de Cuidados Paliativos durante la hospitalización.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ≥ 80 años ingresados en un hospital terciario, con enfermedad tumoral activa (previa o diagnosticada durante el ingreso) y valorados por el Equipo de Paliativos, durante un año. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, oncológicas, comorbilidad y mortalidad.
Resultados: 167 pacientes incluidos (51,5% mujeres, edad media 85,9 ± 4,7 años). La comorbilidad calculada por CIRS-G fue 2,3 ± 0,5, el 75,4% presentaban deterioro funcional previo al ingreso, el 16,8% presentaban demencia y el 71,3% polifarmacia (media 6,4 ± 3,4 fármacos). Un 65,6% tenían proteínas totales < 6,5 mg/dL y un 74,3% valores analíticos compatibles con desnutrición. La mayoría estaban ingresados en Medicina Interna y Geriatría (39,5%), seguido de Oncología (24%); y los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea (18,9%), dolor (18,6%) y cuadro constitucional (10,2%). Las neoplasias más frecuentes fueron: pulmonar (16,8%), colorrectal (16,2%), hematológica (15%) y hepato-bilio-pancreática (13,8%), presentando enfermedad diseminada el 67,7%. El 37,7% fueron de nuevo diagnóstico. No se completó el estudio diagnóstico en el 15%, principalmente por comorbilidad, mala situación basal o edad avanzada (60%). El 46,7% presentaban supervivencia esperada < 30% al mes (PAP-score > 11) y el 38,9% PPS ≤ 30. Recibieron tratamiento de intención curativa con cirugía, quimioterapia o radioterapia 2,8%, 18,6% y 8,4%, respectivamente. Fueron valorados por el Equipo de Paliativos a los 8,3 ± 7,7 días de ingreso, para control de síntomas (36,5%) o provisión de cuidados (63,5%), derivándose a Unidad de Cuidados Paliativos (37,7%) y a domicilio con seguimiento por Equipo Domiciliario (22,2%). Presentaron una estancia media 14,3 ± 9,7 días. 33,5% fallecieron durante el ingreso (25% precisaron sedación paliativa).
Conclusiones: Los pacientes mayores hospitalizados y con neoplasia activa presentan con frecuencia dependencia, comorbilidad, marcadores

analíticos de desnutrición y sintomatología inespecífica. Sus neoplasias son principalmente de origen pulmonar o digestivo, frecuentemente en estadios avanzados y pocos reciben tratamiento activo. La valoración por Cuidados Paliativos facilita el control sintomático y la provisión de cuidados al alta, aunque un tercio fallece durante el ingreso.

PC-049. PROYECTO DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA Y CONTINUA EN PERSONAS CON NECESIDADES SANITARIAS Y SOCIALES

J. Miranda Aretxabala[1], E. Irastorza Salgado[1], A. Gonzalo García[2] y J.I. Gallo Fernández[2]
[1]Centro Birjinete, Bilbao. [2]OSI Bilbao-Basurto, Bilbao.

Objetivos: Establecer vías de coordinación y comunicación adecuados entre el sistema sanitario y el social, que faciliten la atención integrada de las personas, garantizando la continuidad de cuidados médicos, de enfermería y sociales, así como permitir el acceso a la historia clínica Osabideglobal a los profesionales sanitarios de centros asistenciales ajenos a Osakidetza.
Métodos: El Centro Asistencial Birjinetxe, (centro público, gestionado por el IFAS, organismo autónomo de la DFB) es elegido como centro piloto para el desarrollo de este proyecto. Dispone de 60 plazas cofinanciadas por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Bizkaia para personas con necesidades sociosanitarias con perfiles de convalecencia y cuidados al final de la vida y otras 40 plazas permanentes para atención a personas con discapacidades físicas graves. Para ello se establecen reuniones entre la OSI Bilbao-Basurto, Hospital Basurto, Hospital Santa marina, Departamento de Salud, Departamento de Acción Social y Centro Birjinetxe. Se promueve la creación de canales de comunicación estables para compartir información y establecimiento de protocolos conjuntos de actuación, así como acuerdos en procedimientos, tratamientos y derivaciones.
Resultados: En junio 2014 se implanta Osabideclinic y Presbide, que permiten visionar la historia clínica y actualizar tratamientos al alta del centro para conocimiento del MAP. Posteriormente (junio 2015) se implanta Osabideglobal y se realizan ingresos y altas como una unidad hospitalaria más (eOsabide). Se realizan sesiones de formación específicas a enfermería para el manejo de la herramienta de cuidados Osanaia. Así mismo, se cuenta con sistemas de teleatención remota de consultas no presenciales con servicios hospitalarios (Radiología, Medicina Interna, Cardiología, Dermatología y Unidad de UPP). En diciembre de 2015 se ha empezado a trabajar en desarrollo de la interoperabilidad entre los sistemas de información de ambos sectores (sanitario y social).
Conclusiones: La acción coordinada de ambos sistemas está repercutiendo de manera positiva en la atención integral al paciente. Los canales de comunicación establecidos permiten una mejor información y comunicación entre los profesionales del centro, hospitalarios y de atención primaria, tanto al ingreso como al alta del centro, en los evolutivos, en el plan de cuidados y actualización de tratamientos.

PC-050. POLINEUROPATÍAS EN ANCIANOS. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

C. González Medina, M.E. González Medina, O. Sepúlveda Palma, F. Villanueva Pardo, A. Salinas Barrionuevo, M. Franquelo Vega y A.B. Palomo Cañestro
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar los informes neurofisiólogicos de ancianos diagnosticados de polineuropatía durante el año 2015, determinando el patrón de afectación predominante.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: pacientes mayores de 65 años remitidos por un servicio de medicina interna cuyo motivo de consulta fue sospecha de polineuropatía. Se realizaron estudios electrofisiológicos para diferenciar patrón de afectación predominantemente axonal o desmielinizante. En las polineuropatías axonales en el estudio de conducción nerviosa, la velocidad de conducción es normal o ligeramente disminuida, con disminución de la amplitud del potencial evocado motor o sensitivo y latencia distal motora normal o ligeramente aumentada. Las polineuropatías desmielinizantes se caracterizan en el estudio de conducción nerviosa por una disminución de la velocidad de conducción, prolongación de las latencias distales, dispersión o bloqueo del potencial de acción evocado. En el electromiograma se muestra un patrón neurógeno con signos de denervación crónica o subaguda/activa.
Resultados: Del total de informes realizados (1.027) presentan criterio de inclusión según los hallazgos electrofisiológicos cuya conclusión es polineuropatía: 17 informes: 13 hombres y 4 mujeres. Se realiza diagnóstico diferencial en: polineuropatía sensitivo motora axonal, de predominio distal: 10 casos (3 de ellos con antecedentes de diabetes mellitus tipo II); polineuropatía sensitivo axonal de predominio distal: 6 casos (1 de ellos con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y 1 con antecedente de vasculitis tipo panarteritis nodosa); polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda: 1 caso.
Conclusiones: En nuestro estudio las polineuropatía sensitivo motora axonal fue la polineuropatía más frecuente, siendo la diabetes mellitus tipo 2 el antecedente que encontramos en mayor número de casos. El estudio electrofisiológico es la principal herramienta diagnóstica ante una sospecha de polineuropatía permitiéndonos caracterizarla en polineuropatías axonales o desmielinizantes.

PC-051. ÍNDICE PRONÓSTICO DE MORTALIDAD AL AÑO DEL ALTA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS INGRESADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA AGUDA

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

Objetivos: Desarrollar y validar una escala pronóstica de mortalidad al año en pacientes mayores de 80 años ingresados por patología médica aguda.
Métodos: Estudio longitudinal de los pacientes de 80 o más años ingresados por patología médica en una Unidad Geriátrica de Agudos durante el año 2009. Se aleatorizó los pacientes en dos cohortes, de derivación y validación. Se analizaron los factores pronósticos de mortalidad al año del alta en la cohorte derivación, incluyendo en el modelo aquellos con significación estadística de $p < 0,20$ en el análisis bivariante, realizando posteriormente un análisis de regresión de Cox para la mortalidad al año. A cada factor de riesgo independiente se le asignó una puntuación en base al Odds Ratio. Se dividió la muestra en cuartiles basándose en la puntuación de riesgo y se calcularon las curvas ROC. Se comprobó el modelo en la cohorte de validación para confirmar los resultados.
Resultados: Se analizaron 969 pacientes, edad media (88,7 años, 69% mujeres). Los factores pronósticos asociados de forma independiente a la mortalidad al año fueron: edad (90-94 años 1 punto, ≥ 95 años, 2 puntos), sexo varón (1 punto), estancia ≥ 10 días (1 punto), ingreso por neumonía aspirativa (1 punto), I. Charlson ≥ 3 (1 punto), I. Barthel previo (0-39: 3 puntos, 40-79: 2 puntos; 80-99: 1 punto), deterioro funcional al alta (IB alta- IB ingreso ≥ 10 puntos) (1 punto), albúmina < 3 g/dl al ingreso (1 punto). En la cohorte derivación, la mortalidad al año aumentó desde el 18,6% en el cuartil inferior de riesgo (0-2 puntos) hasta el 73,2% en el grupo de mayor riesgo (≥ 6 puntos). En la cohorte de validación la mortalidad varió desde el 14,3% en el grupo de menor riesgo hasta el 69,2% el cuartil de mayor riesgo. El área bajo la curva fue de 0,74 (IC95% 0,70-0,79) en la cohorte derivación y de 0,75 (IC95% 0,68-0,81) en la cohorte validación.
Conclusiones: En pacientes muy ancianos, una escala sencilla, basada en datos sociodemográficos, clínicos, funcionales y analíticos

podría dar información sobre la probabilidad de mortalidad al año del alta hospitalaria.

PC-052. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE DELIRIUM Y SUS SUBTIPOS EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

L. Valdez Disla, L. Hernández Sánchez, A. Merello de Miguel, B. Montero Errasquín y A.J. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Analizar la prevalencia e incidencia de delirium y sus subtipos en pacientes ingresados en una Unidad de Ortogeriatría (UOG) para cirugía de fractura de cadera durante un periodo de 3 meses. Se trata de un análisis preliminar de datos, dentro de un proyecto más amplio que se está llevando a cabo para validar una escala de gravedad del delirium.
Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ≥ 80 años que ingresaron para cirugía por fractura de cadera en una UOG de un hospital terciario entre octubre y diciembre de 2015 y que firmaron el consentimiento informado. Se recogieron datos sociodemográficos y de situación basal. Se utilizó la escala CAM (Confussion Assessment Method) al ingreso (para medir la prevalencia) y a las 48 horas (para medir la incidencia de delirium), la escala MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) para clasificar su gravedad y se determinaron los subtipos clínicos de delirium cuando éste estaba presente.
Resultados: Se estudiaron 44 pacientes (edad media 86 años, 90% mujeres). Destacaba una alta prevalencia de hipertensión arterial (75%), deterioro cognitivo (31%), depresión (31%), osteoporosis (31%), hipoacusia (34%) y alteración de la visión (25%). Tenían un índice de Barthel medio de 77, un índice de Lawton medio de 4 y un FAC medio de 4. El 70% tomaba más de 7 fármacos. La prevalencia de delirium al ingreso fue de 13% (hiperactivo 33%, mixto 67%). La incidencia durante el ingreso fue de 21% (hiperactivo 37%, mixto 50%, hipoactivo 13%), con una gravedad media según la escala MDAS de 14,7 (moderada). La presencia de delirium al ingreso o su aparición durante la hospitalización se relacionó con la presencia de deterioro cognitivo previo (p: 0,05 y 0,02 respectivamente).
Conclusiones: Un tercio de los pacientes ingresados por fractura de cadera sufren un delirium al ingreso o en las primeras 48 horas de hospitalización. La gravedad del delirium es moderada y el subtipo más frecuente es el mixto.

PC-053. DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE FÁRMACOS DESPUÉS DE RECIBIR TRATAMIENTO BALNEOTERÁPICO

A. Hernández Torres[1], M.T. Ortega Maján[2] y D. Júdez Legaristi[3]
[1]ISCIII/Fundación Bílbilis, Madrid/Calatayud. [2]Hospital Reina Sofía, Tudela. [3]Hospital de Alcañiz, Alcañiz.

Introducción: Las aguas mineromedicinales constituyen uno de los más viejos procedimientos curativos. Se consideran un medicamento natural, por lo que se pueden utilizar de manera complementaria a terapias farmacológicas y quirúrgicas, además de tener importancia en la prevención de enfermedades.
Objetivos: Cuantificar y evaluar el consumo de fármacos antes de empezar el tratamiento balneoterápico e identificar los cambios producidos al finalizarlo "in situ" y a los dos meses de seguimiento.
Métodos: Estudio cuasi experimental, antes después de las personas beneficiarias del Programa del Termalismo Social del IMSERSO que acudieron a un balneario. A dichos pacientes se les administró un cuestionario de diseño propio en tres momentos (llegada al balneario, salida y a los dos meses de la salida).
Resultados: Participaron 221 personas. El porcentaje de respuesta al segundo cuestionario fue del 100% y del 98,6% al tercero. A la entrada al balneario 203 (91,9%) personas tomaban al menos un fármaco, siendo la media de fármacos pautados por persona de 3,64 (DT 2,4). Al analizar los cambios ocurridos tras la cura balnearia en los tres momentos analizados se observó que hubo diferencias estadísticamente significativas, con una tendencia decreciente, en el consumo de fármacos cuando se comparó la entrada con la salida del balneario y la entrada con los dos meses de seguimiento. No se encontraron diferencias al comparar los fármacos que tomaba a la salida del balneario con los que tomaba a los dos meses. Los cambios más llamativos fueron que 32 personas (39,5%) de las que tomaban fármacos no pautados dejan de tomarlos y que 25 personas (36,8%) que tomaban tanto fármacos pautados como no pautados, a la salida del balneario sólo toman los pautados. Entre la llegada y los dos meses, 35 personas (43,8%) dejaron de tomar fármacos susceptibles pautados, además de 22 personas (32,8%) que tomaban tanto fármacos pautados como no pautados a los dos meses sólo tomaban los pautados.
Conclusiones: La balneoterapia produjo un descenso en el consumo de fármacos y por lo tanto una disminución en la demanda de asistencia sanitaria.

PC-054. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS TRATAMIENTO BALNEOTERÁPICO EN UN GRUPO DEL IMSERSO

A. Hernández Torres[1], M.T. Ortega Maján[2] y D. Júdez Legaristi[3]
[1]ISCIII/Fundación Bílbilis, Madrid/Calatayud. [2]Hospital Reina Sofía, Tudela. [3]Hospital de Alcañiz, Alcañiz.

Introducción: La esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente en los países desarrollados, siendo la consecuencia directa el "envejecimiento del envejecimiento", así las personas mayores son cada vez más mayores, pero también más vulnerables y dependientes. Esto supone un desafío a la ciencia y a la sociedad ya que la edad está asociada a la enfermedad y ésta a la discapacidad. El indicador Esperanza de Vida libre de Discapacidad cobra cada vez más relevancia al medir más la "calidad" que la "cantidad".
Objetivos: Analizar los cambios en el estado de salud percibido tras recibir tratamiento balneoterápico.
Métodos: Estudio cuasi experimental antes después de las personas beneficiarias del Programa del Termalismo Social del IMSERSO que acudieron a un balneario. Se les administró el cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF12 a la llegada al balneario y a los dos meses de la salida. Se calcularon las puntuaciones estandarizadas, según edad y sexo según la población general americana de 2009, de las ocho dimensiones (salud general, función física, rol físico, dolor corporal, rol emocional, salud mental, vitalidad y función social), del componente sumario físico (CSF) y mental (CSM). La escala de las puntuaciones fue de 0 a 100 puntos. Además, para calcular el tamaño del efecto se estimó también el impacto clínico.
Resultados: Participaron 221 personas, siendo la tasa de respuesta al segundo cuestionario del 98,6%. Se observaron mejoras estadísticamente significativas en las ocho dimensiones y en los dos componentes sumario (en el CSF, a la llegada, el 48,4% presentaban puntuación superior a 50 mientras que a la salida aumentó a un 53,2%; en el CSM: 53,4% vs 70,6%). Al calcular el impacto clínico, la mejoría fue moderada mientras que fue leve en las dimensiones salud mental, salud general y en el componente sumario mental.
Conclusiones: Se obtuvo mejoría en la percepción de la calidad de vida de los agüistas ya que en los balnearios se aplican terapias adicionales a los tratamientos habituales. Además, son lugares donde prima el reposo físico y psíquico, la dieta adecuada, el ejercicio, el entorno natural y la tranquilidad.

PC-055. PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE LA DISFAGIA

F. Pozo Rodríguez y M.I. Bujosa Taylor
Hospital General de Mallorca, Palma de Mallorca.

Introducción: En esta comunicación se pretende dar unas pinceladas sobre el problema de la disfagia, la clasificación y complicaciones que pueden surgir de ésta, y fundamentar los beneficios de un abordaje

multidisciplinar del diagnóstico y tratamiento, para así proponer las mejores estrategias de intervención para prevenir las complicaciones y aumentar la calidad de vida de las personas que la padecen, todo ello a través de la instauración de un protocolo para la disfagia.
Objetivos: Dar importancia a un abordaje multidisciplinar Necesidad de trabajar utilizando un protocolo y estudiar los resultados realizados tras su puesta en marcha, para evaluar las actuaciones del equipo multidisciplinar. Potenciar la formación de los profesionales que realizan los cuidados de los pacientes, así como instruir a los cuidadores en el manejo de la disfagia.
Métodos: Desde nuestra unidad, se instaura un protocolo de actuación a la disfagia, e iniciamos un estudio, que tras 1 año de la puesta en marcha del mismo, medimos los beneficios obtenidos para validar los resultados tras la aplicación de dicho protocolo.
Resultados: Tras la introducción del protocolo, hemos observado que ha mejorado de modo significativo la atención al paciente disfágico, tanto desde el punto de vista de la detección, como del tratamiento del cuadro propiamente dicho. Además, se ha reforzado en éste área, nuestro modelo de actuación multidisciplinar.
Conclusiones: Es un buen instrumento para todos los profesionales que interactúen con estos pacientes afectados de disfagia, para coordinarse de forma eficaz y evitando el solapamiento de funciones específicas de cada profesional, reforzando las competencias que debe realizar cada miembro del equipo. Así mismo, recordar la gran utilidad que supone este protocolo para ayudar a la educación sanitaria del paciente y de sus cuidadores.

PC-056. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME)

M.P. García Caselles, M. Cabello, J. Leal, P. Sánchez, S. Burcet, M. Riera y O. Vázquez
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes con patología vascular ingresados en una UME y analizar el desarrollo de su proceso.
Métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron procedentes del S. de Cirugía Vascular en una UME durante 1 año (junio de 2014-mayo de 2015). A todos ellos se les realizó una valoración e intervención geriátrica, así como seguimiento conjunto semanal con un cirujano vascular en la unidad.
Resultados: La edad media de los 92 pacientes fue de 73 ± 11 (69,57% hombres, 30,43% mujeres). Las medias del I. de Barthel al ingreso/alta y del I. de Lawton fueron de 45,9 ± 24,1/67,9 ± 26,8 y 3,3 ± 2,8 respectivamente. La comorbilidad fue de 3,8 ± 1,8 (I. de Charlson). Un 82,6% tuvieron trastorno de la marcha, mientras que un 60,8% realizaron rehabilitación en sala de terapia. Los trastornos de la esfera cognitiva/afectiva fueron 11,96% demencia, 10,87% delirium, 31,52% depresión y 46,74% insomnio. Un 76% presentaron malnutrición y un 100% polifarmacia. La media de síndromes geriátricos fue de 5,46. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron las curas tras bypass (29%), amputación digital (22%) y cura de úlceras (21%); las amputaciones mayores (infra y supracondílea) se dieron en un 10%. Se realizaron curas a presión negativa en un 21,74%. Un 67,39% tuvieron algún tipo de infección nosocomial. El número de ingresos en la unidad fue de 1 (69,57%) a 4 (1,09%); un 25% precisaron dos. Para dar continuidad al proceso en un 18,48% fueron trasladados a una unidad de larga estancia y en un 15,22% a hospital de día de geriatría. Su estancia media fue de 31,66 días. La mortalidad fue de un 1,09%.
Conclusiones: Los pacientes fueron predominantemente hombres con elevada comorbilidad y presencia de síndromes geriátricos y que, a pesar de ello, presentaron baja mortalidad en la unidad. En más de un tercio de los casos se consideró necesario mantener la vinculación a unidades asistenciales geriátricas.

PC-057. VALORACIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL EN PSICOGERIATRÍA

J. Alustiza[1], T. Marcellán[2], R. Rodríguez[3], L. Moreno[1], J.J. Roldán[1] e I. Francés[4]
[1]Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui, Alsasua. [2]Casa Misericordia Pamplona, Pamplona. [3]Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca. [4]Departamento de Derechos Sociales, Navarra.

Objetivos: Analizar la capacidad funcional y física de ancianos ingresados en una unidad psicogeriátrica. Diseñar una escala evaluadora de la capacidad física en el anciano.
Métodos: Estudio prospectivo sobre los ingresos del 2015 en una unidad de psicogeriatría a los que se les realiza tratamiento fisioterápico como parte de un abordaje integral. Variables a analizar: sexo, edad, procedencia al ingreso y destino al alta, días de estancia. Valoración al ingreso y alta: Barthel; Test Alusti completo (movilidad independiente 70-78, mayormente independiente 60-69, mayormente dependiente 50-59, dependiente < 50): movilidad articular pasiva de las cuatro extremidades (0, 1, 2), balance muscular activo de las cuatro extremidades (0, 1, 2, 3, 4, 5), transferencia decúbito supino-sedestación (0, 1, 2, 3, 4, 5), control del tronco en sedestación (0, 1, 2, 3, 4, 5), transferencia sedestación-bipedestación (0, 1, 2, 3, 4, 5), mantenimiento en bipedestación (0, 1, 2, 3, 4, 5), capacidad de marcha (0, 5, 10, 15, 20, 25), radio de acción de marcha (0, 1, 2, 3, 4, 5). MMSE al alta. Mejoría al alta (si, no). Análisis: SPSS.
Resultados: Casos analizados 135. Mujeres 72 (53,3%), Edad media 80,95 años (DE 8,6, máx 95, min 48). Estancia: 30,7 días (DE 14, máx 81, min 4), MMSE al alta: media 11 (DE 7,6, máx 29, min 0). Procedencia: domicilio 86 (64%), residencia 10 (7,4%), hospital 39 (29%). Destino alta: domicilio 88 (65,2%), residencia 37 (27,4%), hospital 9 (6,7%), exitus 1 (0,7%). Mejoría al alta: si 125 (92,6%), no 9 (6,7%). Barthel (< 40, 45-50, 60-80, 85-100) al ingreso: 68 (50,45%), 23 (17%), 26 (19,3%), 18 (13,3%); al alta: 35 (26,9%), 35 (25,9%), 30 (22,2%), 29 (21,5%) p < 0,005. Test Alusti al ingreso: movilidad dependiente 55 (40,7%), mayormente dependiente 16 (11,9%), mayormente independiente 23 (17%), independiente 29 (21,5%). Test Alusti al alta: movilidad dependiente 22 (16,3%), mayormente dependiente 11 (8,1%), mayormente independiente 44 (32,6%), independiente 41 (30,4%) p < 0,005.
Conclusiones: 1. La fisioterapia en unidad de psicogeriatría aguda mejora la capacidad funcional y física de los ancianos. 2. El test Alusti puede servir como medida evaluadora de la capacidad física de ancianos.

PC-058. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL

A.C. Gama, S.M. Caicedo, S.B. Vargas, M.M. Benito, C.I. Herrera y C.I. Giraldo
San Ignacio, Bogotá.

Introducción: El hospital día del Centro de memoria y cognición Intellectus es un espacio grupal de intervención multimodal, en el que se realizan acciones dirigidas a personas diagnosticadas con enfermedades neurodegenerativas y sus familias. La atención centrada en la persona, asegura una intervención ajustada a sus necesidades y capacidades; considerando sus deseos, valores, situaciones familiares, circunstancias y estilos de vida, además, propone un reto para los modelos de servicios sanitarios, en este caso a esa modalidad de hospital de día.
Objetivos: Describir las modificaciones realizadas a la intervención multimodal del hospital día de Intellectus, por los profesionales a cargo, a partir de la adopción del modelo de atención centrado en la persona.
Métodos: Se realizó un análisis cualitativo descriptivo de las actas de las reuniones multidisciplinares del equipo de profesionales en los últimos dos años, las cuales recogen las discusiones y acuerdos de ajustes en las intervenciones para cada uno de los pacientes y sus

familias, así como otros aspectos concernientes al modelo de atención centrado en la persona.
Resultados: Los ajustes más importantes responden al reconocimiento de individualidad de cada una de las personas que asisten al servicio, llevando a que el manejo terapéutico individual en la dinámica grupal sea la tendencia de la intervención. Acciones como el afianzamiento de la relación terapéutica y el reconocimiento de las habilidades, virtudes, limitaciones, comportamientos, necesidades e intereses, permiten la adaptación de la actividad hacia un objetivo particularizado que proporcione mayor sensación de bienestar. De igual manera, la comunicación permanente entre el equipo multimodal facilita que se adecuen acciones desde las distintas disciplinas con un objetivo común; la interacción constante con las familias y cuidadores ha permitido trascender los espacios hospitalarios extendiendo el trabajo del servicio al hogar de las personas.
Conclusiones: El manejo terapéutico individual dentro de una dinámica grupal, el afianzamiento de la relación terapéutica, la comunicación constante con la familia y la comunicación permanente entre el equipo favorece la adaptación y la adherencia de las personas y sus familias a la intervención.

PC-059. NONAGENARIOS CON DEPRESIÓN Y CRONICIDAD

C. Fernández Viadero[1], M.A. Martínez Antón[2], J. Artal Simón[3], M. Jiménez Sanz[4], R. Verduga Vélez[5] y D. Crespo Santiago[6]
[1]Estrategia de Cronicidad, Consejería de Sanidad de Cantabria, Santander. [2]Unidad de Psicogeriatría, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. [3]Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. [4]Unidad de Nutrición, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. [5]Educación para la Salud, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Centro de Cantabria, Santander. [6]Biogerontología, Departamento de Anatomía y Biología Celular, Universidad de Cantabria, Santander.

Objetivos: Uno de los sectores poblaciones sobre los que debe incidir una estrategia de atención a la cronicidad es el de las personas mayores con enfermedad mental. El objetivo del presente estudio es describir la presencia de cronicidad y grado de complejidad de la misma en ancianos nonagenarios con trastorno depresivo en un área sanitaria en el año 2015.
Métodos: Análisis descriptivo mediante herramientas de estratificación de la población, dentro de la Estrategia de desarrollo de Atención a la Cronicidad en un área sanitaria de 316.170 habitantes. De los datos de estratificación poblacional se obtiene el número de patologías crónicas y el grado de complejidad de las mismas en su conjunto, en los ancianos nonagenarios con trastorno depresivo registrado.
Resultados: El número de nonagenarios con trastorno depresivo presente es de 897 (762 mujeres, 84,9%, y 135 varones, 15,1%) con una edad media de 92,7 ± 2,7 años. El 1,8% presentan neoplasia activa, en un 8,2% hay registradas hasta 4 patologías crónicas. El 35,3% presenta entre 5 y 9 enfermedades crónicas y el 54,7% 10 o más patologías crónicas. El 34,3% presenta una complejidad clínica leve, el 23,4% moderada, y el 42,3% una complejidad grave o muy grave.
Conclusiones: Los nonagenarios con trastorno depresivo presentan una comorbilidad muy elevada, según las cifras proporcionadas por las herramientas de estratificación poblacional. Más de la mitad, además de su trastorno depresivo, tiene registradas al menos 10 patologías crónicas, y el grado de complejidad de estos pacientes es elevado o muy elevado en el 42%. De estos datos se desprende la necesidad de desarrollar dispositivos específicos de atención psicogeriátrica con equipos multidisciplinares y enfoque atencional bio-psico-social.

PC-060. IDONEIDAD DE LOS CENTROS DE MEDIA ESTANCIA EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD

M.T. Trullols Cardona, J.M. Cancio, S. Santaeugenia y F.J. Afonso
Centro Sociosanitario El Carme Badalona Serveis Assistencials, Badalona.

Introducción: En la bibliografía actual está ampliamente demostrada la necesidad y utilidad del tratamiento farmacológico de la Osteoporosis en la prevención secundaria de las fracturas por fragilidad.
Objetivos: Comparar la prescripción del tratamiento de la osteoporosis, previo y posterior a su ingreso, en un centro de estancia media, de pacientes con el diagnóstico de fractura de cadera.
Métodos: Estudio retrospectivo de 301 pacientes con fractura de cadera ingresados entre enero del 2012 a diciembre del 2014.
Resultados: Se estudiaron 301 pacientes de los cuales 13 fueron exitus. Un 97% de casos procedían de los hospitales de agudos y el 3% de Atención Primaria. La edad media era de 84 años, de género femenino 74%. Los siguientes resultados expresan los tantos por ciertos de pacientes que reciben los diferentes tratamientos en dos momentos: Previo al ingreso y al alta del centro. Suplementos de calcio y vitamina D. Previo: 13%/Al alta: 81%. Tratamiento antirresortivo. Previo: 6%/Al alta: 37%. Bifosfonatos orales. Previo: 6%/Al alta: 36%. Bifosfonatos endovenosos. Previo: 0%/Al alta: 1%. Tratamiento osteoformador. Previo: 3%/Al alta: 7%.
Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran que el ingreso en un centro de media estancia favorece la prevención secundaria de la fractura de cadera por fragilidad. La totalidad de los pacientes con fractura de cadera reciben suplementos con calcio y vitamina D. El 44% de los pacientes con fractura de cadera recibían tratamiento específico para la osteoporosis al alta del centro.

PC-061. PERFIL DE ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA SEGÚN LA HERRAMIENTA NECPAL EN UNA RESIDENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

X. Azkoitia, L. Iglesias, J.C. Bermejo, E. Alonso y M. Villacieros
Centro Asistencial San Camilo, Tres Cantos.

Objetivos: Describir el perfil de enfermedad crónica avanzada de las personas residentes en un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid.
Métodos: Estudio transversal descriptivo mediante análisis de las historias clínicas de los 146 residentes del centro y 30 del centro de día.
Resultados: De las 176 historias revisadas, 55 (31%) fueron clasificadas como NECPAL positivo y por tanto formaron parte del estudio. De ellos el 63,3% (35) eran mujeres y el resto, 36,4% (20) hombres, con una edad media de 85,54 años (DT = 7,45). La media de estancia fue de 4,4 años (DT = 3,8 años) y todos (a excepción de una persona) padecían patologías no oncológicas. El 29,1% (16) estaban casados, el 63,6% (35) viudos, separados o divorciados y el 7,3% (4) solteros. La respuesta por parte de la responsable médico de la residencia a la pregunta sorpresa *¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?,* en todos los casos fue *no.* En el 41,8% (23) de los casos se detectó presencia de criterios de severidad nutricional, en el 81,8% (45) funcional, y en el 40% (22) otros criterios de severidad y fragilidad extrema. En el 54,5% (30) otros factores adicionales de uso de recursos. Respecto a los indicadores clínicos específicos de severidad y progresión; en 1 (1,8%) persona existía enfermedad oncológica, en el 89,1% (49) enfermedad pulmonar crónica y en la misma proporción enfermedad cardiaca crónica. En el 7,3% (4) existían enfermedades neurológicas crónicas tipo ACVA y en el 14,5% (8) párkinson. En el 3,6% (2) enfermedad hepática crónica grave y en el 5,5%(3) enfermedad renal crónica grave. En el 54,5% (30) demencia.
Conclusiones: Existe un gran porcentaje de personas con enfermedad crónica avanzada en residencias de personas mayores. El instru-

mento NECPAL puede ser de utilidad para describir la complejidad de la asistencia sociosanitaria, donde se observa necesidad de atención paliativa y control sintomático. Por último, se destaca la pertinencia de la planificación anticipada de las decisiones.

PC-062. ASPECTOS SOCIALES DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNA UFISS DE GERIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Santaliestra Marín, T. Teixidor Colomer, C. Pal, M.D.M. Bosque, G. Soria, C. Pérez y A. San José
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes valorados por la UFISS de Geriatría durante el año 2015 que precisaron intervención del trabajador social (TS).
Métodos: Recogida de datos mediante encuesta social al enfermo y/o familia, incorporada en la historia de UFISS. Se realizó un estudio descriptivo con datos correspondientes a pacientes valorados por la UFISS durante el año 2015.
Resultados: De los 1.365 pacientes valorados por la UFISS, 243 (18%) precisaron intervención de TS. La edad media fue de 75 años. Los servicios de procedencia fueron: M. Interna 31,2%, Neurología 17,2, Cirugía general 11,5, Neurocirugía 6,5%, Cirugía cardiaca 5,7%, cirugía vascular 5,4% Neumología 4,1%. El 27,8% de los pacientes valorados vivían solos. El 60,9% procedía de nuestro sector (Barcelona Norte) y el 38,2% de otros sectores. Al alta 36 (14,8%) pacientes regresaron a domicilio, y 175 (72%). requirieron traslado a HAI (hospital de atencion intermedia), de estos fueron 125 (71,42%) a unidad de convalecencia y a unidades de larga estancia 49 (28%) pacientes. El tiempo de demora de traslado a HAI en pacientes valorados por TS fue de 6,2 días, y en los no valorados por TS fue de 2,88 días.
Conclusiones: El perfil del paciente atendido por la UFISS de Geriatría que precisa intervención por parte de trabajo social corresponde a un paciente mayor que vive solo y que precisa de ingreso en unidades de atención intermedia antes de volver a domicilio. La mayoría de pacientes pertenecen a los servicios de M. Interna, Neurología y Cirugía general. Dada la mayor complejidad de los pacientes que requieren intervención por TS la demora en su traslado a HAI fue mayor. Dado que nuestro hospital es de referencia de toda Catalunya hay un número importante de pacientes de fuera de nuestro sector que requieren una valoración y un protocolo especial de trabajo social.

PC-063. SEGUIMIENTO DE PACIENTES MAYORES CANDIDATOS A TRATAMIENTO INTENSIVO: EVENTOS CLÍNICOS AL AÑO

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

Objetivos: Características de pacientes mayores de 80 años que ingresan en UCI y seguimiento de uso de recursos y mortalidad un año tras el alta.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo en pacientes que ingresan en UCI entre los años 2012 y 2014. Evolución y seguimiento durante el primer año tras el alta.
Resultados: 142 pacientes. 22,36% del total ingresos. Distribución por años: 2012: 19,32%, 2013: 22,54%, 2014: 25,90%. Varones 56,3%. Edad media: 83,65 años (80-93). 8 mayores de 90 años Apache II: 12,62 (4-38). Estancia media: 6,57 días. Procedencia: Urgencias 79,6%, hospitalización médica 11,3%, quirúrgica 4,2% otras UCIs 4,9%. Motivo ingreso: síndrome coronario agudo 41,9%, trastornos del ritmo 25,8%, i. cardíaca 6,5%, i. respiratoria 4,8%, PCR 4%, sepsis 4%, neumonía 3,2%, TEP 1,6%. Antecedentes: fibrilación auricular 19,7%, cardiopatía isquémica 26,8%, patología valvular 14,8%, HTA 79,6%, i. cardíaca 18,3%, i. renal crónica 12%, i. respiratoria crónica 12,7%, ACV 16,9%, deterioro cognitivo 8,5%, DM 26,8%, EPOC 14,1%. Complicaciones: infección nosocomial 14,8%, delirium 17,6%. Técnicas: vía central 60,6%, IOT 22,5%, toracocentesis 1,4%, cateterismo cardíaco 44,4%, paracentesis 0,7%, BiPap 12,7%, traqueotomía 2,8%, coronariografía 19%, marcapasos 10,5%, ventilación mecánica 5,6%. Número de fármacos: Ingreso media 6,17 (0-22). Alta media 7,18 (0-17). Mortalidad en UCI: 22,5%, al año: 26,4% Durante el año posterior acuden a urgencias 1 o 2 veces el 41,8%, > 3: 19,1% (39,1% no precisan acudir a servicios de urgencias). El 40% requieren 1 o 2 ingresos hospitalarios, > 3: 10% (50% no ingresan en el primer año). Un paciente reingresó en UCI (0,1%).
Conclusiones: Elevada prevalencia de pacientes de edad avanzada que precisan tratamiento intensivo, con un número creciente de ingresos en años sucesivos. Patología predominante cardíaca que con independencia de su edad son candidatos a técnicas invasivas. Escaso deterioro cognitivo y delirium. Moderada mortalidad durante el ingreso y en el año posterior. Elevado uso de los Servicios de Urgencias, no precisando ingreso en la mitad de los casos.

PC-064. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

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

Objetivos: 1. Determinar las características sociodemográficas y comorbilidad de los pacientes incluidos en el servicio de Hospital de Día Geriátrico (HDG), así como su adaptación. 2. Valorar polifarmacia, nivel cognitivo y funcional previo y al alta del programa 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 (edad, sexo, procedencia y motivo de inclusión). Valoración de comorbilidad (I. Charlson), nivel cognitivo (Pfeiffer), nivel funcional (I. Barthel) y polifarmacia que presentan los pacientes antes y después de su paso por HDG.
Resultados: 103 pacientes. Predominio femenino (63,1%). El 56,3% son octogenarios. La mayoría proceden de hospitalización (84,5%) y un 15,5% de consultas externas. Motivos de inclusión: traumatología (39,8%), enfermedad médica (33%), neurológico-acv (24,3%) y tras enfermedades quirúrgicas (2,9%). Comorbilidad mediante I. Charlson; media 2,23. Presentan polifarmacia el 69,9% y tras HDG el 70,6%, siendo la media de fármacos previa 8,47 y 8,5 tras el alta. Adecuado nivel cognitivo en el 68,6% con Pfeiffer < 3 errores. A nivel funcional (I. Barthel) el 83,5% presentaba una dependencia moderada o mayor (I. Barthel < 65). Mejoría tras programa de HDG, el 69,6% eran independientes o con dependencia leve (I. Barthel > 65).
Conclusiones: Los pacientes incluidos en HDG proceden en gran parte de hospitalización, siendo las enfermedades médicas y traumatológicas (fractura de cadera) las de mayor prevalencia. Como problema fundamental, gran polifarmacia. Se confirma la utilidad del HDG como recursos asistencial en procesos potencialmente graves (fr. cadera y ACV) así como su utilidad en la recuperación funcional de pacientes muy mayores con importante co-morbilidad.

PC-065. PREVALENCIA Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Gea Valero, S.M. Sánchez González y M.J. Oller Sánchez
EAP Horta, Barcelona.

Introducción: La incontinencia urinaria es un problema que afecta gravemente a la calidad de vida de las pacientes que lo padecen y un importante problema sanitario que a menudo sólo puede ser manejado mediante el uso de absorbentes.

Objetivos: Valorar la mejoría en la calidad de vida de estos pacientes y el ahorro del gasto sanitario mediante la adaptación de los absorbentes con un nuevo modelo de abordaje en los domicilios Análisis de variables recogidas, pre y postformación del personal de la unidad de atención a domicilio de un centro de atención primaria y de los cuidadores.
Métodos: Registro de varios ítems en el domicilio pre y postintervención por parte del equipo de enfermería durante el último trimestre de 2015. Se valoró su grado de incontinencia, movilidad, estado cognitivo, frecuencia de cambios, gasto sanitario, número de fugas y estado de la piel.
Resultados: La prevalencia de IU registrada, de un total de 218 pacientes, fue del 38,12%. Se realizó un estudio transversal comparativo de 21 pacientes que utilizaban habitualmente absorbentes de tipo rectangular, anatómico y/o elástico. El 61,54% de la población tenía incontinencia moderada de día y el 13,33% grave de noche. A nivel de movilidad el 53,33% precisaba ayuda parcial para sus actividades básicas de la vida diaria y 33,33% ayuda total. A nivel de estado cognitivo el 40% era incapaz de comunicarse o se comunicaba con dificultad. En la valoración post, comparativamente, se redujo en un 39% el número de cambios, 94% de reducción de fugas y mejoró el estado de la piel un 50% de los pacientes. A nivel económico supuso un 35% de ahorro y a su vez se redujo el gasto medioambiental en un 48,36%.
Conclusiones: Un tratamiento individualizado y una correcta formación en la adaptación de absorbentes consigue reducir los costes directos e indirectos para el sistema sanitario y mejora el bienestar del paciente, su entorno familiar y cuidadores.

PC-066. SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES INCLUIDOS EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ABORDAJE DE ENFERMERÍA

M. Gea Valero[1], M.J. Oller Sánchez[1], S.M. Sánchez González[1], M.D.M. de la Hoz Caballero[2], G.M. Cabrera Molina[2] y P. Álvarez Díez[1]
[1]EAP Horta, Barcelona. [2]EAP Congrés, Barcelona.

Introducción: Los cambios demográficos y sociales de las últimas décadas han significado un aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados conllevando un crecimiento de la población en situación de dependencia incrementando la demanda sanitaria, social y familiar, aumentando a su vez los pacientes que permanecen en sus domicilios y reciben cuidados a través de su familia como cuidador principal. Estudios afirman que en España el 88% de los cuidados dedicados a los pacientes domiciliarios son realizados por estos cuidadores y el 90% de sus necesidades básicas de la vida diaria suplidas por ellos.
Objetivos: Describir el nivel de sobrecarga y los conocimientos que tienen los cuidadores y evaluar la posterior efectividad de una intervención grupal educativa al cuidador con sobrecarga de pacientes atendidos por un equipo de atención a domicilio.
Métodos: Estudio intervención con grupo control. Población de estudio: personas cuidadoras de los 278 pacientes incluidos en la unidad de atención domiciliaria de nuestro centro en el momento de realizar el corte durante 2015, considerándose una carga asistencial de 1029. Primero se está registrando la escala Zarit y el índice de esfuerzo del cuidador a todos los cuidadores. Se incluyen en el estudio los cuidadores familiares que obtengan unos resultados con sobrecarga ligera e intensa. Posteriormente se registrarán variables sociodemográficas de paciente y cuidador y un examen de los conocimientos sobre cuidados mediante un test de 10 ítems con respuesta verdadero/falso creado por los formadores antes de iniciar el grupal, y el Barthel y Pfeiffer al paciente. Se realizará la evaluación en dos fases, pre y post intervención grupal y se repetirá la evaluación a los 3 y 6 meses posteriores a la intervención registrando si precisan refuerzo post grupal.
Conclusiones: En las revisiones iniciales de nuestro estudio, se está detectando que la gran mayoría de cuidadores tienen un bajo nivel de formación para un correcto cuidado de este tipo de pacientes. Se debería incidir por tanto en la formación de estos como punto clave en la reducción de su sobrecarga con el fin de ampliar sus capacidades, recursos para cuidar y también para cuidarse.

PC-067. OXICODONA/NALOXONA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ≥ 75 AÑOS CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO: EVOLUCIÓN DEL DOLOR, LA FUNCIONALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA

A. Padrol Munte[1], F.J. Tarazona Santabalbina[2], J.R. Domenech Pascual[2], J.A. Almazán Arjona[3], D. Abejón González[4] y J. Pérez-Cajaraville[5]
[1]Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. [2]Hospital de la Ribera, Alzira. [3]Residencia Geriatric XXI, Granada. [4]Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. [5]Clínica Universidad de Navarra, Navarra.

Objetivos: Evaluar la evolución del dolor, funcionalidad y calidad de vida (CdV) de pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar crónico (DLC), tras 3 meses en tratamiento con opioides.
Métodos: Estudio observacional, multicéntrico de 6.000 pacientes con DLC (EVA_{0-10} ≥ 4). Subanálisis de 1.123 pacientes ≥ 75 años en su 1ª consulta al especialista por DLC moderado-intenso y los resultados según el tratamiento: oxicodona/naloxona (OXN; n = 796) y otros opioides mayores o menores ≠ OXN (OpMm; n = 92). Cuestionarios validados: dolor (BPI), funcionalidad (Oswestry) y CdV (Termómetro EuroQoL-5D).
Resultados: 1.123 pacientes evaluados. Mujeres 72%, edad media 80 ± 4 años. Dolor nociceptivo somático 84%, neuropático 48%, visceral 4%. Evolución DLC ≥ 2 años: 57%. Tiempo medio desde el inicio del dolor lumbar (moderado-intenso) hasta ser atendidos por el especialista que participa en el estudio: 38 meses. El 56% de los pacientes han sido derivados desde Atención Primaria y el 21% por traumatólogos. El 73% había visitado previamente ≥ 2 especialistas. Pruebas diagnósticas en basal: RX 88%, TAC 21% y RMN 44%. Además del tratamiento farmacológico, en el 27% se les programó técnicas intervencionistas (bloqueos 61%, TENS 36,6%, radiofrecuencia 24,4%), en el 10% terapia cognitiva y en un 16% pedir valoración a otro especialista (rehabilitador más demandado). Evolución: mejoría significativa del control del dolor (ENV_{0-10}) en el grupo OXN: -3,2 (47%) vs OpMm:-2,3 (36%). Mejoría significativa de OXN vs OpMm en todos los ítems de interferencia del dolor en CdV ($p < 0,001$). La mejora media de la funcionalidad de columna fue del 42,2% con OXN vs el 29,9% con OpMm. El 80% de pacientes tratados con OXN mejoran tras 3 meses, frente al 61% con OpMm; $p < 0,001$. En la CdV mejoría significativa de OXN (52,1%) vs OpMm (28,1%) en el termómetro y en todas las dimensiones ($p < 0,001$).
Conclusiones: Los pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar crónico tratados con oxicodona/naloxona muestran mejorías significativas respecto a los tratados con otros opioides mayores o menores, tanto en el control del dolor, en la mejoría del grado de discapacidad y en la calidad de vida.

PC-068. CIRCUITO PROTOCOLO DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE PLURIPATOLÓGICOS DE UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

M.I. Bujosa Taylor, F. Pozo Rodríguez y A.M. Segui Geordi
Hospital General de Mallorca, Palma de Mallorca.

Introducción: La disfagia es una discapacidad frecuente en pacientes pluripatológicos, ya que suelen presentar edad avanzada y puede añadirse un deterioro cognitivo. La repercusión de la disfagia puede ser grave y a que es factor de riesgo importante (riesgo de aspiración) y se ha relacionado con estancias hospitalarias más largas, un mayor número de infecciones respiratorias y un alto riesgo de desnutrición,

por lo que el servicio de pluripatología es consciente de lo importante de detectar un caso de disfagia y activar lo antes posible el circuito y coordinación de todos los profesionales de manera multidisciplinar.
Objetivos: Ayudar al éxito del tratamiento con la identificación de la disfagia. Valoración nutricional a través de la nutricionista. Recogida de las variables más importantes de manera protocolaria. Formación continuada a los profesionales en los cuidados y a los cuidadores por parte del equipo multidisciplinar.
Métodos: Estudio retrospectivo desde enero a diciembre del año 2014.
Resultados: Durante el año 2014 en la unida hemos activado 42 interconsultas logopeda y de nutrición donde el 90% son problemas de deglución y donde en la mayoría se asocia un problema de comunicación como algún tipo de disartria secundaria a la patología asociada al paciente (enfermedad neurodegenerativa). Una vez son dados de alta de estos pacientes 13 han continuado de forma ambulatoria rehabilitación logopedia y nutricional de pacientes que han resuelto satisfactoriamente el problema de disfagia (han progresado en la dieta o ha habido extracción de SNG o PEG) 31,5 (75% de los pacientes han tenido buena respuesta al tratamiento de reeducación de la disfagia).
Conclusiones: Los resultados obtenidos fortalecen la importancia seguir el protocolo para un buen funcionamiento del equipo interdisciplinar. La interactuación y la coordinación entre el equipo multidisciplinar supone un ventajoso beneficio positivo tanto en el paciente como en el coste de su estancia hospitalaria.

PC-069. RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE FÁRMACOS AL ALTA Y LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DEMENCIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

H. Badani Prado, M. Zelada Rodríguez, L. Sánchez, Y. Blas, D. Rodríguez González y X. Martí Company
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: Analizar la relación existente entre el número de fármacos al alta con los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD) en pacientes ingresados en una Unidad de Psicogeriatría.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Sant Llàtzer durante el periodo enero a diciembre de 2015. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (comorbilidad según Índice de Charlson, número fármacos al ingreso y al alta), funcionales (Índice de Barthel) y cognitivas conductuales (MEC, NPI-Q). Se incluyeron a todos los pacientes con el diagnóstico de Demencia según DSM-IV en estadio entre 4 y 7 según la clasificación GDS; excluyéndose aquellos que presentaban Deterioro cognitivo y Demencia secundaria a trastorno psiquiátrico de base, síndrome confusional agudo y reingresos. Se realizó un análisis de varianza (Anova) entre número de fármacos al alta con categorías de SCPD (bajo, moderado y alto) según NPI-Q total.
Resultados: Se incluyeron 113 casos, con edad media de 84,1 años (± 8) predominando el sexo femenino en el 61%. El 50,4% de los pacientes tenían más de 85 años, con alta comorbilidad (Índice de Charlson > 3) 26,5, presentando alta dependencia funcional (Índice Barthel < 35) 68%. La estancia hospitalaria media fue de 62 días. El 78% de los pacientes se encontraba en estadios avanzados de demencia (GDS > 6). La media de fármacos al ingreso fue 7,6 (± 3,6) y al alta 7,7 (± 3,6). Se valoraron los SCPD utilizando la escala NPI-Q, con un promedio total de 3,29 (± 2,1) síntomas, siendo categorizados en bajo (0-1) 21,25%, moderado (2-3) 32,75% y alto (> 3) 46%. En el análisis Anova con número total de fármacos se encontró diferencias significativas entre los grupos de NPI-Q bajo vs moderado ($p < 0,00$) y bajo vs severo ($p < 0,004$).
Conclusiones: La mayor prescripción de fármacos al alta se relacionó de forma significativa con el mayor número de SCPD según NPI-Q total.

PC-070. FACTORES PREDICTORES DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

L. Sánchez, M. Zelada Rodríguez, H. Badani Prado, B. Castillo, X. Martí Company y D. Rodríguez González
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: Determinar los factores asociados a deterioro funcional en un año de seguimiento en pacientes ingresados en una Unidad de Psicogeriatría.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Sant Llàtzer durante el periodo enero a diciembre de 2015. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (comorbilidad según Índice de Charlson, polimedicación), funcionales (Índice de Barthel basal, al ingreso, al alta) y cognitivas conductuales (MEC, NPI-Q) y ubicación al alta. Se incluyeron a todos los pacientes con el diagnóstico de demencia según DSM-IV en estadio entre 4 y 7 según la clasificación GDS; excluyéndose aquellos que presentaban Deterioro cognitivo y demencia secundaria a trastorno psiquiátrico de base, síndrome confusional agudo y reingresos. Se realizó un análisis univariante para seleccionar las variables predictoras de deterioro funcional y posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística para establecer el modelo predictivo.
Resultados: Se incluyeron 113 pacientes, predominando el sexo femenino en el 61% de los casos. Se incluyeron en el análisis univariante: edad 84 (± 8 años), índice de Charlson 4 (± 2), fármacos al ingreso 8 (± 4), Índice de Barthel al ingreso 35 (± 25), MEC 11 (± 8), NPI-Q al ingreso 3 (± 2). En el análisis multivariante de regresión logística la comorbilidad, la polimedicación, el minimental y el NPI-Q no parecen predecir de forma significativa el deterioro funcional en pacientes ingresados en una Unidad de Psicogeriatría. La edad predice de forma significativa el deterioro funcional; por cada 10 años de incremento en la edad, aumenta el riesgo de deterioro funcional en un 11,4% ($p < 0,038$); del mismo modo por cada 10 puntos menos del Índice de Barthel al ingreso aumenta el riesgo de deterioro funcional al alta en un 10,31% ($p < 0,024$).
Conclusiones: La mayor edad y el peor Índice Barthel al ingreso predicen de forma significativa el riesgo de deterioro funcional al alta en pacientes ingresados en la Unidad de Psicogeriatría. La comorbilidad, la polifarmacia, el minimental y el NPI-Q no parecen predecir el deterioro funcional.

PC-071. SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DEMENCIA: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

L. Sánchez, H. Badani Prado, M. Zelada Rodríguez, H. Palau Gispert, B. Montes del Río, X. Martí Company y D. Rodríguez González
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: Determinar la prevalencia de síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD) en pacientes ingresados en una Unidad de Psicogeriatría.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Psicogeriatría del Hospital de Sant Llàtzer con el diagnóstico de Demencia, durante el periodo entre enero-diciembre de 2015. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (diagnóstico de ingreso, comorbilidad según Índice de Charlson, polifarmacia, albúmina), funcionales (Índice de Barthel basal, al ingreso, al alta), cognitivas conductuales (GDS, MEC, NPI-Q) y ubicación al alta.
Resultados: Se analizaron un total de 113 historias clínicas, con una edad media de 84,1 (± 8 años), de los cuales 61,1% eran mujeres,

siendo mayores de 85 años el 50,4% de los pacientes. La estancia hospitalaria media fue de 62 días. La demencia mixta fue la más frecuente (47,79%), seguido de la enfermedad de Alzheimer (24,78%) y la demencia vascular (11,50%). El 26,5% tenía una alta comorbilidad (índice de Charlson ≥ 3), el 79,6% estaban polimedicados (≥ 5 fármacos) y en el 27% se objetivó hipoalbuminemia. El 68% de los pacientes presentaban alta dependencia funcional al ingreso (Índice de Barthel ≤ 35). El 74% mantenía la funcionalidad respecto al basal. El 78% se encontraba en estadios avanzados de demencia (GDS ≥ 6), con un valor promedio de MEC de 11 (± 8). La prevalencia de SCPD fue de 84,1% (95 pacientes), con una media NPI-Q de 3,25 (± 2,17), destacando como síntoma más frecuente la apatía (47%), seguido de la irritabilidad (43,4%) y alucinaciones (38,1%); los menos frecuentes fueron la desinhibición (6,2%) y la euforia (2,7%). La ubicación al alta fue: 51,3% domicilio, 26,5% institucionalización y 8% trasladó a Hospital de Agudos. La mortalidad durante el ingreso fue del 14,2%.
Conclusiones: La mitad de los pacientes ingresados en la Unidad de Psicogeriatría presentaban edad avanzada, con elevada prevalencia de dependencia funcional, SCPD, polimedicación y comorbilidad, manteniéndose al alta la funcionalidad en más del 70% de los casos.

PC-072. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN Y VALORADOS POR PALIATIVOS EN EL MISMO INGRESO

S. Fernández-Villaseca, L. García-Cabrera, L. Valdez Disla, I. Lozano-Montoya, M.A. Sancho Zamora, A.J. Cruz-Jentoft y L. Rexach Cano
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Determinar las características sociodemográficas, clínicas, evolutivas y mortalidad de los pacientes mayores que reciben un diagnóstico de patología tumoral durante la hospitalización y en quienes se solicita valoración por un Equipo de Cuidados Paliativos en ese mismo ingreso.
Métodos: Se incluyeron durante un año todos los pacientes 80 años o más diagnosticados de patología tumoral durante la hospitalización y que fueron valorados por el Equipo de Cuidados Paliativos en un hospital terciario. Se recogieron variables sociodemográficas, clínico-oncológicas, comorbilidad y mortalidad.
Resultados: 63 pacientes (57,1% mujeres, edad media 87,1 ± 6,0 años). El 82,5% presentaban deterioro funcional previo al ingreso, el 17,5% presentaban demencia, un 66,7% polifarmacia (media 6,6 ± 4,0 fármacos, el 4,8% estaban institucionalizados. Comorbilidad (CIRS-G) 2,08 ± 0,40. El 77,8% presentan valores analíticos compatibles con desnutrición y el 62,7% proteínas totales < 6,5 mg/dL. Ingresaron en Medicina Interna (49,2%), Geriatría (11,1%) y Gastroenterología (12,7%), siendo el motivo de ingreso: disnea (22,2%), dolor (19%), cuadro constitucional (14,3%) y caídas (12,7%). Fueron diagnosticados durante el ingreso de neoplasia hepato-bilio-pancreática (23,8%), pulmonar (22,2%) y hematológica (14,3%), presentando enfermedad diseminada al diagnóstico un 58,7%. No se completó el estudio en 30,2%, principalmente por comorbilidad, deterioro funcional o edad avanzada. Recibieron tratamiento activo con cirugía o quimioterapia 4 pacientes. Fueron valorados por Paliativos a los 11,5 ± 7,0 días de ingreso, presentaban Barthel 19,5 ± 23,0, 38% PPS ≤ 30, y el 55,6% tenían una supervivencia esperada < 30% (PAP-score > 11). Fueron valorados para control sintomático (38,1%, principalmente astenia [30,2%], dolor [22%] y disnea [7%]); y para provisión de cuidados (61,9%), regresando a domicilio el 6,3%, y siendo el 36,5% derivados a una Unidad de Cuidados Paliativos. Durante la hospitalización falleció el 38,1%.
Conclusiones: Las neoplasias de nuevo diagnóstico en el mayor debutan con sintomatología inespecífica y presentan con frecuencia deterioro funcional previo y marcadores de desnutrición, siendo principalmente de origen digestivo, pulmonar y hematológico. Más de la mitad presentan enfermedad avanzada al diagnóstico y muy pocos reciben tratamiento activo. Presentan un rápido deterioro, con baja supervivencia estimada al mes y elevada mortalidad durante el ingreso.

PC-073. ¿DEPENDE SOLO DE NOSOTROS, LOS PROFESIONALES, QUE LOS PACIENTES ACUDAN A SU CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTES QUE A URGENCIAS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA?

M. Campo de Juan[1], E. Bellerino[1], M. Raurich[2], N. Vallhonrat[1], O. Hernández[3] y S. Blanco[2]
[1]CAP La Serra, Sabadell. [2]Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. [3]SAP Sabadell, Sabadell.

Introducción: Nuestro CAP (Centro de Atención Primaria) se encuentra en el área de referencia del Hospital Corporació Parc Taulí Hospital Universitari, (396.502 habitantes) junto con otros 20 CAPs, los cuales tienen, por la valoración MEDEA, un nivel socio-económico-cultural con grandes diferencias según el barrio de residencia. Los CAPs son auditados en calidad asistencial según el EQA (Estándar de Calidad Asistencial) anualmente. Nuestro CAP (La Serra), atiende a 9.149 pacientes y clásicamente obtiene unos resultados excelentes en EQA. Pero dichos resultados no se han visto reflejados en las visitas de nuestros pacientes a urgencias del hospital de referencia ni en el número de ingresos evitables, comparado con el resto de CAPs territoriales, la mayoría con peores resultados asistenciales a los nuestros. El hospital de referencia, atiende unas 130.000 urgencias al año.
Objetivos: Definir si factores como la distancia respecto al hospital de referencia, EQA y el MEDEA, influyen en las urgencias/ingresos evitables del hospital.
Métodos: Estudio descriptivo. Variables recogidas: EQA, MEDEA, distancia del CAP al hospital de referencia, número de visitas a urgencias del hospital y número de ingresos evitables. El periodo de estudio fue durante el 2014 y 2015.
Resultados: Los CAPs con peor MEDEA, y menor distancia al hospital, son los que tienen mayor número de ingresos evitables y de visitas a urgencias del hospital de referencia, a pesar de EQA de nivel excelente. Los centros con mejor MEDEA, y mayor distancia al hospital, son los que peores resultados de EQA tienen, pero también la menor tasa de ingresos evitables y de visitas a urgencias.
Conclusiones: Los factores que influyen negativamente, como la distancia y el MEDEA, no son modificables, así que habrá que pensar en otras estrategias si queremos incidir en el número de visitas a urgencias o en los ingresos evitables como plan de mejora.

PC-074. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE GERIÁTRICO QUE INGRESA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

S. González Garrido, I. Pans Molina, M.I.D.P. Ridruejo López, A.I. Florido Puerto, M. Riesgo Arias, M.Z. Pérez Sosa y J. Banda Moruno
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Dada la creciente relevancia del anciano en la enfermedad mental, con este estudio pretendemos describir clínica y sociodemográficamente la población neuropsiquiátrica con la que nos encontramos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental en nuestro hospital.
Métodos: Para nuestro estudio descriptivo hemos extraído de los más de 700 ingresos hospitalarios en el año 2014 en nuestra unidad de hospitalización de salud mental a los pertenecientes a la población psicogeriatrica. Definimos dicha población de interés como el conjunto de los pacientes con más 65 años de edad a los que le sumamos aquellos con diagnóstico de deterioro cognitivo (sin incluir a los

pacientes con psicosis defectual o déficit intelectual), obteniendo así una muestra con N = 56 y que representan un 10,18% del total de 550 personas que precisaron uno o varios ingresos a lo largo de los doce meses de estudio.
Resultados: Obtenemos como paciente prototipo mujer de 66,8 años procedente de área rural. Un porcentaje importante de los pacientes estudiados realizaba seguimiento en consultas externas de Salud Mental con orientación diagnóstica de episodio depresivo (23%) seguidos por el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (17,86%). En menor proporción se hallaban representados pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (8,92%), trastorno de ideas delirantes persistentes (7,14%) y trastorno esquizoafectivo (5,36%). El motivo de consulta más frecuente fueron las alteraciones de conducta (33,93% de los casos), seguido de los intentos autolíticos (14,28%). La estancia media en días de ingreso en la población psicogeriátrica superó en un 15% a la de la muestra global de pacientes ingresados en el año 2014 presentando una tasa de reingresos similar (37-39% de las altas).
Conclusiones: En el anciano, los síndromes psiquiátricos presentan formas atípicas y el tratamiento de los mismos debe tener en cuenta las mermas metabólicas, las enfermedades sistémicas de la vejez y la polimedicación, lo que hace del paciente psicogeriátrico un paciente complicado y supone que su estancia media hospitalaria sea mayor. Un gran porcentaje de los individuos analizados padecían depresión, que es una de las mayores afecciones neuropsiquiátricas del anciano; además en esta franja etaria supone un factor de riesgo de suicidio.

PC-075. PSICOFÁRMACOS EMPLEADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON TRASTORNO MENTAL INGRESADO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

S. González Garrido, C. Muñoz Cauqui, M.Z. Pérez Sosa, J. Banda Moruno, E. Llamas López, M.I.D.P. Ridruejo López y M. Riesgo Arias
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Conocer que psicofármacos son los más habituales en los pacientes geriátricos con patología psiquiátrica. Analizar el patrón de prescripción en este tipo de pacientes. Valorar el efecto de la polifarmacia en este grupo poblacional.
Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, sobre una muestra de 550 pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Virgen Macarena (Sevilla) durante el año 2014. Nos quedamos con 56 pacientes que cumplen nuestros criterios de inclusión, esto es que sean mayores de 65 años o bien que estén diagnosticados al alta de deterioro cognitivo.
Resultados: Observamos que al alta hospitalaria un 23,1% presentan la combinación de antidepresivo más ansiolítico, un 23,3% la de un antipsicótico con ansiolítico, un 21,5% solamente antipsicóticos y un 32,1% presentan otras combinaciones ya sea con estabilizadores del ánimo o bien la combinación de antidepresivo más antipsicótico y ansiolítico. En tan solo un 7,1% de los pacientes tratados con antipsicóticos éstos se prescriben en politerapia neuroléptica. La risperidona como antipsicótico en un 25,5%, la sertralina como antidepresivo en un 23%, el lorazepam como ansiolítico en un 31% y el lormetazepam como hipnótico en un 27% fueron los psicofármacos más utilizados. Respecto a otros fármacos el ácido valproico está pautado en el 13% de los pacientes y el uso de anticolinérgicos como el biperideno está presente en el 10% de los casos. Además de media cada uno de los pacientes incluidos consume 4,8 fármacos al día.
Conclusiones: La elevada frecuencia de los trastornos psiquiátricos en los ancianos hace que el uso de psicofármacos sea habitual en esta franja de edad. La prevalencia de la polifarmacia (ingestión concomitante de 4 o más fármacos) aumenta considerablemente con la edad, debido a las diversas patologías que presentan este tipo de pacientes. Como consecuencia de esta práctica aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas. Por ello es fundamental conocer con detalle, además de los aspectos puramente psiquiátricos, la situación física basal del paciente, las enfermedades médicas que padece y los tratamientos de estas.

PC-076. FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO DE LOS ENFERMOS EN SEGUIMIENTO POR NUESTRA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE GERIATRÍA

M. Vidigal Bertao[1], L. Carpio García[2], M. Salas Carrillo[2] y P. Gil Gregorio[2]
[1]*Hospital de Santo Antonio, Centro Hospitalar do Porto, Oporto.*
[2]*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

Objetivos: Uno de los objetivos de las Unidades de Atención Geriátrica Domiciliaria (UAGD) es el seguimiento de pacientes con alto riesgo de reingreso hospitalario. El objetivo de este estudio es analizar el efecto de nuestra UAGD en la readmisión de pacientes frágiles y pluripatológicos, así como los factores de riesgo asociados con el reingreso.
Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo-observacional, en el que recogimos los pacientes que permanecían vivos desde el 11/09/2002 hasta el 11/12/2015 (N:139), los cuales han sido seguidos periódicamente en sus domicilios por nuestra UAGD, formada por dos geriatras, una enfermera, una trabajadora social y un conductor. Consideramos readmisión hospitalaria como una variable independiente. Se analizaron de su momento de admisión a la UAGD como variables dependientes: variables demográficas, situación social, estado funcional, estado cognitivo, disfagia, uso de medicamentos de riesgo (como benzodiacepinas, neurolépticos y opioides), índice de Charlson y enfermedades crónicas activas. Se realizó el análisis estadístico usando chi-cuadrado o el test de correlación de Pearson.
Resultados: Analizamos 139 pacientes. 72,7% mujeres, con edad media de 88 años, provenientes principalmente desde Unidad de Agudos y Consulta Externa de Geriatría. Tienen múltiples problemas médicos (8 ± 3,1 diagnósticos; I. Charlson: 6,9 ± 1,94), están plurimedicados (8 ± 3,5 fármacos), presentan un alto nivel de discapacidad (87% con I. Katz ≥ E) y demencia moderada-grave en 59,7%. Las enfermedades asociadas al número de reingresos fueron: ICC (p = 0,022), enfermedad renal crónica (p = 0,009) y disfagia (p = 0,008). Considerándose relaciones estadísticamente significativas cuando p-valor < 0,05. No se encontraron otras asociaciones significativas.
Conclusiones: Las UAGD pueden reducir el número de reingresos hospitalarios y proveer un adecuado cuidado más especializado en ancianos muy deteriorados y paliativos, reduciendo recursos hospitalarios en esta población. Los pacientes con ICC, IRC y disfagia serían los más beneficiados por esta intervención, siendo necesarios programas que ofrezcan una mayor vigilancia y frecuencia de cuidados para esta cohorte de alto riesgo. Se trata de los primeros trabajos que estudian cuáles son los factores de riesgo que pueden asociarse con reingresos en esta población, sin embargo, se necesitan más estudios para determinar todas las correlaciones implicadas.

PC-077. MEJORANDO LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS MEDIANTE CRITERIOS STOPP-START

M. Forcano García, M. Correa Ballester, B. Martínez Lafuente, S. Solsona Fernández, J. Hernández Martín y L. Baroni Sánchez
Hospital San José, Teruel.

Objetivos: Disminuir la prescripción potencialmente inadecuada de fármacos en una Residencia de ancianos, utilizando criterios STOPP-START.
Métodos: Evaluación del tratamiento de los residentes de una Residencia de mayores, mediante consulta con la Unidad de Geriatría. Datos de la historia clínica: edad, sexo, función renal, fármacos, patologías y comorbilidad. La identificación de criterios STOPP-START se

realizó con la herramienta informática CheckTheMeds®, y se elaboraron recomendaciones para el tratamiento de cada residente. Para el análisis estadístico se utilizó chi-cuadrado.
Resultados: Se evaluó a 154 residentes, edad media 86 años, polimedicación en el 84% con una media de 8,7 fármacos y 2 psicofármacos, función renal conservada en el 63% (media de MDRD4 de 78,56), comorbilidad elevada (índice de Charlson medio 6,5) y riesgo anticolinérgico medio de 2. Las patologías más frecuentes fueron: traumatológica o reumática en 47%, demencia en 40%, FRCV en 39%, patología cardiovascular en 37% y neurológica en 35%. Presentaron algún criterio STOPP-START el 92%, con una media de 2,66 criterios. El total de criterios STOPP fueron 215, frente a 123 criterios START. Los criterios STOPP más frecuentes fueron: indicación de medicamento no basada en evidencia clínica (39%); neurolépticos en síntomas de comportamiento y psicológicos de la demencia (30%); prescripción de 2 fármacos de la misma clase (16%) y benzodiacepinas durante > 4 semanas (14%). Respecto a criterios START, los más frecuentes resultaron: inicio de fármacos del sistema cardiovascular (30%), predominando el inicio de IECA en insuficiencia cardíaca y/o cardiopatía isquémica; antirresortivos o anabolizantes óseos en pacientes con osteoporosis conocida y/o fracturas por fragilidad (11%); suplementos de Ca y Vit D en igual contexto (7%). La prescripción inadecuada según criterios STOPP fue mayor con mayor número de fármacos prescritos (p = 0,037), y la edad avanzada se relacionó con el número de criterios START (p = 0,043).
Conclusiones: La prescripción potencialmente inadecuada fue mayor respecto a fármacos que se deberían retirar y aumentó con la polifarmacia. La edad elevada se relacionó con mayor número de fármacos que se deberían iniciar. Sería conveniente introducir protocolos de aplicación de criterios STOPP-START para minimizar la iatrogenia en el entorno residencial.

PC-078. DESPRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN UNA SELECCIÓN DE PACIENTES DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

N. Carrasco Fons[1], E. Díaz-Munío[1], X. Rodríguez[1], N. Masabeu[2], M. Pérez[2], O. Laburthe[2] y T. Casasin[1]
[1]Hospital de Viladecans, Viladecans. [2]Centro Sociosanitario Frederica Montseny, Viladecans.

Objetivos: Analizar la prevalencia de utilización estatinas y las indicaciones de uso en un grupo pacientes ingresados en un centro sociosanitario. Identificar los candidatos a una desprescripción de estatina. Elaboración de un informe justificado para el posicionamiento sobre la continuidad del tratamiento con estatinas.
Métodos: Fases: revisión, análisis, actuación, consenso y monitorización. Se revisó la literatura con el objetivo de identificar el grupo de pacientes que se beneficiaría del uso de estatinas y el grupo dónde la relación beneficio/riesgo podría ser desfavorable. Se efectuó un corte transversal de los pacientes ingresados en un día concreto en régimen de residencia asistida y larga estancia. Se recopilaron los datos necesarios para clasificar los pacientes por indicación y el riesgo cardiovascular (RCV) (escala REGICOR). Se realizó un subanálisis de los pacientes en prevención primaria con RCV bajo y moderado teniendo en cuenta diferentes datos que apoyarían a una retirada de estatina (edad > 80 años, Alzheimer, mal pronóstico, interacciones) o no la apoyarían (DM, HTA, patología concomitante como miocardiopatías...). Se emitió un informe individualizado realizando un balance beneficio/riesgo aportando un dictamen posicionándonos respecto una desprescripción o un mantenimiento de la estatina.
Resultados: De los 120 pacientes revisados, 34 (28%) recibían una estatina. De los pacientes tratados con estatinas, 13 (38%) estaban en prevención primaria con RCV bajo (10) o moderado (3). Nueve de ellos eran hipertensos, de los cuales 5 también eran diabéticos. Se registraron un total de 13 interacciones farmacológicas, correspondiendo a 8 de los pacientes. En 9 de los pacientes se propuso desprescripción, en 2 de los pacientes se planteó disminuir dosis, y en 2 se propuso mantenerla.
Conclusiones: Actualmente se pone en duda la utilización de estatinas en ancianos para prevención primaria especialmente cuando el RCV es bajo o moderado. No hay suficientes estudios que apoyen su uso, pero no existen criterios claros para su desprescripción, y por lo tanto su retirada debe individualizarse. En base a nuestro estudio un mínimo de un 38% de las estatinas eran candidatas a desprescripción. Además de un juicio clínico individualizado hay que valorar las expectativas y preferencias del paciente e idealmente una monitorización posdesprescripción.

PC-079. CAÍDAS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CONTROLADOS EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Tohalino Meza, C. Arnal Carda, L. Arriarán Germán Palacios, M.G. Carrizo, S. Romero, J. Barbé Gil Ortega y C. Pérez Bocanegra
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar la relación entre insuficiencia cardiaca (IC), caídas y sus consecuencias en pacientes tratados de forma intensiva en la unidad de insuficiencia cardiaca (UIC).
Métodos: Se incluyeron pacientes que han sufrido alguna caída durante el periodo de seguimiento en la UIC. Se realiza un análisis descriptivo que incluye información relativa a la cardiopatía de base, fármacos, situación funcional, cognitiva y características de las caídas.
Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, 4 hombres y 3 mujeres con edad media de 76,29 (67-85) años. En 3 casos la IC fue por cardiopatía isquémica, 2 por cardiopatía valvular, 1 una miocardiopatía dilatada idiopática, 1 miocardiopatia hipertensiva. Los 7 pacientes tenían una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (< 50%), FEVI media de 32,57%. Seis pacientes tenían TAs < 120 mmHg, TAs media 104,2 (81-137) mmHg. La frecuencia cardiaca (FC) media fue 75,3 (62-100) latidos/minuto. Todos recibían beta-bloqueantes, 3 pacientes más del 50% de la dosis óptima. Seis pacientes estaban en tratamiento con IECAs/ARAII, 3 con más del 50% de dosis óptima y 1 en tratamiento con hidralazina y nitratos por insuficiencia renal. Cinco pacientes en tratamiento con antagonistas de la aldosterona. Seis recibían tratamiento con furosemida con dosis media de 70 mg/día (20-160). Seis de los 7 tenían un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min. Cinco de ellos presentaban ortostatismo. Tres de las caídas fueron intradomiciliarias, 2 extradomiciliarias y en otros 2 pacientes se desconoce. Como consecuencias presentaron todos contusiones, 1 caso fractura de húmero, hemorragia peritoneal y exitus. El índice de Barthel (IB) previo medio era de 88,3 (40-100). Dos pacientes tenían deterioro cognitivo.
Conclusiones: Las caídas en pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardiaca son relativamente frecuentes, de predominio en pacientes con FEVI reducida, con hipotensión arterial y ortostatismo, en ocasiones con consecuencias fatales. Por ello sería conveniente ajustar cuidadosamente la dosis de fármacos utilizados para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Este trabajo indica la necesidad de profundizar en el estudio de las caídas en pacientes con IC avanzada para intentar prevenirlas.

PC-080. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONCOASPIRACIÓN

P. Fernández Montalbán, L.A. Hernández Sánchez, J. Albéniz López, B. Montero Errasquín, M.E. Baeza Monedero, A. Merello de Miguel y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir las características basales de pacientes muy mayores ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatría (UAG) con diagnóstico de broncoaspiración y analizar las diferencias epidemiológicas, clínicas y evolución de los fallecidos frente a los no fallecidos.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de broncoaspiración en una UAG de un hospital terciario en un periodo de tres años (enero 2013-diciembre 2015). Se recogieron variables sociodemográficas, situación basal, comorbilidad, parámetros analíticos al ingreso, manejo diagnóstico y terapéutico y mortalidad intrahospitalaria. Se compararon los pacientes fallecidos en el ingreso con los dados de alta vivos, analizando variables clínicas en ambos grupos.
Resultados: Se incluyeron 241 pacientes (59% mujeres, con edad media 91 ± 5 años). 10% reingresos. 92% con demencia, 71% GDS ≥ 6. 43% institucionalizados. 70% Barthel ≤ 20, 57% FAC = 0. 59% presentaba disfagia y 64% diagnóstico de malnutrición. Estancia media 8 ± 5 días. La mortalidad intrahospitalaria fue 28%. No existieron diferencias significativas en las características basales entre fallecidos y vivos, salvo por la menor prevalencia del diagnóstico de disfagia en los primeros (48% vs 63%, p < 0,04). Los fallecidos presentaban más insuficiencia cardiaca (46% vs 31%, p = 0,04), linfopenia (53% vs 35%, p = 0,03) e hiperosmolaridad (46% vs 22%, p < 0,001) al ingreso, siendo estas tres variables factores predictores independientes para el fallecimiento de estos pacientes. No se encontraron diferencias en el manejo antibiótico, pero sí un menor uso de espesantes (30% vs 58%, p < 0,001) y una mayor limitación del esfuerzo terapéutico en los que fallecieron (79,5% vs 20,5%, p < 0,001). La supervivencia disminuía según aumentaba la estancia media.
Conclusiones: Los pacientes geriátricos ingresados con diagnóstico de broncoaspiración que fallecen durante el ingreso no difieren en sus características basales respecto a los que no fallecen. La hiperosmolaridad, la linfopenia y el antecedente de insuficiencia cardíaca fueron factores predictores independientes de mortalidad, que fue mayor en los ingresos más prolongados. El manejo diagnóstico y terapéutico fue similar en ambos grupos a excepción de la limitación del esfuerzo terapéutico, que fue mayor en los pacientes fallecidos.

PC-081. ASOCIACIÓN ENTRE EL MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) Y EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN PACIENTES MAYORES CON FRACTURA DE CADERA

C. Roldán-Plaza, C. Miret-Corchado, I. Lozano-Montoya, M.N. Vaquero-Pinto, V. Sánchez-Cadenas, E. Sánchez-García y A. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el MNA y el delirium perioperatorio en pacientes intervenidos por fractura de cadera.
Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ≥ 80 años que ingresaron en la Unidad de Ortogeriatría de un hospital terciario y que fueron sometidos a cirugía de cadera desde junio del 2014 hasta junio del 2015. Se recogieron variables epidemiológicas (edad y género), la valoración geriátrica integral (VGI): índice de Barthel (IB), situación cognitiva [(presencia o no de demencia y escala de deterioro global de Reisberg (GDS)], existencia de déficit visual y auditivo, estado nutricional medido con el (MNA, versión de 14 puntos), presencia o no de delirium perioperatorio mediante el *Confusion Assessment Method* CAM) y la ubicación basal. Se analizó el número total de fármacos que tomaban previamente y la presencia de psicofármacos, hipotensores y diuréticos en su tratamiento habitual. Se clasificó el riesgo quirúrgico mediante el Índice de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA). Se recogieron datos sobre el tipo de fractura (pertrocantérea/subcapital/subtrocantérea) y de anestesia (general/raquídea), la necesidad de descarga postquirúrgica, la estancia media y mortalidad intrahospitalaria.
Resultados: Se incluyeron 362 pacientes (edad media: 87 ± 5 años; 79% mujeres, 78% vivía en domicilio), 77% con IB ≥ 60, 57% con FAC 5, 33% con demencia, 56% sin déficit visual y 45% sin hipoacusia. El 71% tomaba más de 4 fármacos, el 62% psicofármacos, el 62% hipotensores y el 49% diuréticos. El 52% tenía un ASA III, 51% fractura pertrocantérea y en el 94% se empleó anestesia raquídea. No se autorizó la carga en un 8%. La estancia media fue de 14 ± 6 días y hubo una mortalidad global intrahospitalaria de 4%. Un 16% presentó un MNA < 8 (compatible con malnutrición) y un 63% un MNA < 12 (riesgo de malnutrición). Un 44% desarrolló un delirium perioperatorio. Los valores de MNA < 12 se asociaron con la presencia de delirium perioperatorio (p = 0,002). Esta asociación se mantuvo después del ajuste por edad, género y presencia de demencia (p < 0,05).
Conclusiones: El riesgo de malnutrición evaluado con el MNA se asocia al desarrollo de delirium perioperatorio en pacientes mayores de ochenta años intervenidos de fractura de cadera.

PC-082. CRIBADO DE SARCOPENIA EN PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SARC-F

C. Miret-Corchado, I. Lozano-Montoya, M.N. Vaquero-Pinto, C. Roldán-Plaza, V.M. Déniz-González, B. Montero-Errasquin y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Establecer el valor del cribado de sarcopenia en los pacientes de Consultas Externas de Geriatría mediante el cuestionario SARC-F y analizar por separado las respuestas a cada uno de los ítems de este cuestionario.
Métodos: Estudio observacional descriptivo y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes citados para una primera consulta entre noviembre de 2015 y febrero de 2016. Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas, comorbilidad, número de fármacos, situación funcional, evaluación cognitiva, síntomas depresivos y motivo de derivación a la consulta. La prevalencia de sarcopenia se evaluó mediante el SARC-F autoadministrado por el paciente o ayudado por familiares.
Resultados: Se incluyeron 65 sujetos, el 73,8% mujeres, con una edad media de 86 ± 5,2 años y un IMC de 24,7 ± 3,9. El CIRS-G medio fue 2 ± 0,5. Un 69,3% de los sujetos tenía prescritos más de 4 fármacos. El 37,9% eran independientes para las todas las ABVDs y el número medio de AIVDs fue 3,6 ± 3,0. El 30,8% presentaron MMSE entre 19 y 23 y el 58,5% un Yessavage mayor de 6. El motivo principal de derivación fue deterioro cognitivo (44,6%). El cribado de sarcopenia fue positivo (puntuación SARC-F ≥ 4) en un 70,8%. Con respecto a los ítems que constituyen el cuestionario, el 66,2% eran incapaces de levantar 5 kg de peso, el 53,8% no tenían dificultad para cruzar andando una habitación, el 47,7% tenía alguna dificultad para levantarse de la cama o la silla, el 40% tenía mucha dificultad para subir 10 escalones y el 46,2% se había caído entre 1 y 3 veces en el último año. Un 65% de los pacientes con sobrepeso (IMC ≥ 25) presentaron un SARC-F positivo frente a un 33,3% de los que tenían bajo peso (IMC ≤ 18,5). En un estudio previo en la misma población la prevalencia de sarcopenia con datos objetivos fue del 19,1%, lo que sugiere que el SARCF sobreestima la prevalencia en esta población.
Conclusiones: El SARCF, usado en pacientes que acuden a una consulta de Geriatría (con elevada comorbilidad y polifarmacia) podría ser poco específico para la detección de sarcopenia.

PC-083. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA E HIPOVITAMINOSIS D: FACTORES ASOCIADOS

S. Mansilla[1], P. López Doriga[1], E. García[2], E. Romero[1] e I. Berrocal[1]
[1]Hospitalla Fuenfría, Cercedilla, Madrid. [2]Hospital Infanta Elena, Madrid.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados en la unidad de recuperación funcional (URF) del H. La Fuenfría por fractura de cadera e hipovitaminosis D (25-0H-D3 < 30 ng/ml) incluyendo variables demográficas, funcionales, mentales, comorbilidad, tipo de fractura, estación del año, presencia de complicaciones, presencia de síndromes geriátricos, parámetros nutricionales y posibles asociaciones con la intensidad del déficit de vitamina D.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes dados de alta de la URF por fractura de cadera desde enero 2015 hasta octubre de 2015. Los pacientes se clasificaron según los niveles de vitamina D al ingreso: deficiencia (25-0h- D3 < 20 ng/ml) o insuficiencia (25-0H-D3 entre 21-29 ng/ml). El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 20.
Resultados: La muestra la compusieron 61 sujetos, cuya edad media fue de 84,6 años, con un predominio de mujeres (70,5%), una situación funcional previa de dependencia moderada en un 45%, presencia de algún síndrome geriátrico en la mayoría de ellos (88,5%), siendo la incontinencia esfinteriana el más prevalente (37,7%), seguido de la presencia de trastorno del ánimo (29,6%) y del deterioro cognitivo (29,5%). El 67,2% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación médica, siendo la infección la más frecuente (55,7%). El 60,5% tenían baja comorbilidad (I. Charslon de 0-1). Al ingreso, el 75% de los pacientes se encontraban en riesgo de desnutrición. El tipo de fractura más frecuente fue la pertrocantérea (68,9%), con una prevalencia mayor en invierno (37,7%). Tras el análisis multivariante se encontró una asociación significativa entre la intensidad del déficit de vitamina D con la edad y la severidad del deterioro cognitivo.
Conclusiones: En nuestra muestra la intensidad del déficit de vitamina D en paciente con fractura de cadera se asocia a mayor edad y a deterioro cognitivo grave, por lo que recomienda en este tipo de pacientes su determinación y su tratamiento.

PC-084. CAPACIDAD DE LOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD MÁS UTILIZADOS EN PACIENTES ANCIANOS PARA PREDECIR EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

M. Zelada Rodríguez[1], J. Gómez-Pavón[2], J.J. Baztán[2], A. Miñarro[3], M. Cubedo[3] y P. Sorando Fernández[4]
[1]Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela, Madrid. [3]Universitat de Barcelona, Barcelona. [4]Hospital de Santa Marina, Bilbao.

Objetivos: Evaluar los cuatro índices de comorbilidad más utilizados en pacientes ancianos, para predecir eventos adversos durante el ingreso en una Unidad de Agudos.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos, del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, durante el periodo marzo-octubre de 2009. Se recogieron variables demográficas, clínicas (Comorbilidad según: Índice de Charlson, CIRS-G total, CIRS-G severidad, Índice de Kaplan-Feinstein, ICED), funcionales (Índice de Barthel basal, ingreso y alta), cognitivas (GDS, escala mental de la Cruz Roja), valoración social subjetiva de riesgo. Los resultados adversos evaluados fueron: Mortalidad intrahospitalaria, estancia prolongada (> 10 días), deterioro funcional al alta e institucionalización.
Resultados: Se analizó un total de 291 pacientes, con una edad media de 86 años (± 6,7) y porcentaje de mujeres: 67,35%, fueron clasificados con alta comorbilidad: I. Charlson (> 3 puntos): 27,15%, CIRS-G total (> 19 puntos): 62,23%, Índice de Kaplan- Feinstein (3): 33%), ICED (3): 73,54%, presentaron criterios de deterioro Cognitivo (GDS > 3): 46,74%, valoración social subjetiva de riesgo: 56,19%; las patologías motivo de ingreso más frecuentes fueron: Neumonía, enfermedades cardiovasculares e ITU. La prevalencia de resultados adversos fue: Mortalidad intrahospitalaria: 11%, deterioro funcional al alta: 44,02%, estancia prolongada: 35,74%, institucionalización al alta: 7,34%. En el análisis bivariante mediante curvas ROC: El índice CIRS-G severidad es el que mejor predice mortalidad intrahospitalaria AUC: 0,87 (0,83-0,92), OR: 2,39 (1,84-3,24); seguido por el CIRS-G total AUC: 0,71 (0,68-0,74); los que menos predijeron fueron Índice de Charlson AUC: 0,56 (0,50-0,61) e ICED AUC: 0,55 (0,50-0,60). Ninguno de los cuatros índices de comorbilidad predijo de manera importante estancia prolongada, deterioro funcional al alta o institucionalización.
Conclusiones: El CIRS-G Severidad y CIRSG total son los que mejor predicen mortalidad intrahospitalaria y los que peor el Índice de Charlson e ICED. Ninguno de los cuatro índices de comorbilidad predijo estancia prolongada, deterioro funcional al alta o institucionalización.

PC-085. CAPACIDAD DE LOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD MÁS UTILIZADOS EN PACIENTES ANCIANOS PARA PREDECIR MORTALIDAD AL ALTA

M. Zelada Rodríguez[1], J. Gómez-Pavón[2], J.J. Baztán[2], A. Miñarro[3], M. Cubedo[3] y P. Sorando Fernández[4]
[1]Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela, Madrid. [3]Universitat de Barcelona, Barcelona. [4]Hospital de Santa Marina, Bilbao.

Objetivos: Evaluar los cuatro Índices de Comorbilidad más utilizados en pacientes ancianos, para predecir mortalidad a los 6, 12 y 36 meses posteriores al alta.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos, del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, durante el periodo marzo-octubre de 2009. Se recogieron variables demográficas, clínicas (Comorbilidad según: Índice de Charlson, CIRS-G total, CIRS-G severidad, Índice de Kaplan-Feinstein, ICED), funcionales (Índice de Barthel basal, ingreso y alta), cognitivas (GDS). La mortalidad a los 6, 12 y 36 meses fue recogida del Índice Nacional de Defunciones.
Resultados: Se analizó un total de 291 pacientes, con edad media de 86 años (± 6,7) años y porcentaje de mujeres: 67,35%, fueron clasificados con alta comorbilidad: I. Charlson (> 3): 27,15%; CIRS-G total (> 19): 62,23%; Índice de Kaplan- Feinstein (3): 55,33%; ICED (3): 73,54%; presentaron criterios de deterioro Cognitivo (GSD > 3): 46,74%; las patologías motivo de ingreso más frecuentes fueron: Neumonía, enfermedades cardiovasculares e ITU. La mortalidad a los 6, 12 y 36 meses fue: 21,24%; 32,05% y 57,14% respectivamente. En el análisis bivariante mediante curvas ROC, el CIRS-G Severidad es el que mejor predice mortalidad a los 6, 12 y 36 meses: AUC: 0, 72; 0,73 y 0,84 respectivamente. Seguido por el CIRS-G total a los 6, 12 y 36 meses: AUC: 0, 72; 0,72 y 0,86; los que menos predijeron a los 6, 12 y 36 meses fueron: Índice de Charlson: (AUC: 0,64; 0,62; 0,64). Índice de Kaplan-Feinstein: (AUC: 0,59; 0,62; 0,68) e ICED: (AUC: 0,61; 0,60; 0,63).
Conclusiones: El CIRS-G Severidad y CIRS-G total son los que mejor predicen mortalidad a los 6, 12 y 36 meses post alta, dicha tendencia incluso mejora con el paso de tiempo y los que peor predicen son el Índice de Charlson, Índice de Kaplan Feinstein e ICED.

PC-086. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA: CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y EVOLUCIÓN

J. Albéniz-López, P. Fernández-Montalbán, L. Hernández-Sánchez, E. Baeza-Monedero, I. Lozano-Montoya y A. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir las características basales de los pacientes ingresados con diagnóstico de hemorragia digestiva en una UGA, así como su manejo y evolución.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de hemorragia digestiva (HD) en una Unidad de Agudos de Geriatría de un hospital terciario en un periodo de tres años. Se recogieron variables epidemiológicas (edad y sexo), comorbilidad (CIRSG), valoración funcional con índice de Barthel (IB) y el Functional Ambulation Classification (FAC), situación cognitiva (GDS) y nutricional (MNA), consumo de fármacos potencialmente inapropiados (STOPP-START, versión 2) y situación social.
Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (edad media 92 años, 63% mujeres) con importante multimorbilidad (CIRS-G medio: 2,22 ± 0,77), grave dependencia (Barthel ≤ 20: 63%, FAC = 0: 63%), demencia

(44% GDS ≥ 6) y 50% malnutrición (MNA ≤ 7). El 43% estaban institucionalizados. Para el 65% era el primer episodio de HD. Los factores de más prevalentes fueron hernia de hiato (32%), úlceras (18%), divertículos (13%) y patología anorrectal (8%). El 76% tenía polifarmacia (> 4 fármacos) incluyendo anticoagulación oral 26%, antiagregantes 39% y antiinflamatorios no-esteroideos 21%. Los criterios STOPP-START de prescripción inadecuada de fármacos más frecuentes fueron: 71% A1, 36% A2 y 10% C10 y F2. La forma de presentación más frecuente fue melenas (31%), seguida de rectorragia (26%), hematoquecia (18%) y vómitos "en posos de café" (13%). Al ingreso, un 32% presentó inestabilidad hemodinámica, la mitad deterioro de la función renal y más del 76% elevación de BUN y urea. Se solicitó interconsulta a Gastroenterología en el 37% y se realizó endoscopia intrahospitalaria al 40% de los pacientes, hallándose divertículos 33%, hemorroides 27% y patología maligna en el 13%. En ningún caso se realizó terapia endoscópica. La mitad precisaron transfusión y, al alta, se pautó en el 44% hierro y omeprazol oral. En el 12% fue necesario seguimiento por especialista. La estancia media fue 8 ± 6 días, con una mortalidad global del 10%.

Conclusiones: En esta población de edad muy avanzada y alta proporción de discapacidad física y mental, la mayoría de las endoscopias se realizaron con fines diagnósticos. Muchos pacientes tomaban medicamentos que aumentaban el riesgo de hemorragia.

PC-087. DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES MAYORES CON NEOPLASIA CONOCIDA O DE NUEVO DIAGNÓSTICO VALORADOS POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

L. García-Cabrera[1], S. Fernández-Villaseca[1], J. Mateos-Nozal[1], M. Varela Cerdeira[2], E. Sánchez-García[1], A.J. Cruz-Jentoft[1] y L. Rexach-Cano[1]
[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [2]Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Determinar las diferencias sociodemográficas, clínicas y mortalidad de los pacientes ≥ 80 años con patología neoplásica, entre aquellos diagnosticados previamente al ingreso y aquellos con nuevo diagnóstico.

Métodos: Se incluyeron pacientes ≥ 80 años diagnosticados de neoplasia activa (previamente o durante el ingreso) valorados por el Equipo de Soporte Hospitalario (ESH), durante un año. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y mortalidad.

Resultados: 167 pacientes, 37,7% diagnosticados durante el ingreso. Éstos eran mayores (87,1 ± 6,0 vs 85,1 ± 3,6 años, p = 0,017), con menor comorbilidad (CIRS-G 2,1 ± 0,4 vs 2,4 ± 0,4, p < 0,001) y vivían solos con más frecuencia (23,8% vs 11%, p = 0,06), que los ya diagnosticados del cáncer, sin encontrar diferencias en género, polifarmacia, demencia y deterioro funcional previo al ingreso. Los diagnosticados en el ingreso presentaban con más frecuencia focalidad neurológica (12,7% vs 7,8%), caídas (12,7% vs 6,8%) y síndrome constitucional (14,3% vs 7,8%) y menos hemorragias (4,8% vs 11,7%, p = 0,003). Ingresan más frecuentemente en Medicina Interna/Geriatría (60,3% vs 26,9%) que en Oncología (4,8% vs 35,6%, p = 0,001). En ellos predominan las neoplasias de pulmón (22,2% vs 13,5%) y hepato-bilio-pancreáticas (23,8 vs 7,7%, p = 0,002), y en menor proporción presentan enfermedad localizada (11,1% vs 21,2%). Con más frecuencia en ellos, no se completó el estudio diagnóstico (30,2% vs 5,8%, p = 0,001), recibiendo menos tratamiento activo: cirugía (3,2% vs 34,6% p < 0,001), quimioterapia (1,6% vs 28,8%, p < 0,001), radioterapia (0% vs 13,5%), y paliativo (3,2% vs 11,5%, p = 0,001). Su estancia fue mayor (17,6 ± 8,9 vs 12,4 ± 10,0, p = 0,001) y fueron valorados más tarde por el ESH (día 11,5 ± 7,6 vs 6,3 ± 7,1, p < 0,001), aunque no tenían diferencias en la situación funcional ni en la supervivencia esperada a un mes. Presentaban con más frecuencia valores analíticos compatibles con desnutrición (77,8% vs 72,1% p = 0,003). No hubo diferencias en cuanto a destino al alta, mortalidad o uso de sedación paliativa, aunque presentaron menor supervivencia (2,3 ± 0,4 vs 40,7 ± 5,1 meses, p < 0,001).

Conclusiones: Los pacientes mayores diagnosticados de cáncer durante el ingreso hospitalario en el que son derivados al ESH tienen un perfil muy diferente al de aquellos que ingresan con un cáncer conocido. El reconocimiento de estas características puede permitir adaptar mejor la atención paliativa a sus necesidades específicas.

PC-088. VALORAR LA UTILIDAD DE DETERMINAR LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN EN LOS PLANES Y OBJETIVOS DE UN CENTRO GERONTOLÓGICO

M.I. Iturrioz Arrechea[1], C. Sannino[2], I. Gamio[1], I. Beobide[3], L. Goicoechea[1], A. Olaizola[1] y C. Sotelo[1]
[1]C.G. Julián Rezola, Matia Fundazioa, Donostia. [2]Centro Care Iza, Matia Fundazioa, Donostia. [3]Servicio de Farmacia, Matia Fundazioa, Donostia.

Objetivos: Valorar la utilidad de establecer y consensuar niveles de intervención sanitaria en paciente institucionalizados que presentan patologías crónicas y/o degenerativas complejas o en fase avanzada de enfermedad. Estos niveles indican orientación e intensidad de tratamiento y lugar de intervención.

Métodos: Se revisan durante los años 2014-2015 los niveles de intervención en los pacientes atendidos en el centro gerontológico. Se analizan características, se determina la mortalidad, lugar de fallecimiento, ingresos hospitalarios. Se relacionan los ingresos con el nivel de intervención consensuado por el equipo del centro con el usuario y/o familia tras la VGI. Tres son los niveles definidos: Nivel 1: aplicar todas las intervenciones terapéuticas y diagnósticos. Trasladable. Nivel 2: tratamiento paliativo + otros tratamientos (Antibióticos, cardiovasculares, transfusión…) Valorar beneficio del traslado. Fase 3: situación de mal pronóstico a corto plazo. Tratamiento exclusivamente paliativo. No trasladable.

Resultados: Durante el año 2014-2015 se atendieron a 297 personas con edad media de 84,11 (S = 8,3), 50% con I. Barthel < 40. Nivel de intervención: Nivel I: 76 usuarios nivel II: 127 nivel III 21. En 73 casos no definido. Fallecieron 68 personas (23%), 63 en el centro (92%) y 5 en Hospital. En ese tiempo 15% personas fueron ingresadas en el hospital, 22,3% del nivel I 19,6% del nivel II, 14,28% del nivel III. Motivo ingreso: infecciones respiratorias con insuficiencia respiratoria grave, ICC, fracturas, infecciones urinarias. No se hallaron diferencias significativas entre I y II (p = 0,6) sí entre I, II y III (p = 0,2, p = 0,3). Si eliminamos las fracturas de datos de ingreso sí significación entre I y II (p = 0,3).

Conclusiones: No hay diferencias significativas entre grupo I y II pero se ha visto que las fracturas son más frecuentes en grupo II y causan ingreso independientemente del nivel de intervención. Dada la propia definición del nivel III este grupo no debería haber tenido ingresos. Sin embargo, la mayoría fallecieron en el centro. Parece importante dentro de un modelo de atención centrada en la persona el establecer niveles de atención en los que se consensua el grado de intensidad de las intervenciones en función de los deseos, situación y pronóstico de los residentes.

PC-089. DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS (USUB)

N. Albiol Tomàs, P.A. Garibaldi Tolmos, E. Martínez Almazán, C. Ceballos García, M.J. Gutiérrez Rollán, A. Bertomeu Morales y S. Serret Giné
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: Desde 2011 existen en Cataluña Unidades de Subagudos como alternativa a la hospitalización convencional. En septiembre 2015 hemos creado una subunidad en nuestro centro para atender a pacientes en situación de enfermedad avanzada, con mayor deterioro cognitivo y funcional de base.

Objetivos: Analizar las diferencias de los pacientes que ingresan en la nueva USUB, en función de si presentan o no indicadores específi-

cos de severidad y progresión por patologías (IESPP), según el proyecto NECPAL.
Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron los ingresos entre 1 septiembre 2015 hasta 14 enero 2016. Datos recogidos: sexo, edad, institucionalización, comorbilidad -índice de Charlson abreviado (ICa)-, polifarmacia, ingresos hospitalarios último año (IHUA), diagnóstico principal al ingreso (DPI), situación funcional (basal, ingreso y alta) -índice de Barthel (IB)-, diagnóstico de demencia y estadio -escala Geriatric Dementia Scale (GDS), datos analíticos (ANA), presencia de disfagia orofaringea (DOF), complicaciones intrahospitalarias (CIH), estancia media hospitalaria (EMH) y destino al alta (DA). Al mes del alta recogimos: reingresos hospitalarios (RH), visitas a urgencias (VU) y mortalidad. Análisis estadístico: chi cuadrado y t-test. SPSS 17.0.
Resultados: n = 52. Se muestran los resultados en cada variable de la siguiente manera: no presencia de IESPP (n = 25)/presencia de IESPP (n = 27). Edad media 86,4 ± 8,2/82,7 ± 10,4; ICa medio 2,1 ± 0,8/2,3 ± 1,4 (demencia 44%/74%, p = 0,028. GDS medio 6 ± 0,1/6,90 ± 0,3, p = 0,001). IB basal 40 ± 26,5/9,8 ± 21,3, p = 0,001; IB ingreso 17,2 ± 23/3,3 ± 12, p = 0,01. DOF 64%/96%, p = 0,004. CIH 68%/93%, p = 0,029 (delirium 52%/81%, p = 0,025). EMH: 12,6 ± 9,2/27,6 ± 23,6, p = 0,004. Mortalidad intrahospitalaria: 20%/63%, p = 0,001. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en: polifarmacia, institucionalización, DPI, ANA, IHUA ni al mes del alta en RH, VU y mortalidad.
Conclusiones: El grupo con IESPP muestra peor situación funcional, mayor presencia de demencia avanzada y CIH, con mayor EMH y mortalidad. La presencia de IESPP puede servir de ayuda para justificar una orientación más paliativa desde el ingreso.

PC-090. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS ORIENTADA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA

N. Albiol Tomàs, P.A. Garibaldi Tolmos, I. Angelet Carbó, E. Martínez Almazán, R. Gisbert Barrué, J. Chavarria Gisbert y M. Brull Royo
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: Desde el año 2011 se han implementado en Cataluña Unidades de Subagudos como alternativa a la hospitalización convencional. El incremento de actividad subaguda en nuestro centro ha permitido abrir en septiembre 2015 una subunidad para atender a los pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (MACA), con mayor deterioro cognitivo y funcional de base, con una orientación más paliativa.
Objetivos: Analizar los factores asociados a la mortalidad en la nueva unidad de subagudos.
Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron los ingresos entre 1 septiembre 2015 hasta el 14 enero 2016. Datos recogidos: sexo, edad, institucionalización, comorbilidad -índice de Charlson abreviado (ICa)-, polifarmacia, ingresos hospitalarios último año (IHUA), diagnóstico principal al ingreso (DPI), situación funcional (basal y al ingreso) -índice de Barthel (IB)-, diagnóstico de demencia y estadio -escala Geriatric Dementia Scale (GDS), presencia de indicadores específicos de severidad y progresión por patologías (IESPP), según el proyecto NECPAL. Incluimos datos analíticos (ANA), presencia de disfagia orofaringea (DOF), complicaciones intrahospitalarias (CIH) y estancia media hospitalaria (EMH). Análisis estadístico: chi cuadrado, t-test, test de Mann-Whitney. SPSS v.17.
Resultados: n = 52. Se muestran los resultados en cada variable de la siguiente manera: no exitus durante el ingreso (n = 30)/exitus durante el ingreso (n = 22). Edad media 84,1 ± 8,1/85,1 ± 11,3; ICa medio 2,1 ± 1,1/2,2 ± 1,4 (demencia 60%/59%). IB basal 31,5 ± 31,1/15 ± 20,9, p = 0,027; IB ingreso 16,1 ± 23,2/1,3 ± 4,7, p = 0,002. DOF 67%/100%, p = 0,001. ANA: número total neutrófilos 6081 ± 2980/8652 ± 4820, p = 0,034. Presencia de IESPP 30%/77%, p = 0,0001. CIH 67%/100%, p = 0,001 de las cuales: delirium 50%/91%, p = 0,001 y infección nosocomial 13%/45%, p = 0,015. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en: comorbilidad, institucionalización, demencia y estadio, DPI, polifarmacia, IHUA y EM.
Conclusiones: Los pacientes que fallecen durante el ingreso en la nueva unidad de subagudos, orientada a PCC-MACA, muestran peor situación funcional basal y al ingreso, analíticamente muestran más neutrofilia y presentan con mayor frecuencia IESPP, DOF y CIH.

PC-091. PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

P.A. Garibaldi Tolmos, N. Albiol Tomàs, E. Martínez Almazán, M. Brull Royo, S. Estopiña Vitutia, C. Primé Audí y M.C. Planell García
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: Desde el año 2011 se han desplegado en Cataluña Unidades de Subagudos, como alternativa a la hospitalización convencional, disponiendo de una en nuestro centro. El incremento de la actividad subaguda en el centro ha permitido clasificar el perfil y necesidades del paciente, abriendo una subunidad con orientación más paliativa.
Objetivos: Describir el perfil del paciente ingresado en la nueva unidad y analizar resultados al mes del alta: reingreso hospitalario (RH), visitas a urgencias (VU) y mortalidad.
Métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron los ingresos entre 1 septiembre 2015 hasta 14 enero 2016. Datos recogidos: sexo, edad, institucionalización, comorbilidad -índice de Charlson abreviado (ICa)-, polifarmacia, ingresos hospitalarios en el último año (IHUA), diagnóstico principal al ingreso (DPI), situación funcional (basal, al ingreso y al alta) -índice de Barthel (IB)-, diagnóstico de demencia y estadio -escala Geriatric Dementia Scale (GDS)-, presencia de indicadores específicos de severidad y progresión por patologías (IESPP), según el proyecto NECPAL. Incluimos datos analíticos (ANA), presencia de disfagia orofaringea (DOF), complicaciones intrahospitalarias (CIH), estancia media hospitalaria (EMH) y destino al alta (DA). Al mes del alta se revisó: RH, VU y mortalidad. Análisis estadístico: chi cuadrado, t-test y test de Mann-Whitney. SPSS 17.0.
Resultados: n = 52, 52% mujeres. Edad media: 84,5 ± 9,5. Institucionalización: 56%. Polifarmacia 85%, número medio de fármacos 8,8 ± 4,1. ICa medio 2,1 ± 1,8 (60% demencia -GDS medio 6,6 ± 0,5, 58% cardiopatía, 40% EPOC). DPI: infección respiratoria (34%), neumonía aspirativa (15,4%), infección urinaria (11,5%). IB basal 24,5 ± 28,3 y IB al ingreso 10,1 ± 19,3. DOF 81%, IESPP en 51,9% (35% por demencia). IHUA: 65%. ANA: colesterol 148,3 ± 45,1, albúmina 3,2 ± 0,5, PCR 5,9 ± 6,5. CIH: 81% (delirium 67%, infección nosocomial 27%). EMH 20,4 ± 19,5. IB al alta: 22,8 ± 30,7. Destino al alta: exitus 42%, domicilio/residencia habitual 32,7%, agudos 7,7%. Al mes del alta: Reingreso Hospitalario 10%, Visitas Urgencias 4%, exitus 6%.
Conclusiones: La alta prevalencia de demencia, dependencia funcional grave y enfermedad avanzada-terminal, con elevadas complicaciones intrahospitalarias y mortalidad, hace preciso reorientar parte de la actividad de estas unidades hacia la atención paliativa**.**

PC-092. PERFIL Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES VALORADOS POR LA GESTORA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M. Solé Casals[1], E. Chirveches[2], E. Puigoriol[2], N. Niubó[2] y M. Subirana[2]
[1]Centre Integral Salut Cotxeres, Barcelona. [2]Consorci Hospitalari de Vic, Vic.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes valorados por la Gestora de Continuidad de Cuidados (GCC), en un servicio de urgencias. Identi-

ficar el tipo de recurso asistencial alternativo asignado y, conocer resultados de la práctica clínica en términos de estado funcional, polifarmacia y reingresos.
Métodos: Estudio prospectivo de seguimiento al ingreso, en el servicio de urgencias de un hospital de agudos y al alta del recurso asistencial alternativo, de los pacientes valorados por la Gestora de Continuidad de Cuidados, de julio a diciembre de 2015. Se estudiaron las características de los pacientes, entorno social y resultados de la práctica clínica.
Resultados: Se incluyeron 190 pacientes, de los cuales reingresaron 13 (6,8%). Desde urgencias, 122 (59,8%) asistencias se derivaron a centros de atención intermedia, 71 (34,8%) a hospitalización domiciliaria, 10 (4,9%) al hospital de agudos y 1 (0,5%) falleció. Los pacientes derivados a atención intermedia eran más complejos, presentaban síndromes geriátricos como motivo de ingreso y diagnóstico de demencia y los derivados a hospitalización domiciliaria más enfermedades respiratorias y cardiovasculares ($p < 0,05$). Los valores medios del índice de Barthel y la polifarmacia, antes del ingreso en urgencias fueron más altos que en el momento del alta del recurso alternativo ($p < 0,05$).
Conclusiones: Los pacientes son de edad avanzada, presentan complejidad, tienen comorbilidad asociada, son derivados a atención intermedia o a hospitalización domiciliaria, no ingresan en el hospital de agudos y reingresan menos. Al alta del recurso alternativo, pierden capacidad funcional y tienen menos polifarmacia.

PC-093. FINAL DE VIDA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

D. Martínez Fabre[1], S. Alonso Gómez[1], J. Alonso Ramírez[1], N. Herrera Fernández[1], L. Melián Fleitas[1] y L.R. Velázquez Aparicio[2]
[1]Insular Lanzarote, Arrecife. [2]CS Playa Blanca, Playa Blanca.

Objetivos: Conocer la prevalencia y control de síntomas, así como el manejo y la identificación del final de vida.
Métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo, sobre 153 pacientes fallecidos en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos, desde septiembre de 2013, hasta septiembre de 2015. Se recopilaron datos diagnósticos y sintomáticos de las 72 últimas horas de vida mediante revisión de las historias clínicas, así como intervenciones de enfermería, tratamiento sintomático, curativo y preventivo.
Resultados: De los 153 casos, se observó una media de edad de 83,5 años; con mayoría mujeres (mujeres 59%/hombres 41%), 88% dependientes, 54% con demencia; 83% con índice de comorbilidad elevada. Los síntomas más prevalentes fueron: anorexia (89%), disminución del nivel de conciencia y estreñimiento (77 y 76% respectivamente). Un 61% de los pacientes tuvo dolor. Agitación: 35%; disnea 41%. Un 51% de los pacientes tuvo dolor, 39% agitación y 43% disnea; estos síntomas fueron controlados en 2/3 de los pacientes. La identificación de situación de últimos días se realizó en un 50%. Un 76% de los pacientes recibió opioides en sus últimas 72 horas de vida, en su mayoría como rescates mediante cloruro mórfico subcutáneo. El 30% recibieron una bomba de sedación paliativa, iniciada predominantemente en las últimas 24 horas de vida, y por cáncer avanzado. El 56% de los pacientes tenía constantes de enfermería por turno, 27% glucemia cada 8 horas. 20% sondaje vesical, 19% pruebas complementarias, 15% enema rectal. El fármaco no paliativo más indicado fue inhibidor de la bomba de protones en un 75% de los pacientes y el 43% recibió enoxaparina subcutánea. A uno de los pacientes se le realizó RCP, a pesar de que únicamente constaba por escrito en seis de las historias revisadas.
Conclusiones: Se evidencia la dificultad en la identificación de la situación de últimos días, sobre todo en enfermos no oncológicos; por tanto, sería recomendable realizar un plan que nos ayude al diagnóstico y manejo integral de estos enfermos, para mejorar la aproximación al final de vida.

PC-094. INFECCIÓN URINARIA DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN ES NECESARIA LA COORDINACIÓN

J. Martínez, C. Oñoro, C. González, A. Vergel, J. Rojas, C. Pérez-Jorge y M.D. Martín
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: Implantación de un modelo coordinado entre diferentes niveles de atención para la optimización de tratamiento antimicrobiano en pacientes institucionalizados en Residencias con infección del tracto urinario (ITU).
Métodos: En el Hospital Universitario Rey Juan Carlos es posible identificar las pruebas analíticas realizadas a pacientes institucionalizados, permitiéndonos diferenciar en los urocultivos los patógenos más frecuentes y sus resistencias microbianas del resto de la población. Se organizó "I Foro Coordinación Sociosanitaria" en el que intervinieron los principales actores en el tratamiento de las ITU (Geriatría, Medicina Interna, Microbiología, Medicina Preventiva, Atención Primaria y Centros Sociosanitarios) y al que acudieron profesionales de todos los niveles asistenciales. En este encuentro se revisaron guías de manejo de las ITUS en pacientes institucionalizados, medidas preventivas y recomendaciones generales. Unas de las aportaciones más relevantes, realizadas por el servicio de Microbiología, fue la descripción de los patógenos prevalentes y las resistencias del área. Se consensuó un documento de buena práctica clínica con las directrices y recomendaciones para el abordaje de la ITU de los pacientes institucionalizados en nuestra zona, divulgándose a todos los centros. En coordinación con la Dirección de Atención Primaria, se realizaron sesiones formativas en todos Centros de Salud al que se convocaron profesionales de las 45 Residencias, en estas sesiones, impartidas por un Geriatra de Atención Hospitalaria y un médico de Atención Primaria, se repasaron las conclusiones del encuentro.
Resultados: Tras la realización del foro y difusión de sus contenidos principales. Recomendaciones generales para la recogida de urocultivos. Determinación de bacteriuria asintomática. Criterios mínimos para el inicio de antibioterapia. Tratamiento de elección en la ITU sintomática. Se ha logrado: consenso para el abordaje de las ITUs en pacientes institucionalizados. Fomentar la comunicación y coordinación entre profesionales. Por primera vez desde la apertura del hospital han disminuido las peticiones de urocultivos. Reducir la prescripción de quinolonas en nuestra área sanitaria.
Conclusiones: Un programa de atención conjunta y coordinado en los diferentes ámbitos asistenciales, mejora la atención de los pacientes institucionalizados, fomenta la buena práctica clínica, racionaliza recursos y optimiza la prescripción antibiótica.

PC-095. VALORACIÓN INTEGRAL DE UN GRUPO DE NONAGENARIOS

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

Objetivos: Definir las características sociodemográficas, situación funcional, situación mental, comorbilidad y consumo farmacológico, de pacientes mayores de 90 años de edad ingresados en una Unidad de Geriatría, así como su supervivencia a los seis meses.
Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de una muestra de 133 pacientes ingresados en la Unidad de Geriatría de enero 2015 a junio del 2015 del HSCJ. Revisión de historias al alta y consulta telefónica a los 6 meses registrando: A) Datos sociodemográficos (edad, sexo, ubicación previa y al alta). B) Datos clínicos (motivo de ingreso, Índice de Charlson, Barthel previo, ingreso y al alta, escala de Cruz roja mental, Pfeiffer ingreso y alta, número de fármacos al alta, supervivencia a los seis meses). C) Resultados (estancia media, consumo farmacológico al alta, relación estado funcional y mental con

institucionalización al alta, Índice de Charlson y mortalidad durante el ingreso).
Resultados: Muestra de 133 pacientes, edad media de 92,86 años. Mujeres 60,2%. 67,7% proceden de Urgencias. 71,4% ingresan en Unidad de Agudos. Al alta un 39,1% regresan a domicilio, 39,1% residencia y 20,3% fallecen en hospital. Motivo de ingreso más frecuente es infección respiratoria (46,6%), seguido de insuficiencia cardiaca congestiva (12%) y rehabilitación de fractura de cadera (9%). Estancia media global de 13,22 ± 11,2. Media de Índice de Barthel previo 42,57 ± 34,04, ingreso 15,56 ± 23,14 y al alta 29,23 ± 30,07. Media de Pfeiffer ingreso 5,2 ± 3,6, al alta 4,61 ± 3,6. 48,9% presenta un Índice de Charlson ≥ 3. Media de fármacos al ingreso fue de 6,54 ± 3,07, siendo al alta de 6,82 ± 3,2. De ellos consumen al alta antiagregantes 30,8% y anticoagulante 21,3%. De los pacientes con FA (23); 1 paciente no tratado; 4 antiagregados; 18 anticoagulados, los anticoagulados I. Barthel medio de 43 y los antiagregados 20.
Conclusiones: 1. El sexo femenino predomina por encima de los 90 años de edad. 2. El estado funcional y mental por encima de los 90 años no son factores determinantes para la institucionalización. 3. La anticoagulación se relaciona con la funcionalidad. 4. En nuestra muestra la situación cognitiva y funcional no influyó en la tasa de hospitalización.

PC-096. PRESCRIPCIÓN DE NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES DADOS DE ALTA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

P. Sales Moreno, E. Antón, B. González, G. Diestre, P. Boada y S. López
Centro Sociosanitario Albada, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Analizar el consumo de neurolépticos de los pacientes dados de alta en una unidad de Psicogeriatría y comparar su uso entre los menores y mayores de 85 años.
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo (revisión historias clínicas), en pacientes con diagnóstico de demencia ingresados en una unidad de Psicogeriatría entre los años 2010 y 2015 cuyo destino al alta fue domicilio o residencia. Variables estudiadas: edad, sexo, procedencia, motivo de ingreso, tipo y estadio de la demencia, dosis y tipo de neuroléptico, estancia y planificación anticipada. Análisis estadístico mediante t-Student y la U de Mann-Whitney.
Resultados: Se estudiaron 494 pacientes de los 985 ingresados durante el periodo de estudio. Mujeres: 287 (57,5%). Edad media: 81,8 ± 8,3 años, el 41,9% tenían ≥ 85 años. El 55,5% procedían de urgencias y el 24,7% de domicilio. El motivo de ingreso fue en el 49,4% por trastorno psicoconductual, en un 41,7% por proceso intercurrente, en un 1,6% por atención al final de la vida y en un 7,3% por otros motivos. Tipo de demencia: 58,5% Alzheimer, 15,2% cuerpos de Lewy y 13,2% de origen vascular. Estadio: 49,2% GDS 6, 23,1% GDS 5 y 15% GDS 7. En el 27,5% se realizó planificación anticipada de decisiones. La estancia media fue de 45 días ± 85,3. El 69,4% fueron dados de alta al domicilio. El 70% de los pacientes tomaban uno o más neurolépticos. En el 80% se prescribió quetiapina (media 132,5 mg), en el 26,3% risperidona (media 1,2 mg) y en el 3,1% olanzapina (media 7 mg). En un 11,4% la quetiapina se asoció a otro neuroléptico. El consumo de quetiapina fue menor en los pacientes > 85 años (106 mg vs 152 mg, p < 0,001); no hubo diferencias en el consumo de risperidona (1,23 mg vs 1,16 mg, p 0,7) ni en el de olanzapina (7,2 mg vs 5 mg, p 0,2).
Conclusiones: La quetiapina es el neuroléptico más ampliamente utilizado en monoterapia o combinada. El hecho de que esta indicación no conste en la ficha técnica implica la necesidad de revisión de estos fármacos y actualizar el marco legal a la realidad clínica. En pacientes > 85 años se necesitan dosis menores lo que facilita la conciliación farmacológica.

PC-097. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA POBLACIÓN OCTOGENARIA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

M.D. Nieto de Haro, I. Romero López, S.V. Mata Reyes, A.M. Ariza Nevado, J.T. Jiménez Pereña y R. Jiménez Sánchez
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Málaga.

Objetivos: Conocer el perfil entre los pacientes octogenarios y ancianos más jóvenes ingresados en la Unidad de Psicogeriatría de nuestro centro y definir características diferenciales entre ambos grupos.
Métodos: Estudio transversal y descriptivo analizando las historias de los pacientes mayores de 65 años ingresados o que han sido exitus entre enero del 2012 y enero del 2016. La muestra se dividió en dos grupos: edades comprendidas entre 65-79 años y aquellos con una edad igual o superior a 80.
Resultados: Se han analizados 132 pacientes (91 mujeres y 41 hombres) con una edad media de 84 ± 8,4 años. En los octogenarios predominan las mujeres 74% sobre los hombres. La estancia media en nuestro centro supera los 10 años en el 50% de los casos, siendo mayor en los octogenarios. Los diagnósticos corresponden a demencias en el 60% de los pacientes octogenarios y esquizofrenias en el grupo de los más jóvenes. En cuanto al estado civil, el 70% de los menores de 80 años están solteros mientras que el porcentaje de viudos predomina en los mayores de 80 años. Tanto en un grupo como en otro no se evidencia problemas familiares por parte de trabajo social. El deterioro funcional y psíquico de los pacientes es grave con un IB medio de 30 y un GDS de 5. El 70,5% de los octogenarios son dependientes graves existiendo asociación entre el rango de edad y la necesidad de ayuda para ABVD (p < 0,05). En los octogenarios las comorbilidades más prevalentes son la diabetes, HTA y cardiopatías. Las patologías respiratorias tipo EPOC y neurológica tipo ACV en los menores. La media de fármacos en octogenarios es de 3 fármacos y en los más jóvenes de 4. Los psicofármacos más prescritos en ambos grupos son las benzodiacepinas y los neurolépticos, no existiendo diferencias de prescripción entre ambos grupos. Durante el periodo señalado ha habido 36 exitus de los cuales 33 eran mayores de 80 años.
Conclusiones: Es importante conocer características diferenciales de los octogenarios del resto de la población anciana ya que de esta forma se puede detectar factores asociados a fragilidad.

PC-098. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN INSTRUMENTO COMPARTIDO DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA: RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT VERSIÓN CONTACT ASSESSMENT (RAI-CA)

L. Zurbanobeaskoetxea[1], J.A. de la Rica[2], I. Sánchez[2], M. Arteagoitia[3], N. Artaza[3] y L. Íñigo[3]
[1]Diputación Foral de Bizkaia, Bilbao. [2]Osakidetza, Bilbao. [3]BIOEF-Fundación Vasca de Innovación e Investigación, Barakaldo.

Introducción: La atención a las personas con necesidades sociosanitarias, requiere de un instrumento que permita compartir información asistencial y planes de atención entre profesionales de los ámbitos social y sanitario. Las instituciones vascas conscientes de esa demanda, comparten dicha visión. Fruto de un proyecto de investigación se seleccionó el RAI-Contact Assessment como instrumento de consenso válido para la valoración sociosanitaria. Y su implantación supone un proyecto estratégico avalado por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria de Euskadi. Se está llevando a cabo el despliegue del instrumento con alcance interinstitucional y multidisciplinar implicando a profesionales de centros de salud, servicios sociales de base, diputaciones forales y servicios de urgencias de los tres territorios históricos (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, principalmente).
Objetivos: Implementar la herramienta en el contexto sociosanitario vasco. Facilitar el funcionamiento de un espacio compartido. Disponer de información asistencial compartida. Establecer un lenguaje

común. Impulsar el desarrollo de la Historia Sociosanitaria. Favorecer la interoperabilidad de sistemas.
Métodos: 4 sesiones informativas a responsables y 6 sesiones formativas con los/as usuarios/as (70 profesionales de ambos ámbitos). Sesiones informativas a profesionales no usuarios/as pero que conformarán Equipos de Atención Sociosanitaria (EASS) para la elaboración del Planes de Atención Individual (PAI). El/la profesional aplicará el instrumento cuando detecte un caso de intervención sociosanitaria, preferentemente en el colectivo de personas frágiles en situación de dependencia. Independientemente del ámbito del/de la profesional que realice la evaluación, ésta se asume como diagnóstico sociosanitario del caso y será contrastado sistemáticamente en el EASS que conjuntamente elaborarán el PAI.
Resultados: Se espera que el instrumento sirva para: asentar los protocolos de coordinación sociosanitaria e impulsar la definición de nuevos; unificar criterios de valoración entre profesionales del ámbito social y del sanitario, sistematizar la información asistencial compartida, definir conjuntamente Planes de Atención Individualizados, dando pasos hacia el desarrollo de una Hª Sociosanitaria que facilite la toma de decisiones a los profesionales del ámbito sociosanitario; entre otros.
Conclusiones: Se valora positivamente la posibilidad de colaboración sociosanitaria que ofrece. Posiblemente requerirá ajustar algunos ítems. Puede ser un elemento compartido por todos los/as profesionales sociosanitarios para trabajar como Equipos Sociosanitarios.

PC-099. MENOS CONTENCIONES, MEJOR CALIDAD DE VIDA

A.I. López García y N. Pérez Fuentes
Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris, Esplugues de Llobregat.

Objetivos: El objetivo principal que nos marcamos al iniciar este proyecto era disminuir el número de personas contenidas en el centro Sant Joan de Déu. Serveis Sociosanitaris. Para lograr este objetivo tuvimos que cambiar la percepción de cuidado de todos los profesionales y cambiar la gestión de la organización.
Métodos: Los métodos utilizados para llevar a cabo el proyecto fueron: creación del equipo líder: Equipo interdisciplinar que liderará el proyecto y dará soporte al resto de profesionales. Formación: se realiza una sesión de sensibilización a todo el equipo asistencial. Búsqueda de alternativas a las contenciones: Aumento actividad física, redistribución de espacios, introducción de productos de apoyo, espacios libres de obstáculos, etc. Valoración centrada en la persona (historia de vida, intereses, valores, creencias...).
Resultados: Disminuir el número de contenciones, tanto las prescritas en el centro como aquellas que se han iniciado en domicilio o en otros centros de hospitalización (2013: 51 contenciones, 2014: 41 contenciones). Aumento del confort y bienestar del paciente. Los trabajadores y las familias están más sensibilizadas e implicadas en el cuidado de los enfermos. Los profesionales expresan una mayor satisfacción a la hora de realizar su trabajo. Disminución de las contenciones químicas.
Conclusiones: Mejora de la calidad de vida del paciente. No se observa un aumento de las caídas. Hemos disminuido el número de contenciones que se prescriben, pero también hemos valorado como un hecho importante, la retirada de aquellas que ya usaba el paciente. La valoración centrada en la persona nos permite poner menos contenciones (química o física) o bien buscar la menos agresiva. Es importante mantener una formación continua, así como proporcionar motivación por parte del equipo líder al resto de profesionales. La aplicación del aprendizaje de las experiencias previas, nos ayuda a abordar situaciones parecidas con nuevos pacientes. Es imprescindible la mejora y aumento de las alternativas de forma continua. Es importante el seguimiento semanal de las contenciones prescritas por parte del equipo interdisciplinar y la búsqueda de alternativas.

PC-100. ¿CÓMO SON Y CÓMO SE TRATAN LOS PACIENTES QUE INGRESAN CON BRONCOASPIRACIÓN EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA?

L.A. Hernández Sánchez, P. Fernández Montalbán, J. Albéniz López, B. Montero Errasquín, E. Baeza Monedero, A. Merello de Miguel y A. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir las características de los pacientes de edad muy avanzada hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriatría (UAG) con el diagnóstico de broncoaspiración.
Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UAG en un periodo de tres años con el diagnóstico de broncoaspiración. Se recogieron características sociodemográficas, valoración geriátrica, comorbilidad, presencia de disfagia y uso de espesantes, estancia media, tipo y vía de alimentación, sintomatología, parámetros analíticos al ingreso, estudio microbiológico y antibioterapia.
Resultados: Se incluyeron 241 pacientes (59% mujeres, edad media 91 ± 5 años). 43% institucionalizados. 92% con demencia (71% con GDS ≥ 6). 70% con dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel ≤ 20). Reingresos 10%. Entre los antecedentes destacaban insuficiencia cardíaca (35%), accidente cerebrovascular (29%), diabetes (28%), enfermedad renal crónica (26%), parkinsonismo (16%) y alteraciones esofágicas tipo hernia de hiato o esofagitis (20%). Un 49% tomaba de forma crónica inhibidores de la bomba de protones (IBPs). El 59% tenía antecedentes de disfagia, el 64% un MNA < 7. La presentación clínica más frecuente fue el bajo nivel de conciencia (54%) y la tos (47%). 56% presentaba leucocitosis al ingreso y un valor medio de PCR 88 ± 8 mg/L. Durante el ingreso, el 69% siguió una dieta triturada y el 51% usó espesantes. Se recogieron hemocultivos en el 34%, sin crecimiento bacteriano en el 95%. El 86% ingresó con un único antibiótico, siendo amoxicilina/clavulánico el más empleado (58%). El 13% ingresó con dos antibióticos, siendo la combinación más frecuente el uso de cefalosporina + macrólido (40%). El 1% no recibió tratamiento antibiótico por encontrarse en situación de agonía. Al 70% no se le modificó la antibioterapia inicial y un 69% prolongó la antibioterapia al alta. Estancia media 8 ± 5 días. Mortalidad intrahospitalaria 28%.
Conclusiones: Los pacientes que sufren episodios de broncoaspiración en nuestro medio se caracterizan por presentar un deterioro cognitivo avanzado con alto grado de dependencia, disfagia, desnutrición e importante comorbilidad asociada. Casi la mitad tomaba previamente IBPs. En apenas un tercio se solicitó estudio microbiológico. El antibiótico más empleado fue amoxicilina/clavulánico en monoterapia. Casi un tercio falleció durante el ingreso.

PC-101. PERCEPCIÓN DEL MIEDO A CAER Y LA GANANCIA FUNCIONAL ABSOLUTA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

N. Ronquillo Moreno, I. Arnau Barrés, M. Martín, R. Miralles, O. Vázquez y C. Roqueta
Centre Fòrum de l'Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar la relación entre la percepción del miedo a caer y la ganancia funcional.
Métodos: Estudio prospectivo de 60 pacientes (73,33% mujeres) ingresados en una unidad de media estancia geriátrica. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnósticos principales agrupados, índice de Barthel al ingreso (IBI) e índice de Barthel al alta (IBA). Se calculó la ganancia funcional absoluta (GFA) mediante la diferencia entre IBA e IBI (en dos pacientes no se calculó la GFA porque no finalizaron el programa de rehabilitación por complicaciones médicas). Se evaluó la percepción del miedo a caer mediante la *Falls Efficacy Scale* (FES) a los pacientes en el momento de iniciar capacidad de marcha durante el ingreso. Se valoró la relación entre la presencia

de una ganancia funcional absoluta ≥ 20 puntos y la puntuación obtenida de la FES.
Resultados: Edad media: 81,48 ± 7,99 años. Diagnósticos médicos principales agrupados: 46 (76,67%) fractura, 5 (8,33%) neurológico, 3 (5%) cardiorrespiratorio y 6 (10%) otros. La media de la puntuación de la FES al iniciar capacidad de marcha en los 55 pacientes con una ganancia funcional absoluta ≥ 20 puntos fue 51,87 ± 20,69 y en los 3 restantes fue 82,33 ± 4,72 (p = 0,0169).
Conclusiones: La percepción del miedo a caer en el momento de iniciar capacidad de marcha durante el ingreso fue significativamente inferior en los pacientes que consiguieron mayor ganancia funcional durante el ingreso.

PC-102. SÍNDROME DE BOERHAAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Bárcena Goitiandia[1], J. López Rodríguez[1], I. Bartolomé Martín[1], F. Quinte[1] y F. Cordido Henríquez[2]
[1]Hospital Universitario, Servicio de Geriatría, Guadalajara. [2]Fundación Hospital Alcorcón, Servicio de Radiodiagnóstico, Alcorcón.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 81 años con antecedentes de ictus isquémico en ganglios de la base en 2010 antiagregado con clopidogrel con una situación basal con dependencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria y con un deterioro cognitivo leve de perfil vascular. Derivado de Residencia por cuadro de brusco, estando previamente bien, mientras jugaba a las cartas de vómito intenso con posterior de disnea intensa, sudoración profusa y malestar general. Al llegar a la urgencia el paciente se encuentra taquipneico 45 rpm, sudoroso, impresiona de gravedad mal perfundido, con trabajo respiratorio intenso con crepitantes en toda la extensión de ambos hemitórax mala perfusión con livideces en región abdominal y en miembros inferiores, de abdomen muy distendido timpánico, dolor en HCI, epigastrio y mesogastrio, RHA disminuidos y ruidos metálicos. Se estabiliza al paciente, se inicia tratamiento con meropenem intravenoso ante la sospecha de sepsis de probable origen abdominal y se realiza TAC toraco-abdominopélvico ante la sospecha de una probable perforación esofágica espontánea. TAC informado como: importante neumomediastino posterior-periesofágico de predominio izquierdo, donde asocia la presencia de contenido mediastínico de mayor densidad asociado al gas: perforación esofágica distal (síndrome de Boerhaave). El síndrome de Boerhave es una entidad poco frecuente con una mortalidad entre el 0 y el 73% con una media del 37% su diagnóstico precoz es esencial para asegurar un correcto tratamiento y evitar la mediastinitis, sepsis, y shock. Si el tratamiento se retrasa más de 24 horas después de producirse la ruptura la mortalidad asciende al 50% y si el retraso es de 48 horas hasta el 90%. Tras cirugía urgente paciente ingresa en la UCI presentando múltiples complicaciones y dos reintervenciones una de ellas por hematoma abscesificado mediastínico y desgarro de sutura esofágica posteriormente fallece.

PC-103. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2015

A. Fernández Soneira, L. Sáenz de Sta. María Benedet, G. Ordóñez Estébanez, M. García Rodríguez, R. García Ronderos, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Analizar el perfil de pacientes atendidos por un Equipo de Atención Psicosocial que desarrolla el "Programa de atención integral a personas con enfermedades avanzadas" entre los años 2010 y 2015 y los cambios a lo largo de los años, así como el tipo de atención prestada.
Métodos: Estudio realizado sobre pacientes con enfermedad avanzada ingresados en las unidades de agudos y de cuidados paliativos del Área de gestión clínica de geriatría del Hospital Monte Naranco de Oviedo, pacientes atendidos por los equipos de cuidados paliativos domiciliarios del área sanitaria IV de Asturias, y pacientes ingresados en un centro residencial para mayores. Se recogieron variables sociodemográficas y clínico-asistenciales de los pacientes.
Resultados: 2.158 pacientes incluidos (83,29 ± 14,91 años; 51,5% mujeres; 46.2% viudos). El 75,4% de la atención se realiza en el hospital, de forma presencial y con una duración media de la visita de 25 minutos. Respecto a la patología de base, el 39,8% presenta patología oncológica, siendo cáncer de pulmón la más prevalente, seguido del colorrectal; dentro del 60,2% que presenta patología no oncológica, prevalece la pluripatología geriátrica (17,4%) seguida de las demencias (15,6%).
Conclusiones: El perfil del paciente atendido por el Equipo de Atención Psicosocial es mujer de 83 años hospitalizada por enfermedad aguda y con pluripatología geriátrica y/o demencia. Destaca que tan sólo el 0,2% de los pacientes habían realizado instrucciones previas antes del ingreso.

PC-104. PACIENTES INGRESADOS EN ORTOGERIATRÍA POR FRACTURA DE CADERA: FACTORES CONDICIONANTES DE TRASLADO A UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Birghilescu, P.L. Carrillo García y C. Verdejo Bravo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir los factores que condicionan a la derivación de un paciente intervenido por fractura de cadera a la unidad de Convalecencia desde la Unidad de Ortogeriatría.
Métodos: Pacientes consecutivamente ingresados en Ortogeriatría durante el periodo comprendido entre octubre-diciembre 2015. Variables analizadas basales: sociodemográficas, funcionales (índice de Barthel, FAC, ayudas técnicas), comorbilidad (índice de Charlson ajustado por la edad (ICh)), deterioro cognitivo/demencia y el tipo de fractura. Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Análisis estadístico: bivariante, IC95% (p < 0,05). SPSS 15.
Resultados: n: 98 (mujeres 83,7%). Edad media 85,8 ± 7,5. Funcionalidad previa: I.Barthel < 90 un 73,5%, FAC 4-5: 61,3%, no requiere ayuda técnica para la deambulación: 46%. Demencia 30,6%, I. Charlson ≥ 5: 65%. Tipo de fractura pertrocantérea: 44,8% y subcapital 45%. A nivel social vive con su familia 68,4%. Análisis bivariante de pacientes trasladados a la Unidad de convalecencia: I. Charlson ≥ 5:59,2%, institucionalizados 2% y fractura pertrocantérea 58%.
Conclusiones: 1) Pacientes con menor comorbilidad, buen apoyo familiar y fractura pertrocantérea presentan características favorables para la recuperación funcional condicionando su derivación a la Unidad de convalecencia.

PC-105. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA: SUS CARACTERÍSTICAS Y FACTORES RELACIONADOS CON EL REINGRESO HOSPITALARIO

P.L. Carrillo García, P. Cabezas, M.E. Portilla, V. Garay y C. Verdejo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer las características de salud de una población geriátrica con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como los posibles factores relacionados con reingreso hospitalario.
Métodos: Pacientes con diagnóstico de EPOC en el informe de alta de nuestra Unidad de Agudos de Geriatría, durante el periodo comprendido entre enero-diciembre 2015. Variables analizadas basales: sociodemográficas, funcionales (índice de Barthel, FAC, ayudas técnicas), comorbilidad (índice de Charlson ajustado por la edad (ICh)), deterioro cognitivo/demencia, fármacos (grupos), vacunación (gripe, neumococo), del ingreso: causa, estancia hospitalaria, valores analíticos, tratamiento, destino al alta; y durante el seguimiento: reingresos hospitalarios. Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Análisis estadístico: bivariante, IC95% (p < 0,05). SPSS 15.

Resultados: n: 151 (varones: 62,9%). Edad media: 87,6 ± 6,2. Índice Barthel < 60: 84,8%, Ayudas técnicas para deambulación: 42,1%; Charlson modificado ≥ 5: 90%; Deterioro cognitivo/demencia: 43,1%. Patologías asociadas: HTA 76,8%, ICC 50,3% y FA 27,8%. Hábito tabáquico 36,4%. Tratamiento habitual: oxigenoterapia domiciliaria: 20%, broncodilatadores inhalados: anticolinérgicos 51,3%, betamiméticos asociados a corticoides 31,8% y corticoides 11,3%. Antiagregantes 35,8%, benzodiacepinas 26,5% y betabloqueantes: 23,2%. Motivo de ingreso: infección pulmonar 87,4%; estancia media:10,8 días. Exitus en el primer ingreso: 9,3%. Reingresa el 47,3%. Análisis bivariante: factores asociados a reingreso: I. Barthel < 80, FAC ≤ 3, oxigenoterapia domiciliaria y el consumo de opiáceos (p < 0,05).
Conclusiones: 1) Los pacientes con EPOC que ingresan en el servicio de Geriatría tienen elevada edad, alto grado de dependencia funcional y de comorbilidad. 2) La infección pulmonar condiciona el ingreso hospitalario. 3) Una peor situación funcional y de movilidad predicen una peor evolución clínica.

PC-106. FACTORES PREDICTORES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

P.L. Carrillo García, A. Birghilescu y C. Verdejo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir las características de pacientes ingresados en una Unidad de Convalecencia tras cirugía por fractura de cadera y los factores predictores de su recuperación funcional.
Métodos: Pacientes consecutivamente ingresado en la Unidad de convalecencia tras cirugía por fractura de cadera durante el periodo comprendido entre octubre 2015-enero 2016. Variables analizadas basales: sociodemográficas, funcionales (índice de Barthel, FAC, ayudas técnicas), comorbilidad (índice de Charlson ajustado por la edad (ICh)), deterioro cognitivo/demencia, síndromes geriátricos, tipo de fractura, retraso quirúrgico, complicaciones postquirúrgicas. Al alta: I. Barthel, FAC, ayudas técnicas, EVA y destino al alta. Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Análisis estadístico: bivariante, IC95% (p < 0,05). SPSS 15.
Resultados: n: 56 (mujeres 87,5%). Edad media 86,38 (DE ± 7,419) años. I.Barthel previo (media: 77,68 ± 18,4), ayudas técnicas: ninguna 53,6%, bastón 25%, síndromes geriátricos: incontinencia urinaria 48,2%, caídas previas 32,1%, demencia 21,5%, I. Charlson ≥ 5: 61,8%. Situación social viven acompañados 73,2%. Tipo de fractura: pertrocantérea 55,4%, subcapital 39,3% y otras 5,4%. Demora quirúrgica: media 3,29 días. Complicaciones posquirúrgicas: Anemia 96,4%, infección urinaria 53,6 y delirium 30,4%. Mejoría funcional 58,9%. Factores predictores: I. Barthel previo > 80, no tener demencia, baja comorbilidad, no desarrollo delirium, IRC e ICC (p < 0,05).
Conclusiones: 1) Pacientes con fractura de cadera y mejor funcional previa presentan una mayor recuperación funcional. 2) Factores individuales como deterioro cognitivo/demencia, alta comorbilidad y mayor número de complicaciones postquirúrgicas predicen una peor recuperación funcional.

PC-107. COMORBILIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

E. Marcos Forniol, R. Sirvent, E. Guevara, G. Corbera, I. Benet y J. Sanahuja
Centre Vallparadís, Terrassa.

Objetivos: Describir las enfermedades y problemas de salud agudos o crónicos que coexisten en pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en una Unidad de Subagudos.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados en la Unidad de Subagudos durante el año 2015. Se han recogido datos de la historia clínica de todos los pacientes con insuficiencia cardíaca: demográficos, clínicos, días de ingreso, Índice de Barthel y número de fármacos al ingreso, síndromes geriátricos, hemoglobina y filtrado glomerular al ingreso. Para determinar la comorbilidad hemos utilizado el Índice de Charlson.
Resultados: Se han valorado 125 pacientes (65% mujeres) con una edad media de 85,6 ± 6,2 años. La estancia media fue de 11,3 ± 7,4 días. El Índice de Charlson era de 3,3 ± 1,7, destacando que el 38% de los pacientes tenían ≥ 4 puntos. El 73% de los pacientes presentaban anemia al ingreso, con una hemoglobina de 11,6 ± 1,8 g/dl y el 72% presentaba algún grado de insuficiencia renal con un filtrado glomerular de 42,7 ± 16,2. La media de síndromes geriátricos era de 6,6 ± 3,3, los más frecuentes fueron la polifarmacia (92,7%) con un número de fármacos al ingreso de 9,6 ± 4, el deterioro funcional (88%) con un Barthel al ingreso de 47,6 ± 30,1, la incontinencia (63,2%), el deterioro sensorial (48,8%), el estreñimiento (45,6%), las caídas (39,2%), la demencia (37,6%), la inmovilidad (35,2%), la alteración del sueño (34,4%), el dolor (32,8%) y la inestabilidad (31,2%). El índice de Charlson se correlaciona significativamente con la edad (p = 0,027), número de síndromes geriátricos (p = 0,011) y número de fármacos al ingreso (p = 0,003).
Conclusiones: Los pacientes con insuficiencia cardíaca que ingresan en nuestra Unidad de Subagudos presentan una comorbilidad importante. Esta característica junto a un deterioro funcional moderado-severo, la frecuente presencia de anemia e insuficiencia renal y un número elevado de síndromes geriátricos, comporta una gran complejidad en su manejo. El índice de Charlson se asocia a variables como la edad, el número de síndromes geriátricos y el número de fármacos al ingreso.

PC-108. COMORBILIDAD EN PACIENTES EPOC INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

R. Sirvent Martínez, E. Marcos, E. Guevara, I. Benet, G. Corbera y J. Sanahuja
Centre Vallparadís, Terrassa.

Objetivos: Describir las enfermedades y problemas de salud agudos o crónicos que coexisten en pacientes EPOC ingresados en una Unidad de Subagudos.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes EPOC ingresados en la Unidad de Subagudos durante el año 2015. Se han recogido datos de la historia clínica de todos los pacientes con EPOC: demográficos, clínicos, días de ingreso, Índice de Barthel y número de fármacos al ingreso, síndromes geriátricos, hemoglobina y filtrado glomerular al ingreso. Para determinar la comorbilidad hemos utilizado el Índice de Charlson.
Resultados: Se han valorado 58 pacientes (57% hombres) con una edad media de 83,4 ± 8,3 años. La estancia media fue de 12,1 ± 8,4 días. El Índice de Charlson era de 3,0 ± 1,4, destacando que el 33% de los pacientes tenían ≥ 4 puntos. El 50% de los pacientes presentaban anemia al ingreso, con una hemoglobina de 12,4 ± 2,2 g/dl y el 39,3% presentaba algún grado de insuficiencia renal con un filtrado glomerular de 51,2 ± 13,6. La media de síndromes geriátricos era de 6,5 ± 3,4, los más frecuentes fueron la polifarmacia (96,6%) con un número de fármacos al ingreso de 10 ± 4, el deterioro funcional (84,5%) con un Barthel al ingreso de 46,5 ± 30,9, la incontinencia (56,9%), el estreñimiento (55,2%), el déficit sensorial (43,1%), la inestabilidad (39,7%), la inmovilidad (34,5%), la alteración del sueño (32,8%), el dolor (32,8%) y las caídas (31%). El Índice de Charlson se correlaciona significativamente con la presencia de insuficiencia renal (p = 0,001), anemia (p = 0,005), Barthel al ingreso (0,007), número de síndromes geriátricos (p = 0,014) y número de fármacos al ingreso (p = 0,001).
Conclusiones: Los pacientes con EPOC que ingresan en nuestra Unidad de Subagudos presentan una comorbilidad importante. Esta característica junto a un deterioro funcional moderado-grave, la frecuente presencia de anemia e insuficiencia renal y un número elevado de síndromes geriátricos, comporta una gran complejidad en su manejo. Existe asociación entre el índice de Charlson y la presencia

de insuficiencia renal, anemia, Barthel y número de fármacos al ingreso y el número de síndromes geriátricos.

PC-109. CONSISTENCIA DEL ÍNDICE DE CHARLSON EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS: 27 AÑOS DESPUÉS

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

Objetivos: Conocer la intensidad con que el índice de Charlson predice la mortalidad en una muestra de pacientes ancianos hospitalizados en un Servicio de Geriatría. Analizar si mantiene después de 27 años de su publicación, y tras los avances en tratamientos de enfermedades ponderadas en su construcción, la misma intensidad de predicción.
Métodos: Análisis retrospectivo de los registros de pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría desde junio a diciembre de 2014. Variables: sociodemográficas, antecedentes personales, funcionales (índice de Barthel, IB), índice pronóstico de mortalidad (índice de Charlson, IC), mortalidad. SPSS.
Resultados: 318 ancianos ingresados. Mujeres 74.3%. Edad media: 86.46. Distribución de pacientes por puntuación IC: 13,52% (IC = 0), 39,31% (IC = 1 o 2), 28,30% (IC = 3 o 4) y 18,87% (IC ≥ 5). Mortalidad intrahospitalaria 14,78%. Mortalidad a 6 meses: 27,31%. Mortalidad al año: 10,15%. Mortalidad global 44,34%. Significación estadística ($p < 0,05$ o inferior) para IC al ingreso y mortalidad intrahospitalaria, a los 6 meses y al año; IC al alta y mortalidad a los 6 meses y al año. Mortalidad global según IC al ingreso: 20,93%, 40%, 45,56% y 61,67%. Mortalidad global según IC al alta: 15%, 32,11%, 42,99% y 64,63%. IB previo y mortalidad intrahospitalaria: dependencia total 24,39%, grave 17,65%, moderada 17,39%, leve 3,22%, independiente 3,7%.
Conclusiones: Los porcentajes de mortalidad en nuestra población se incrementan en los grupos de baja comorbilidad, reduciéndose, en los grupos de alta comorbilidad. Al analizar la relación de la mortalidad con la situación funcional previa vemos que este patrón es más extremo en los valores bajos del índice de Barthel, más acordes con nuestros resultados. El índice de Charlson es útil en población general, pero creemos que es necesario profundizar en el estudio de instrumentos que afinen más la agrupación más homogénea de algunos de nuestros pacientes.

PC-110. HIPONATREMIA COMO FACTOR ASOCIADO A CAÍDA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

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

Objetivos: Describir la prevalencia de hiponatremia y los factores asociados a ésta en relación con la caída en pacientes ingresados por fractura de cadera.
Métodos: Estudio descriptivo. Pacientes > 75 años con fractura de cadera ingresados en Ortogeriatría (octubre-diciembre 2015). Se analizan características demográficas, funcionales, sociales, clínicas, analíticas y farmacológicas de los pacientes ingresados según el valor del sodio al ingreso (hiponatremia: Na < 135). Análisis estadístico: comparación de proporciones con nivel de significación del 95%. SPSS 15.0.
Resultados: N = 91; edad media 85,5 años; 83,7% mujeres. Fractura pertrocantérea: 59,3%. Prevalencia hiponatremia al ingreso 23,9%. Circunstancias de la caída: en hiponatrémicos se observó mayor proporción de caída casual 54,2% ($p = 0,031$) y nocturna 40,9% ($p = 0,002$) que en normonatrémicos. Los hiponatrémicos proceden más de residencia que los normonatrémicos (22,7% vs 8,5%) aunque diferencias significativas. Se encontró mayor proporción de sujetos con Barthel > 90 y Lawton > 5 en normonatrémicos que en hiponatrémicos (28,6% vs 18,2%) y (25,7% vs 14.3%) respectivamente. Antecedentes de fractura previa en hiponatrémicos 40,9%, ICC 36,4%, DM 31,8%, IRC 31,8% y SIADH 13,6% (porcentajes mayores que en el otro grupo). No diferencias respecto a demencia o Parkinson. Hasta el 45,5% de los pacientes con hiponatremia al ingreso había presentado cifras de sodio bajas con anterioridad ($p = 0,04$). En hiponatrémicos se objetiva un mayor consumo no significativo de diuréticos de asa 36,4%, tiazidas 18,2% y antidiabéticos orales 27,3%. Sin diferencias en cuanto a antidepresivos, antipsicóticos, IECAs o antiparkinsonianos.
Conclusiones: 1) Una cuarta parte de los pacientes mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera presenta hiponatremia en el momento del ingreso. 2) Se ha observado una asociación entre hiponatremia y caída nocturna y casual sin tropiezo. 3) La fractura previa, ICC, diabetes mellitus y SIADH previo son comorbilidades con mayor asociación a hiponatremia al ingreso. 4) Este grupo de pacientes presentan peor funcionalidad y provienen en mayor medida de residencias que el resto. 5) El tratamiento habitual con diuréticos y antidiabéticos orales es más prevalente en el grupo de pacientes que presenta sodio bajo en el momento del ingreso.

PC-111. CAMBIO EN EL PERFIL DE PACIENTES VALORADOS EN URGENCIAS POR UNA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINARIA SOCIOSANITARIA (UFISS): DIFERENCIAS ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2015 CON LA PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS

M. Gas Mola, R. Audí Ferrer, E. Martínez Almazán, J.L. Sánchez, I.M. Bueno Martín, C. Burato Accensi y N. González Salvat
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 ha desplegado Unidades de Subagudos (US), como alternativas a la hospitalización convencional. En 2012 se inicia una Unidad de Subagudos en nuestro centro, donde ingresan pacientes directamente desde Urgencias del hospital de referencia, tras valoración por la UFISS.
Objetivos: Descripción del perfil de pacientes valorados por UFISS en Urgencias en 2011 y 2015, comparándose estas dos poblaciones.
Métodos: Se incluyen todos los pacientes valorados por la UFISS en Urgencias en los años 2011 y 2015. Datos recogidos: sexo, edad, situación funcional previa y al ingreso (índice de Barthel-IB), comorbilidades (Índice de Charlson abreviado-IC-), unidad de destino, sd. geriátricos (delirium, trastorno del sueño, trastorno afectivo, incontinencia, estreñimiento, dolor, desnutrición), complejidad (UPPs, polifarmacia, uso SVP, vía endovenosa o SNG/PEG) e idoneidad de la solicitud (inestabilidad clínica, falta de diagnóstico). El análisis descriptivo se realiza a través de test de chi-cuadrado y ANOVA. La comparación de las dos muestras se realiza con t-Student y U de Mann-Whitney. SPSS 17.0.1.
Resultados: 2011: n = 154. Edad media 78,83 ± 1,20. 49% mujeres. IB medio previo 64,35 ± 2,4, y en ingreso 24,67 ± 2,49. IC medio 1,35 ± 0,06. Diagnósticos principales: 59% médico, 17% traumatológico y 10% neoplásico. Unidad destino: 33,1% Larga estancia, 28,6% Convalecencia y 22,7% Paliativos oncológicos. 2015: n = 420. Edad media 82,55 ± 0,49. 53% mujeres. IB medio previo 59,76 ± 1,53, y en ingreso 26,8 1 ± 1,32. IC medio 1,75 ± 0,66. Diagnósticos principales: 65% médico, 15% traumatológico y 15% neoplásico. Unidad destino: 56,9% US, 11,4% Paliativos oncológicos, 10,5% Convalecencia y 5% Larga estancia. De forma significativa ($p < 0,005$), en 2011 se observó mayor inestabilidad clínica, riesgo de presentar delirium, presencia de delirium y desnutrición, y en 2015, más UPPs, dolor, EPOC, cardiopatía isquémica y uso de vías endovenosas.
Conclusiones: El número de valoraciones en Urgencias ha aumentado de manera exponencial (2,7 veces más) desde la puesta en marcha de US. En 2015 el perfil del paciente tiene significativamente mayor complejidad y comorbilidad (EPOC y Cardiopatía isquémica, mayoritariamente), aunque presentaban mayor estabilidad clínica que en 2011.

PC-112. LA MEDICINA DEL FUTURO DEBE TRASLADARSE AL DOMICILIO: EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA A DOMICILIO EN TOLEDO

C. Castillo Gallego, F. Moreno, M.A. de la Torre, M. Díaz de Cerio, C. Gómez, M. Cuadrado y B. Aguirre
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: Es relativamente fácil determinar la terminalidad de una patología oncológica, pero es difícil hacerlo en el caso de patologías crónicas no oncológicas. Esto hace que los pacientes crónicos vayan a urgencias hospitalarios y sean ingresados con frecuencia muriendo en el hospital. Nosotros estudiamos el número de hospitalizaciones de los enfermos ingresados en Atención Geriátrica a Domicilio (AGD).
Métodos: Revisamos las historias de los pacientes en seguimiento en AGD durante dos años. Recogimos datos demográficos y el número de hospitalizaciones 12 meses antes y después de ingresar en AGD, así como el número de fallecimientos y dónde se produjeron estos.
Resultados: Estudiamos 519 pacientes de los cuales 281 eran oncológicos y 238 no oncológicos. Los pacientes oncológicos tenían una edad media de 83 años (DE 5,2), 64% eran hombres. La media de hospitalizaciones 12 meses antes de la intervención del Equipo de AGD era de 1,34 (DE 1,32; IC95% 1,16-1,46) y 12 meses después 0,5 (DE 0,9; IC95% 0,44-0,65). Esto representa un 60% de reducción del número de hospitalizaciones. El 76% de los pacientes que murieron lo hicieron en casa. Los pacientes no oncológicos tenían una edad media de 85,5 años (DE 5,6) y el 56% eran mujeres. La media de hospitalizaciones 12 meses antes de la intervención del Equipo de AGD era 1,94 (DE 1,84; IC95% 1,61-2,07) y 12 meses después de 0,8 (DE 1,4; IC95% 0,7-1,075). Esto representa un 55% de reducción del número de hospitalizaciones. El 32% de los pacientes que fallecieron lo hicieron en casa.
Conclusiones: Los Equipos de AGD pueden evitar muchos ingresos innecesarios en pacientes con patologías crónicas y oncológicas avanzadas. La población envejece, aumentando el número de enfermos crónicos, la sanidad del futuro debería fortalecer este tipo de servicios, y dicho cambio debería ser liderado por los geriatras.

PC-113. LA INFECCIÓN EN EL ENTORNO DE LAS CAÍDAS

L.M. Rodríguez Madariaga e I. Gómez Castander
Residencia Elorrio, Elorrio.

Objetivos: Ser capaces de identificar en el anciano la infección como causa de la caída y la caída como síntoma de la infección.
Métodos: Control de las caídas totales de los usuarios desde el año 2012 hasta el 2015 relacionadas con infección. Relación de los datos anteriores con la escala MEC, Dowton y Tinneti.
Resultados: Hemos encontrado que de un total de 333 caídas en dicho periodo un total de 56 caídas coinciden con un proceso infeccioso, lo que equivale a un 14,71%. Observamos que en el año previo a la retirada de sujeciones la coincidencia de caídas y procesos infecciosos era de 21,05% frente al 13,4% posterior, a pesar de existir un aumento de las caídas/año de alrededor del 66% debido en gran medida a una mayor deambulación de los usuarios. En el periodo 2012-2015 observamos que el Test de Dowton se mantiene entre 3,38 y 4,28 puntos. La escala MEC: entre 19,6 (2012) y 17,5 puntos (2015). Escala Tinneti: 13,1 y 14,1.
Conclusiones: Ante una caída no hay que descartar nunca un posible proceso infeccioso. Ante un proceso infeccioso deberemos aumentar la vigilancia en la deambulación por el aumento de riesgo de caídas.

PC-114. CORRELACIÓN ENTRE EL TEST DE TINNETI Y EL UP&GO

I. Gómez Castander y L.M. Rodríguez Madariaga
Residencia Elorrio, Elorrio.

Objetivos: Búsqueda de la relación entre el Test de Tinetti y el Test Up&Go.
Métodos: Realización de ambos test a todos los usuarios susceptibles de realizarlos. Realización de la Escala MEC a dichos usuarios.
Resultados: Hemos realizado durante 12 meses un estudio sobre una población de 75 personas institucionalizados en el Centro Asistencial Elorrio, de las cuales 11 fallecieron antes de acabar dicho estudio y otras 17 personas no pudieron realizar el Test Up&Go por presentar trastornos de la movilidad, quedando reducido a 47 el total de personas que realizaron ambos test. Al valorar los resultados de ambas pruebas observamos que existe una correlación del 74,5% entre ambos test cuando el punto de corte es inferior a los 20 segundos en el test Up&Go. La correlación aumenta si los puntos de corte del Test Up&Go los realizamos a los 10 y a los 20 segundos para equipararlo a los 3 tramos del Test de Tinetti, llegando a ser la correlación de un 82,98%. En el 25,5% de los usuarios en los que no existe una correlación entre ambos test se objetiva que el 41,66% de los mismos tienen diagnosticado una demencia. Estos mismos usuarios aglutinan el 39,5% de las caídas registradas durante el tiempo de estudio. Los usuarios que pudieron realizar ambos test presentaban una media en la Escala MEC de 20,7 puntos, dato que disminuye hasta 18 puntos en el grupo que no existe correlación entre ambos test. Del total de 47 usuarios a los que se les realizaron ambos test, 22 de ellos aglutinaban las 46 caídas que ha habido entre ellos. Pudiendo objetivarse que el 30% de las caídas están relacionadas con procesos agudos.
Conclusiones: El Test Up&Go es una herramienta rápida y eficaz para una primera evaluación, siendo equiparable al test de Tinetti. Cuando no existe una correlación entre ambos Test se aumenta la posibilidad de caída. Cuando existe un proceso agudo se aumenta el riesgo de sufrir una caída.

PC-115. EL "DECLIVE COGNITIVO SUBJETIVO" ¿ES REALMENTE SUBJETIVO?

M. Montenegro Peña[1], P. Montejo Carrasco[1], M.L. Delgado Losada[2], A.I. Reinoso García[1], M. Lozano Ibáñez[1] y B. Montejo Rubio[1]
[1]Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo, Ayuntamiento de Madrid, Pozuelo de Alarcón. [2]Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Introducción: Tradicionalmente las quejas de memoria se han asociado a un bajo rendimiento cognitivo y de memoria, pero, sobre todo, a un estado de ánimo disminuido, un bienestar y calidad de vida inferior. Se postula que el "Subjective Cognitive Decline" (SCD) corresponde a una etapa preclínica de la Enfermedad de Alzheimer en la que no hay afectación en pruebas de rendimiento objetivo.
Objetivos: Analizar si las quejas cognitivas tienen una carga más objetiva relacionada con el rendimiento global y memoria o una carga más subjetiva asociada al estado de ánimo, percepción de salud y calidad de vida.
Métodos: Se realizan tres estudios descriptivos transversales. Estudio 1: "muestra poblacional" aleatorizada de mayores de Madrid (n = 1.637); Estudio 2: "muestra preventiva", mayores que realizan actividades preventivas (n = 269); Estudio 3: "muestra de adultos" (50-64 años) interesados en mejorar su memoria (n = 116). Evaluación: Preguntas de Quejas (PQ); Cuestionario de Fallos de Memoria-MFE; rendimiento cognitivo global, rendimiento en memoria cotidiana y asociativa; depresión y ansiedad, calidad de vida relacionada con la salud y actividades de la vida diaria (AIVD y ABVD). Se realiza análisis factorial con rotación Varimax.
Resultados: En cada estudio se extraen dos factores. Estudio 1: varianza 60%; factor 1: depresión, percepción de salud y calidad de vida; factor 2: orientación, AIVD y ABVD, quejas en el centro. Estudio 2: varianza 55%; factor 1: depresión, calidad de vida, quejas (PQ y MFE), factor 2: evaluación de rendimiento global, memoria cotidiana y memoria asociativa (lista de palabras total). Estudio 3: varianza 59%; factor 1: depresión, ansiedad, PQ y cuestionario MFE; factor 2: memoria visual y auditiva inmediata y demorada.
Conclusiones: En las distintas muestras de mayores y adultos se comprueba una misma asociación de variables en dos factores: uno

objetivo (orientación, memoria cotidiana, memoria auditiva y visual) y otro subjetivo o de percepción por parte del sujeto (preguntas, cuestionario de quejas, calidad de vida, percepción de salud, sintomatología depresiva). La expresión de las quejas cognitivas o de memoria siempre aparecen en el factor subjetivo. Es posible que el primer síntoma en la enfermedad de Alzheimer sea el SCD, antes de presentar alguna alteración cognitiva objetiva.

PC-116. ESTUDIO PRELIMINAR DE LAS ALTERACIONES EN LA BANDA ALFA ([8 12] HZ) EN PERSONAS MAYORES CON DECLIVE COGNITIVO SUBJETIVO: UN ESTUDIO CON MAGNETOENCEFALOGRAFÍA

D. López Sanz[1], M.L. Delgado Losada[2], P. Garcés López[1], R. Bruña Fernández[1], M. Montenegro Peña[3], A. García Marín[3] y F. Maestú Unturbe[1]
[1]Centro de Tecnología Biomédica, Pozuelo de Alarcón. [2]Universidad Complutense de Madrid, Madrid. [3]Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo, Ayuntamiento de Madrid, Madrid.

Introducción: La magnetoencefalografía (MEG) permite identificar distintas etapas del deterioro cognitivo leve (MCI) y de la enfermedad de Alzheimer (AD) a partir de información contenida en la señal cerebral. La etapa preclínica de la AD tiene lugar varios años antes de los primeros síntomas. El término declive cognitivo subjetivo (SCD) hacer referencia a dicha etapa (Jessen et al, 2014).
Objetivos: Estudiar la existencia de una posible disminución de potencia relativa en la banda alfa en las personas con SCD, al igual que se ha encontrado en las personas con MCI y AD, confirmando que el SCD podría suponer un estadio inicial de la AD.
Métodos: Muestra: 15 personas mayores con puntuación SCD = 4 (72,7 años), sin SCD; y 15 personas mayores con puntuación SCD-Q = 8.93 (72,7 años), con SCD. En la evaluación neuropsicológica realizada no hay diferencias estadísticamente significativas intergrupos. Registro 4 minutos resting state con ojos cerrados mediante MEG con un sistema Elekta Vectorview de 306 sensores. Se utilizó software Maxfilter para eliminar el ruido exterior con el filtro tsss aplicando compensación de movimiento (Taulu and Simola, 2006). Cálculo del power en alfa: Potencia calculada y normalizada en el espacio de sensores en el rango [2-45] Hz. Para el cálculo de la potencia relativa de alfa se sumaron los valores de potencia en rango [8-12] Hz. Se realizó la comparación de la potencia para cada uno de los 102 magnetómetros mediante test de Wilcoxon.
Resultados: Se encontró una disminución generalizada de la potencia relativa en la banda alfa en sujetos con SCD, esta disminución es apreciable en casi todos los sensores. Fue significativa en un grupo de 12 sensores (vecinos entre sí) en regiones frontales bilaterales del casco MEG.
Conclusiones: La disminución de la potencia en la banda alfa es signo característico del MCI y la AD. Este estudio confirma la presencia de uno de los marcadores prototípicos del espectro de potencia en la AD en mayores sanos con SCD, siendo consistente con otros resultados de la literatura que encuentran hallazgos con otras técnicas de imagen característicos del continuo de la AD.

PC-117. RDW COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOTROMBÓTICO

P. Cabezas Alfonso, P. Carrillo, A.M. Birghilescu, K. Quiñones, M. Lázaro y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: RDW (Red blood cell Distribution width) es una medida de la variación en el volumen de los glóbulos rojos. Conocer la asociación de niveles elevados de RDW con patología cardiovascular y con procesos tromboembolicos en población anciana.
Métodos: Estudio descriptivo y observacional donde se incluyen de forma sucesiva a todos los pacientes que acuden a consulta de Geriatría en el período de un mes. Se recogen las siguientes variables: edad, género, determinación de RDW, patologías cardiovasculares (hipertensión arterial, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, estenosis aortica) y procesos tromboembólicos. Se excluyen aquellos pacientes con síndrome anémico. Análisis Estadístico SPSS15.0.
Resultados: N: 251, edad media: 85,9 ± 5,2, mujeres (63,7%). Niveles superiores a 16 de RDW en el 41,8% de los pacientes. Por patologías, entre paréntesis porcentaje con RDW elevado HTA 184 (26,1%), insuficiencia cardíaca 66 (28,8%), cardiopatía isquémica 37 (40,5%), estenosis aórtica 33 (24,2%), enfermedad cerebrovascular 49 (30,6%), fibrilación auricular 67 (34,3%). Los pacientes con deterioro funcional (FAC 4-5) presentan valores elevados de RDW el 36,8%. Utilizando índice de Katz agrupados D/E/Fy G el 68,4% presentaban valores elevados de RDW ($p < 0,05$).
Conclusiones: 1. Un alto porcentaje de pacientes presentan niveles elevados de RDW. 2. Los pacientes con procesos tromboembólicos (cardiopatía isquémica y cerebrovascular) tienen niveles RDW elevados. 3. Los niveles elevados de RDW puede considerarse un factor de riesgo, aunque se precisan estudios con mayor número de pacientes. 4. La asociación entre deterioro funcional y RDW elevado precisa un análisis posterior.

PC-118. ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO CON DOLOR ONCOLÓGICO ATENDIDO POR DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS EN CÁDIZ

F.R. Egea Aldana[1], G. FernándezGarcía[1] y J.P. Fernández de los Ríos Moreno[2]
[1]DCCU Cádiz, Cádiz. [2]Jubilado, Cádiz.

Objetivos: Determinar el número de asistencias en pacientes mayores de 65 años atendidos por dolor durante el segundo semestre del 2015 por el DCCU de Cádiz. Cuantificar cuántos de estos pacientes demandaron asistencia por dolor tipo oncológico.
Métodos: Se realiza un estudio lineal retrospectivo entre los meses de julio a diciembre del año 2015 de pacientes mayores de 65 años que fueron atendidos por el DCCU en la ciudad de Cádiz por dolor. Los datos se recogen del sistema Diraya versus Historia Clínica Digital en Movilidad (sistema informático del SAS).
Resultados: Durante el segundo semestre del año 2015, el DCCU de Cádiz realizó 1.108 asistencias a mayores de 65 años, de los que 115 fueron atendidos por dolor. De los pacientes con dolor 73 fueron hombres (63,47%) y 42 mujeres (36,53%). Respecto a la edad de los pacientes atendidos, en el grupo etario entre 65 y 79 años, fueron atendidos un total de 66 pacientes (57,39%) y con más de 80 años un total de 49 (42,61%). Según los datos recogidos el número de pacientes que demandaron asistencias por dolor oncológico fueron 30 (26,08%).
Conclusiones: Se comprueba que la asistencia de DCCU a ancianos con dolor va en aumento, observándose especialmente el de tipo oncológico, haciéndonos pensar que esta enfermedad se cronifica por dos motivos; el avance en los tratamientos y en el incremento en la longevidad.

PC-119. ATENCIÓN DE LA REAGUDIZACIÓN DE EPOC EN LA UCCU DE SAN FERNANDO (CÁDIZ)

G. Fernández García[1], F.R. Egea Aldana[1] y J.P. Fernández de los Ríos Moreno[2]
[1]DCCU Cádiz, Cádiz. [2]Jubilado, Cádiz.

Objetivos: Dada la alta incidencia en la reagudización de EPOC en la población que atiende este servicio, se acuerda llevar a cabo un trabajo sobre los síntomas y signos más frecuentes en esta patología, tratamiento y valoración por su médico de atención primaria o derivación a centro hospitalario, tras haber sido atendido en este servicio.
Métodos: Es un estudio lineal retrospectivo realizado durante los primeros cinco meses del año 2015, donde se atendieron 112 reagudizaciones

de EPOC diferenciándolos por sexo y por edad, creando una horquilla entre 40 y 69 años y otra de mayores de 70 años. Los datos se obtuvieron del programa informático Diraya del Servicio Andaluz de Salud.
Resultados: El tamaño de la muestra resulto de 112 pacientes afectados de EPOC, de los que 79 fueron del sexo masculino y 33 del femenino. Se observó que entre 40 y 69 años fueron atendidos 41 usuarios y mayores de 70 años fueron 71 los atendidos. Los síntomas más frecuentes, fueron la disnea en un 100%, tos en un 82,1%, expectoración en el 37,5% y ruidos respiratorios en un 87,5%. La saturación de oxígeno basal mayor del 88%, se encontró en un 71,4%.
Conclusiones: En un 100% de los atendidos tuvieron que necesitar tratamiento con broncodilatadores, administrando metilprednisolona i.v. en un 41% y tratamiento antibiótico un 26%. Se derivaron a su MAP para revisión en 24-72 horas, el 82% de los pacientes, mientras que un 17,8% tuvieron que necesitar revisión en urgencias hospitalaria.

PC-120. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO MULTICOMPONENTE HOSPITALARIO EN MAYORES CON CAÍDAS

R. García Molina, M.C. Ruiz Grao, M. Martínez Reig, T. Flores Ruano, L. Romero Rizos, M. Esbrí Víctor y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Analizar los resultados de un Programa de Ejercicio Multicomponente Hospitalario (PEMH) en ancianos con caídas de repetición que acudieron a la Unidad de caídas del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).
Métodos: 18 pacientes atendidos en la Unidad de caídas del CHUA recibieron un PEMH consistente en un entrenamiento específico de potencia de piernas (press y extensión) a lo largo de 16 semanas, complementado con ejercicios de fuerza general, entrenamiento funcional, equilibrio y flexibilidad. A todos se les realizó una evaluación pre y post programa determinando fuerza de piernas (1RM) mediante máquina de press, prensora mediante dinamómetros y de brazos (número de repeticiones en 30 seg con mancuernas de 2,5 kg en mujeres y 4 kg en hombres). También se recogieron datos de flexibilidad de brazos y piernas, SPPB, agilidad (Timed Up and Go en 2,44 m) y velocidad de marcha en 30 metros. Se analizaron los cambios pre y post programa mediante t-test para datos apareados.
Resultados: Edad media 75,7 años. 14 mujeres. IMC 28,5 (DE 4,2). Después del PEMH los participantes aumentaron su 1RM desde 57,2 a 91,2 kg (diferencia de medias 34,0 kg; IC95% 23,5-44,5; $p < 0,001$), el SPPB desde 8,4 a 9,7 (diferencia de medias 1,3; IC95% 0,5-2,1; $p = 0,004$), la fuerza de brazo derecho desde 13,4 a 16,1 kg (diferencia de medias 2,7 kg; IC95% 1,3-4,1; $p = 0,001$), la de brazo izquierdo desde 13,2 a 15,8 kg (diferencia de medias 2,7 kg; IC95% 1,2-4,2; $p = 0,001$), la agilidad mejoró desde 11,6 s a 9,2 s (diferencia de medias 2,3; IC95% 1,5-3,2; $p < 0,001$), y la velocidad de marcha desde 1,08 m/s a 1,26 m/s (diferencia de medias 0,18; IC95% 0,12 a 0,24; $p < 0,001$). No hubo cambios significativos en el peso, IMC, la fuerza prensora, ni en la flexibilidad.
Conclusiones: Un Programa de Ejercicio Multicomponente Hospitalario en mayores con caídas es eficaz para mejorar la función física, fuerza, agilidad y velocidad de marcha.

PC-121. PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA LOCALIZADA O METASTÁSICA VALORADOS POR UN GERIATRA EN EL HOSPITAL DEL MAR

M. Pi-Figueras Valls, L. Visa Turmo, I. Pineda Pérez, E. Hernández Leal, M. Martínez Fernández, A.M. Digon Llop y C. Montagut Viladot
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ancianos con enfermedad oncológica localizada o metastásica, valorados por un geriatra, tras una interconsulta del Servicio de Oncología Médica, en el Hospital del Mar**.**
Métodos: Análisis prospectivo del perfil de los pacientes ancianos con enfermedad oncológica valorados por un geriatra en el Hospital del Mar desde diciembre de 2015 a febrero 2016. Se recogieron las variables siguientes: edad; sexo; valoración de la capacidad funcional mediante el índice de Barthel previo (BP) e índice de Lawton (IL); la situación cognitiva, la convivencia, tipo de tumor y el lugar de la valoración (consulta externa, urgencias, planta hospitalización, UFIS geriatría)**.**
Resultados: Se analizaron un total de 93 pacientes, 44 mujeres y 49 hombres, con una edad media 80,76 ± 5,47 años. Tenían un BP 85 ± 20,69, IL 4,30 ± 2,83. Presentaban demencia previa un 21,5%. La convivencia de los pacientes analizados fue: con el cónyuge (58,06%), con hijos (20,43%), solo (17,20%), en residencia (2,15%), Centro sociosanitario (1,08%) y otros (1,08%). Los pacientes presentaban los siguientes tipos de tumor: colorrectal 55,4%; mama 15,1%; pulmón 7,6%, gastroesofágico 6,5%; próstata 6,5%; renal 3,3%; ginecológico 3,3% y neurológico 2,2%. La valoración fue llevada a cabo en: consulta externa 68,8%; planta hospitalización 20,4%; urgencias 2,2% y 6,5% UFIS de geriatría.
Conclusiones: Los ancianos eran parcialmente dependientes para las actividades de la vida diaria, mayoritariamente sin deterioro cognitivo y con buen soporte familiar. Un 62% de los pacientes evaluados presentaban tumores digestivos, mayoritariamente tumores colorrectales. Una estrecha colaboración entre el oncólogo y el médico geriatra facilita en la toma de decisión sobre la mejor estrategia terapéutica en pacientes oncológicos ancianos y mejora la calidad de vida en este subgrupo de pacientes oncológicos, cada vez más prevalente.

PC-122. FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA EN GERIATRÍA: INDICACIONES, EFECTIVIDAD Y EFECTOS ADVERSOS

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

Introducción: La administración subcutánea de furosemida ha mostrado recientemente eficacia clínica, escasos efectos adversos y potenciales ventajas dando respuesta a pacientes con límites del esfuerzo terapéutico, venopunciones dificultosas y falta de adherencia terapéutica, resultando un campo de estudio de interés en la actualidad.
Objetivos: Describir las indicaciones, efectividad y efectos adversos más comunes, del uso de furosemida subcutánea (SC) en una población de ancianos ingresados en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) del Hospital General de Granollers (HGG).
Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la UGA del HGG con administración de furosemida SC con finalidad curativa y/o paliativa, durante el año 2015, recogiendo variables del paciente, de la tolerancia local y de la respuesta clínica/paramétrica.
Resultados: Durante el periodo de estudio 127 pacientes recibieron furosemida por vía SC, edad media 87,7 ± 9,1 años, (66,1%) mujeres con Barthel medio de 46,8 ± 25,2 y demencia en el 46%. Durante dicho periodo se realizaron un total de 2,087 infusiones de furosemida vía SC, con 43,2 ± 22,3 mg/día de dosis media y 5,97 ± 4,60 días de duración. La principal indicación fue el control de síntomas congestivos y disnea en el contexto de insuficiencia cardiaca (74%) e insuficiencia renal (11%) con un elevado porcentaje de resolución clínica (75% de la sensación disneica, 70% de los edemas) sin alteración significativa de iones y función renal. En cerca del 5% de los pacientes se requirió cambio de abordaje a vía EV por empeoramiento clínico. Se objetivó una baja proporción (< 1%) de efectos adversos locales (siendo el principal prurito y/o endurecimiento del sitio de infusión), a pesar de tratarse de un fármaco con pH ácido (5,5), de la elevada frecuencia de administración (promedio de 3 veces/día) y de la duración del tratamiento.
Conclusiones: La administración de furosemida vía SC es bien tolerada, con elevado porcentaje de resolución clínica/paramétrica y

mínimos efectos adversos locales. Este estudio refuerza a la vía SC como abordaje válido en el tratamiento de pacientes con malos accesos venosos y vía oral no disponible con síntomas congestivos.

PC-123. FACTORES PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL

A. Román Guerrero, M.T. Barrera, O. Duems, C. Rodríguez y A. Guillem
Hospital General de Granollers, Granollers.

Objetivos: Determinar factores pronósticos de mortalidad a los 6 meses después de cirugía abdominal en pacientes mayores de 85 años.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado mediante revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 85 años, ingresados e intervenidos de patología abdominal en un hospital de segundo nivel, durante un año. Mediante paquete estadístico SPSS, se analizaron variables como género, edad, índice de Barthel, deterioro cognitivo, tipo de intervención, ASA, niveles de albumina, creatinina y hemoglobina al ingreso, y aparición de delirium entre otras, para determinar su relación con la mortalidad a los 6 meses post intervención.
Resultados: Se recogieron un total de 95 pacientes con una edad media de 88,6 ± 3,5, 52% eran hombres y la mayoría provenían de domicilio (91,6%) con un índice de Barthel 83,8 ± 24,8, sin demencia (80%) y un 31,6% tenían ASA ≥ 3. La colecistectomía y la herniorrafía fueron las cirugías más frecuentes, 23 y 22 casos respectivamente, y un 40% del total de las intervenciones se realizaron de forma urgente. A los 6 meses post intervención, la mayoría de enfermos seguían viviendo en domicilio 75,2%, con un Barthel medio inferior al previo (75,23 ± 29,7) y habían muerto 17 pacientes. De todas las variables estudiadas, ni la edad, ni los niveles de albumina < 3 g, creatinina > 1,5, Hb < 10, Barthel al ingreso, demencia, ASA, tipo de intervención estuvieron relacionadas con la mortalidad, solo ser varón ($p < 0,05$) y la aparición de delirium postoperatorio ($p < 0,025$) fueron variables que podían predecir mortalidad a los 6 meses después de la cirugía.
Conclusiones: Ser varón y presentar delirium postoperatorio en los mayores de 85 años intervenidos de cirugía abdominal, constituyen factores pronósticos de mortalidad a los 6 meses. En nuestro estudio la edad no se relaciona con un aumento de mortalidad a los 6 meses por lo que no se puede argumentar como factor para descartar la intervención. La pérdida funcional observada con disminución de 10 puntos en la escala Barthel no podemos relacionarla directamente con la intervención quirúrgica.

PC-124. OLDEST OLD EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

P. Sales Moreno, E. Anton, B. González, G. Diestre, R. Torrent y C. Hoyos
CSS Albada. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de ≥ 90 años que ingresan en una unidad de Psicogeriatría y analizar la existencia de planificación anticipada de decisiones (PAD).
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo (revisión historias clínicas), de los pacientes ingresados en esta unidad entre los años 2010 y 2015 de ≥ 90 años. Variables estudiadas: edad, sexo, entorno social, procedencia, motivo de ingreso, diagnostico, estancia, destino al alta y PAD. Análisis estadístico mediante chi-cuadrado.
Resultados: Se analizaron 203 pacientes de los 985 ingresados durante el periodo de estudio. Mujeres: 128 (63,1%). Edad media: 92,6 años (90-104). En 165 pacientes (81,3%) el cuidador principal eran los hijos y en 15 (7,4%) la pareja. El 36% vivían en su domicilio, el 25,6% con los hijos y el 15,3% estaban institucionalizados. El 53,2% ingresaron procedentes de urgencias y el 19,2% de domicilio. Motivo de ingreso: 37,9% proceso intercurrente, 17,7% alteración conductual y 11,8% atención al final de la vida. Diagnóstico principal: 62,5% demencia Alzheimer, 15,3% demencia vascular, 6,4% deterioro cognitivo leve, 1% enfermedad mental y un 2% no tenían demencia. En el 66% de los casos la demencia era avanzada. Dos pacientes tenían tutor legal y ningún paciente disponía de testamento vital. La estancia media fue de 28,6 días ± 24,9. El 42,9% (87) fallecieron en la unidad. El 65% de los casos tenían PAD en el momento del alta (el 90,8% de los fallecidos). No se objetivaron diferencias significativas entre el porcentaje de fallecidos según la procedencia (Urgencias u otras unidades) $p = 0,074$. Si hubo diferencias significativas en la existencia de PAD entre los fallecidos y el resto ($p = 0,0001$).
Conclusiones: Los pacientes ≥ 90 años representan uno de cada cuatro ingresos en la unidad de Psicogeriatría. Aunque la población de estudio presenta una edad avanzada y funciones superiores deterioradas solo dos casos estaban incapacitados legalmente. En la inmensa mayoría de los pacientes fallecidos en la unidad se realizó PAD, lo que implica una óptima adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida.

PC-125. ANEMIA EN EL ANCIANO: TIPOS, CAUSAS Y COMORBILIDAD ASOCIADA

P. Cabezas Alfonso, P.L. Carrillo, A.M. Birghilescu, K. Quiñones, M. Lazaro y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: 1. Identificar las principales causas de anemia y describir los tipos más frecuentes en el anciano ambulatorio. 2. Valorar la comorbilidad asociada en ancianos con anemia 3. Valorar el consumo de fármacos en pacientes con anemia vs pacientes ancianos sin anemia.
Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron pacientes > 65 años con anemia que acudieron a la consulta de Geriatría durante 6 meses. Se consideró criterio de anemia el aplicado por la OMS, (Hb < 12 g/dL en mujeres Hb < 13 g/dL en hombres). Se incluyeron variables relacionadas con las características de los hematíes y metabolismo del hierro, así como vitamina B12 y ácido fólico. Se estudió la presencia de anemia y se recogieron variables sociodemográficas, clínicas (comorbilidad), consumo de fármacos. Se recogieron al azar simultáneamente estos mismos datos en grupo control sin anemia. Análisis estadístico: SPSS v.12.0.
Resultados: Número de pacientes vistos en consulta: 1.908. Presentaban anemia: 141 (7,38%). 58,9% mujeres. Edad media: 85,93 ± 5,241. Tipos de anemia: 6.9% microcítica; 13.1% macrocíticas y el 80% son normocíticas. Índice de Charslon en pacientes con anemia, media de 5,99 frente a 4,49 en no anémicos $p < 0,001$. Etiología de la anemia: Digestivas: ulcus 13,5%; diverticulosis 11.4%; pólipos 7.1%; angiodisplasias 5,7%; Neoplasias 28,3%. Tratamientos recibidos: Fe 27,7%. Vitamina B12 17%. Transfusiones y EPO 4,3%. Cabe destacar la importancia de las patologías cardiacas en el grupo con anemia, así ICC presentan 68,2% vs 31,8% (p 0,03), estenosis aórtica 81,8% vs 18,2% (p 0,002) e i. renal 71,7% (p 0,008). Los pacientes con anemia presentan un mayor número de fármacos en su tratamiento habitual.
Conclusiones: 1. El tipo de anemia más frecuente en nuestra serie es la anemia normocítica normocrómica (asociada a trastornos crónicos). 2. El Í. Charslon es mayor en pacientes con anemia. La comorbilidad es elevada en pacientes con anemia. 3. La patología cardiaca, cerebrovascular y renal es más frecuente en pacientes con anemia. 4. Un tercio de los pacientes tenían una neoplasia como origen de la anemia. 5. El diagnóstico y tratamiento de la anemia es fundamental en nuestra población.

PC-126. DETERIORO FUNCIONAL Y COGNITIVO EN PACIENTES CON ANEMIA

A. Birghilescu, P. Cabezas, P. Carrillo, K. Quiñones, M. Lázaro y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar el impacto funcional y cognitivo que puede ocasionar la presencia de anemia en pacientes ancianos con pluripatolo-

gía vs pacientes sin anemia que acuden a una consulta externa de geriatría.
Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron pacientes > 65 años con anemia que acudieron a la consulta de Geriatría durante 6 meses. Se consideró como criterio de anemia el aplicado por la OMS: Hb < 12 g/dL en mujeres y Hb < 13 g/dL en hombres. Se incluyeron variables relacionadas con las características de los hematíes, número absoluto de leucocitos y plaquetas y metabolismo del hierro, así como determinación de vitamina B12 y ácido fólico. Se estudió la presencia de anemia y se recogieron variables sociodemográficas, clínicas (Charlson), y funcionales (I. Katz, I. Lawton, FAC). Se recogieron al azar simultáneamente estos mismos datos en pacientes sin anemia (grupo control). Análisis estadístico: SPSS v.12.0.
Resultados: El número total de pacientes vistos en consultas en 6 meses fueron 1.908. Presentaban anemia 141 (7,38%). El 58,9% son mujeres. Edad media: 85,93 ± 5,241. Tratamientos recibidos: Fe 27,7%. Vitamina B12 17%. Transfusiones y EPO 4,3%. Destaca I. Charlson (media) 5,99 en anemia vs 4,49 en grupo control, con valor p < 0,001. De los anémicos un 63,1% presentaba el I. Katz (D/E/F y G) frente a 36,9% en grupo control. El índice de Lawton ≤ 3, en los anémicos correspondió al 68,4% vs 31,6% (p < 0,001). Un FAC menor de 3, se halló en el 77,8% de los anémicos vs 22,2% sin anemia (p < 0,001). Mayor número de caídas en anémicos 73,5% vs 26,5% (p 0,035).
Conclusiones: 1. Los pacientes con anemia presentan un índice de Charlson superior al grupo control. 2. La anemia es un factor de riesgo de deterioro funcional y de presentar caídas en el anciano. 3. El tratamiento es fundamental en este grupo de población.

PC-127. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

L. Castán Bellido[1], P. Mesa Lampré[2] y V. Canales Cortés[1]
[1]Hospital Royo Villanova, Zaragoza. [2]Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

Introducción: La actividad asistencial, en torno a las fracturas osteoporóticas ha incrementado a lo largo de los años. Los pacientes con fractura de cadera son frágiles, con un alto nivel de incapacidad funcional (> 25% requieren cuidados de enfermería de forma continuada, 40% recuperan de forma total su nivel de autonomía previo). Los niveles séricos de vitamina D y la síntesis de proteínas musculares disminuyeron con la edad (resistencia al efecto anabólico de la leucina); aumentando el riesgo de fractura osteoporótica.
Objetivos: Valorar el estado nutricional de los pacientes ingresados en nuestro servicio con fractura de fémur proximal.
Métodos: Se analizó 80 pacientes ingresados con fractura de cadera. Se evaluaron las características socio demográficas, comorbilidad (Charlson), discapacidad (Barthel y Lawton), estado cognitivo (Pfeiffer), estado nutricional (MNA SF), y hábitos dietéticos (FFQ). Se analizaron los parámetros bioquímicos de desnutrición.
Resultados: La edad media en nuestra muestra fue de 84,77 años. El grado de comorbilidad fue de 1,79 (Charlson), de dependencia para las ABVD 65,32 (Barthel), y para las AIVD 2,98 (Lawton). El valor del Pfeiffer fue de 4,1. La cifra mediana de albúmina fue de 3,5 g/dl, y los valores medios de transferrina de 190,74 mg/dl. Los niveles de vitamina D fueron de 12,28 ng/ml. Un 16,25% fueron clasificados en el grupo de malnutrición, un 41,25% en riesgo de malnutrición, y un 42,5% entre los que tenían un estado de nutrición normal. El MNA (Mini nutricional assessment) medio resultó ser de 10,55 (11,19 varones y 10,39 mujeres).
Conclusiones: Nuestra muestra presenta mayores tasas de discapacidad y fragilidad con respecto a otros, los valores nutricionales son similares. Los niveles séricos de vitamina D resultaron ser bajos, originado por una pobre ingesta. El aporte proteico diario en la dieta fue inferior al recomendado para los > 65 años.

PC-128. INCONTINENCIA URINARIA EN FRACTURA DE CADERA. ¿YATROGÉNICA? ¿INEVITABLE?

M.P. Mesa Lampré, M.P. Arbona Campos y L. Vargas Alata
Hospital Provincial, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la influencia sobre la continencia urinaria de los estímulos negativos "inmovilidad por fractura de cadera y colocación de pañal durante la hospitalización" así como la reversibilidad o no de la incontinencia producida.
Métodos: Pacientes intervenidos de fractura de cadera en los años 2012-2014, mayores de 69 años, vivos a los 6 meses del alta y con valoración funcional previa, al alta y a los 6 meses (Índice Barthel). Se excluyeron aquellos que ya presentaban incontinencia total antes de la fractura (valoración 0 en el Ítem del Índice de Barthel). SPSS 15.
Resultados: 236 pacientes analizados y 223 excluidos. Mujeres 80%. Edad media 84,8 años. Incontinencia al alta 68,6%, 21,6% total y 47% ocasional. De aquellos con incontinencia total al alta, la mitad se había recuperado a los 6 meses. De aquellos con incontinencia ocasional al alta el 40% recuperó la continencia a los 6 meses y 22,5% la perdió. Encontramos asociación (p < 0,05) entre incontinencia al alta y: incontinencia a los 6 meses (RR 3,77), mayor edad (RR 1,31), vivir en residencia (RR 1,43), ser demente (RR 1,8), haber presentado delirium (RR 1,43) o RAO durante el ingreso (RR 1,1) e I. Barthel previo < 40 (RR 1,55). Continuar presentando incontinencia a los 6 meses se asocia (p < 0,05) con los mismos factores, sobre todo con demencia previa (RR 2,53) y dependencia severa al alta (RR 3,36), además de haber requerido institucionalización de novo (RR 1,96).
Conclusiones: Los pacientes más ancianos, dementes, con delirium durante el ingreso o con necesidad de institucionalización tras la fractura, son aquellos con más riesgo de no recuperar la continencia urinaria perdida durante el ingreso hospitalario. Perder la continencia de orina durante el ingreso aumenta en 3,7 veces el riesgo de seguir incontinente a los 6 meses del alta. Tras este estudio se ha podido conocer el riesgo y el perfil de aquellos que lo tienen más alto. Resulta fundamental implementar programas que eviten generar incontinencia durante el ingreso hospitalario dada la irreversibilidad de la misma en muchos casos.

PC-129. EXPERIENCIA DE LA CARDIOVERSIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA

M.V. Mejía Ramírez de Arellano, M. Quezada, M. Ramos, R. Ayala y J.J. Baztán
Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela, Madrid.

Objetivos: Definir las características de los pacientes mayores de 65 años sometidos a cardioversión en nuestro centro.
Métodos: Se han recogido todas las cardioversiones propuestas por el servicio de Cardiología de los años 2014 y 2015 según el registro realizado por el mismo servicio. Se han registrado variables sociodemográficas, clínicas (factores de riesgo cardiovascular, cardiopatía isquémica, albúmina), valoración funcional (escala funcional de Cruz Roja-CRF y NYHA) y mental (Escala de valoración Mental de Cruz Roja-CRM).
Resultados: Se han registrado 31 cardioversiones en veintiséis pacientes de los cuales seis (23%) eran menores de 65 años. De los veinte pacientes mayores de 65 años en los que se propuso cardioversión, no se llegó a realizar en 5 (3 por encontrar un trombo en la orejuela en la ecocardiografía, 1 por encontrarse en ritmo sinusal en el momento de procedimiento y 1 por negativa del paciente). De los 16 pacientes mayores de 65 años en los que se realizó una cardioversión eléctrica, tenían una edad media de 78,25 años (mediana 80 años), 50% mujeres, con buena situación funcional (CRF: 0-62,5%, 1-18,8% y 2-18,8%), cardiaca (NYHA I 66,7% y II 33,3%), y cognitiva (sólo 1 paciente con CRM de 1). Presentaban hipertensión arte-

rial-81%, diabetes mellitus-43,8%, dislipemia-31,3%, 18,8% cardiopatía isquémica crónica-18,8% y un 25% habían padecido algún episodio de hemorragia digestiva. La causa para proponer la cardioversión eléctrica fue la fibrilación auricular en el 93,8% de los casos. Con respecto a los síntomas relacionados con la arritmia que ocasionó la cardioversión, el 18,8% padecieron síncopes, 18,8% refirieron palpitaciones y un 68,8% cansancio. En el 62,5% de los casos en los que se realizó cardioversión eléctrica, se había intentado cardioversión farmacológica previa con amiodarona. Tras la cardioversión eléctrica, el 75% (12 casos) revirtieron a ritmo sinusal Tras un periodo de seguimiento medio de 57 días de los 12 casos revertidos, el 58,3% (7 casos) seguían en ritmo sinusal.
Conclusiones: La cardioversión eléctrica en pacientes ancianos puede ser una opción terapéutica en arritmias sintomáticas y que no revierten a ritmo sinusal con fármacos o que presentan inestabilidad hemodinámica.

PC-130. DESCRIPCIÓN CLÍNICO-ASISTENCIAL DEL ABORDAJE DE LA FRACTURA DE CADERA EN LOS DISTINTOS HOSPITALES PÚBLICOS DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

P. Sáez López[1], A. Muñoz Pascual[2], N. Sánchez Hernández[1], S. Jiménez Mola[3], N. Alonso García[1], A.I. Andrés Sainz[4] y E. Vuelta Calzada[5]
[1]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. [2]Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. [3]Complejo Asistencial de León, León. [4]Complejo Asistencial de Palencia, Palencia. [5]Hospital Miranda de Ebro, Miranda de Ebro.

Introducción: Los hospitales públicos de Castilla y León cuentan con colaboración entre Traumatología y Geriatría en el 93% de los casos. El grupo de trabajo de Ortogeriatría de esta comunidad ha elaborado una base de datos para registrar las fracturas de cadera que ingresan en sus hospitales.
Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en noviembre de 2014 en 11 de los 13 los hospitales públicos de Castilla y León. Se registraron variables clínicas (comorbilidad, fármacos, complicaciones, tipo de fractura y de cirugía, riesgo anestésico, tipo de anestesia), funcionales, cognitivas, sociales (previo a la fractura y al alta) y asistenciales (estancia global y prequirúrgica).
Resultados: Se obtuvo una muestra de 225 pacientes, con una edad media de 86,5 años y un Barthel previo de 70,4. La estancia preoperatoria media fue de 4,1 ± 3 días. El 55% de los pacientes fueron intervenidos después del tercer día desde el ingreso, y esto se relacionó de forma estadísticamente significativa con la comorbilidad previa (ACV), mayor riesgo anestésico, consumo de anticoagulantes, complicaciones médicas intrahospitalarias (gastrointestinales) y con el aumento de la estancia hospitalaria. La estancia hospitalaria media fue de 10,4 ± 4,5 días. La estancia hospitalaria prolongada se relacionó significativamente con la comorbilidad previa (ACV y neumopatías), el desarrollo de complicaciones médicas intrahospitalarias, la demora quirúrgica y la necesidad de transfusión. La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,8%. y se relacionó estadísticamente con el sexo masculino, el tratamiento ortopédico, antecedente previo ictus e insuficiencia renal, mayor riesgo anestésico, anticoagulación y complicaciones médicas durante el ingreso. Los pacientes fallecidos esperaron a ser intervenidos 3,7 días más que los que sobrevivieron, pero no se demostró asociación entre retraso quirúrgico y mortalidad.
Conclusiones: Los ancianos con fractura de cadera ingresados en los hospitales de Castilla y León presentan una estancia preoperatoria media de 4 días y una estancia global de 10 días. El registro de datos clínicos y asistenciales del proceso de fractura de cadera debe servir para la mejora continua de la calidad asistencial.

PC-131. COMPLICACIONES AGUDAS EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

S. Jiménez Mola[1], P. Sáez López[2], A. Muñoz Pascual[3], N. Alonso García[2], C. Vázquez Pedrezuela[4], N. Pereira de Castro[5] y N. Sánchez Hernández[2]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. [3]Complejo Asistencial de Segovia, Segovia. [4]Hospital Comarcal, Medina del Campo. [5]Complejo Asistencial de Burgos, Burgos.

Introducción: El grupo de trabajo de Ortogeriatría de Castilla y León, constituido por traumatólogos y geriatras de la comunidad, consensuaron en 2014 una base de datos para registro de fracturas de cadera de los hospitales públicos. El objetivo del registro es conocer la magnitud del problema y las diferencias clínico-asistenciales del abordaje de este proceso en nuestra comunidad.
Métodos: Se realiza un estudio observacional transversal en noviembre de 2014 en 11 de los 13 hospitales públicos de Castilla y León. Se registran variables clínicas (comorbilidad, fármacos, complicaciones, tipo de fractura y de cirugía, riesgo anestésico, tipo de anestesia), funcionales, cognitivas, sociales (previo a la fractura y al alta) y asistenciales (estancia global y prequirúrgica).
Resultados: Se obtiene una muestra de 225 pacientes, con una edad media de 86,5 años y un Barthel previo de 70,4 puntos. Un 63,5% vivían previamente al ingreso en domicilio y el 36,4% estaban institucionalizados. Las fracturas pertrocantéreas fueron las más frecuente (48,9%). El 86,2% presentaron alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes cardiopatía (69,8%), demencia (40%), diabetes mellitus (20,4%), neumopatía (19,6%), ACV (16%) e insuficiencia renal crónica (14,2%). La media de fármacos previos fue de 5,9. El 28,3% antiagregantes y el 16,9% anticoagulantes. La mayoría fueron clasificados como de alto riesgo quirúrgico (ASA > III: 64,6%) y fueron intervenidos bajo anestesia raquídea (95,6%). El 64% presentó complicaciones médicas durante el ingreso, siendo las más prevalentes: delirium (36,6%), gastrointestinales (24,7%) y cardíacas (21%). Otras de las registradas fueron: infecciones del tracto urinario (14,7%), pulmonares (13%), fracaso renal (12%), tromboembólicas (0,4%), reacciones alérgicas medicamentosas (0,4%). Se transfundieron el 55,4% de los pacientes, con una media de 1,2 concentrados de hematíes. La transfusión se relacionó significativamente con el tipo de fractura, la edad avanzada, el ASA III-IV, la presencia de complicaciones médicas y el incremento de la estancia hospitalaria.
Conclusiones: Las características descritas (comorbilidad, complicaciones, edad, deterioro funcional agudo, deterioro cognitivo, riesgo social), típicas del paciente geriátrico, justifican la atención multidisciplinar por parte de Traumatología y Geriatría para mejorar la calidad asistencial.

PC-132. CONSECUENCIAS DEL RETRASO QUIRÚRGICO EN ANCIANOS QUE INGRESAN POR FRACTURA DE CADERA

N. Alonso García[1], P. Sáez López[1], N. Sánchez Hernández[1], M. Bravo Jiménez[2], S. Jiménez Mola[3], J.A. Valverde García[2] e I. Romero Mayoral[2]
[1]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. [2]Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila. [3]Complejo Asistencial de León, León.

Introducción: Hay numerosos estudios que relacionan la demora quirúrgica con mayor estancia global, más complicaciones, peor situación funcional y mayor mortalidad.
Objetivos: Identificar las variables (clínicas, funcionales, cognitivas, farmacológicas y asistenciales) que pueden verse afectadas por el retraso quirúrgico.
Métodos: Estudio prospectivo y comparativo entre dos grupos de pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera, antes (2010) y después (2013) de la puesta en marcha de una vía clínica. Se definió

retraso quirúrgico como estancia preoperatoria superior a 72 horas desde el ingreso.
Resultados: Se registraron 412 pacientes con fractura de cadera, con una edad media de 86,5 años y de 6 comorbilidades previas por paciente (Charlson 1,7). El 75% presentó un riesgo anestésico elevado (ASA > II). El 90% de los pacientes fueron tratados quirúrgicamente. La estancia preoperatoria media fue de 6,23 días en 2010 y de 4,4 días en 2013 (p = 0,000). La estancia preoperatoria media en 2013 se redujo un 29,37% con respecto a 2010 (p = 0,000) y en consonancia la estancia global (45%, p = 0,000). Analizando el total de la muestra, se estableció relación entre el retraso quirúrgico y un mayor número de complicaciones intrahospitalarias, aumento de fármacos al alta y aumento de la estancia total. No se ha podido demostrar la asociación entre demora quirúrgica y mortalidad intrahospitalaria (p = 1). Tampoco se ha asociado a mayor número de transfusiones ni a mayor derivación a residencia tras el alta.
Conclusiones: Existe discrepancia en la literatura sobre la asociación entre retraso quirúrgico y mortalidad. Diversos estudios concluyen que no existe relación entre la estancia prequirúrgica y la mortalidad al año. Según otros autores, tras realizar un ajuste por edad, sexo y comorbilidad, se observa que el retraso superior a 48 horas desde el momento de admisión en el hospital asocia un aumento de la mortalidad a los 6 meses y al año. En lo que si hay acuerdo es en recomendar la cirugía temprana, preferiblemente antes de las 48 horas, con el fin de evitar complicaciones médicas y mejorar la confortabilidad del paciente.

PC-133. MODELO ESTADÍSTICO PREDICTOR DE MORBIMORTALIDAD Y PÉRDIDA FUNCIONAL EN FRACTURAS DE CADERA

N. Fernández Martínez, F.M. García-Navas García, V. Mazoteras Muñoz, J.L. Esquinas Requena, J. Martín Márquez, E. García Carreño y D. Prada Cotado
Hospital General, Ciudad Real.

Objetivos: El principal objetivo del estudio es identificar los factores que pudieran conllevar un aumento de mortalidad y pérdida de capacidad de marcha en los pacientes de más de 60 años afectos de fractura de cadera. En segundo lugar, analizar desde el punto de vista estadístico la relación entre las fracturas de cadera y la morbimortalidad, con el fin de diseñar una ecuación estadística que permita establecer el riesgo de fallecimiento y de pérdida de capacidad funcional tras la fractura de cadera.
Métodos: Realizamos un estudio prospectivo de 226 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: tener más de 60 años, no tener una fractura patológica y no haber fallecido durante el ingreso. Todos ellos fueron seguidos durante 1 año o hasta su defunción. Los factores de riesgo analizados en el estudio fueron: edad, sexo, estado general de salud, deterioro mental y estado funcional previo a la fractura y el tipo de fractura.
Resultados: 215 pacientes fueron sometidos a cirugía. La mortalidad global intrahospitalaria fue del 4%. La mortalidad a 1 año fue del 30,97%. Las variables edad, la independencia de las actividades básicas de la vida diaria, la deambulación en el ingreso, la enfermedad psiquiátrica o demencia previa, la hemoglobina al ingreso, el nivel de fibrinógeno al ingreso, el tipo de fractura de cadera y que la cirugía fuera diferida por enfermedad o complicación médica al ingreso se asocia con la mortalidad a un año (p < 0,05). Las siguientes variables fueron predictores independientes de mortalidad de 1 año en el análisis de regresión logística multivariante: la edad, la deambulación en el ingreso, el nivel de fibrinógeno inicial y si la cirugía es diferida por enfermedad o complicación médica al ingreso. Con estos datos se construye la ecuación de predicción de morbimortalidad.
Conclusiones: Las fracturas de cadera conllevan un elevado riesgo de morbimortalidad. La edad, demencia, la situación funcional previa y la anemia se asociaron a un elevado riesgo de morbimortalidad. La fórmula obtenida en la regresión logística nos permite estimar con precisión el riesgo de fallecimiento y de pérdida de capacidad de marcha tras la fractura de cadera.

PC-134. VARIABLES CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS QUE SE ASOCIAN CON MAYOR REINGRESO AL MES DE SUFRIR UNA FRACTURA DE CADERA

N. Sánchez Hernández, P. Sáez López, N. Alonso García, M. Bravo Jiménez y J.A. Valverde García
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes. La mayoría de los pacientes son ancianos frágiles, con enfermedades asociadas y unas tasas de reingreso durante el primer mes entre el 12 y el 18%. En el 90% de los casos la causa principal es una patología médica.
Objetivos: Analizar las características sociodemográficas, funcionales y la patología basal que presentan los pacientes que precisan nueva hospitalización durante el primer mes tras el alta por fractura de cadera.
Métodos: Se analizó un total de 410 pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro centro durante los años 2010 y 2013 con fractura de cadera. Se registraron variables sociodemográficas, funcionales y comorbilidades en el primer ingreso y la presencia de nueva hospitalización durante el mes posterior al alta. Se analizó la posible relación entre estas variables.
Resultados: La edad media fue de 86,8 años. La tasa de reingresos fue del 5,79%. El 13,6% de los pacientes fallecieron durante el nuevo ingreso. El 91% fueron hospitalizados nuevamente por patología médica, siendo los problemas pulmonares el diagnóstico principal (50%). No se observaron diferencias en función de la edad. Hubo mayor tasa de nueva hospitalización en varones (17%) que en mujeres (3%). No hubo diferencias según el lugar de residencia, aunque sí se observó mayor tasa de reingresos en los pacientes que procedían de ámbito urbano en comparación con rural (10,4% frente a 3,8%). El 99,5% de los pacientes presentó algún tipo de comorbilidad, con un Índice de Charlson modificado promedio de 1,71 y una media de 6 comorbilidades. La patología que se asoció a un mayor riesgo de nueva hospitalización fue el EPOC (RR: 6,44).
Conclusiones: Los reingresos en el primer mes tras una fractura de cadera en ancianos asocian una elevada mortalidad. La causa más frecuente de nueva hospitalización es la neumonía. La presencia de patología pulmonar, ser varón y residir en ambiente urbano han demostrado una relación estadísticamente significativa con el reingreso durante el primer mes.

PC-135. ¿PARA QUÉ SIRVE EVALUAR LOS MOTIVOS DEL RETRASO QUIRÚRGICO EN LA FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO?

N. Sánchez Hernández, P. Sáez López, N. Alonso García, M. Bravo Jiménez, I. Romero Mayoral, J.A. Valverde García y M.J. Rincón González
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Introducción: El retraso en la cirugía del anciano con fractura de cadera predispone a sufrir complicaciones como dolor, úlceras por presión, infecciones, descompensación de patologías previas, mayor deterioro funcional e incluso mayor mortalidad según algunos trabajos.
Objetivos: Identificar los factores (clínicos, funcionales, cognitivos, farmacológicos y asistenciales) que pueden contribuir a alargar el tiempo desde el ingreso hasta la cirugía del anciano con fractura de cadera.
Métodos: Estudio prospectivo y comparativo entre dos grupos de pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera, antes (2010) y

después (2013) de la puesta en marcha de una vía clínica. Se definió retraso quirúrgico como estancia preoperatorio superior a 72 horas desde el ingreso.
Resultados: Se registraron 412 pacientes con fractura de cadera, con una edad media de 86,5 años y de 6 comorbilidades previas por paciente (Charlson 1,7). El 75% presentaba un riesgo anestésico elevado (ASA > II). El 90% de pacientes fueron tratados quirúrgicamente. La estancia preoperatoria media fue de 6,23 días en 2010 y de 4,4 días en 2013. El porcentaje de pacientes intervenidos con retraso disminuyó un 15% en el grupo intervención. La causa de demora quirúrgica más frecuente en ambos grupos fue la falta de disponibilidad de equipo quirúrgico (93%), seguida del ingreso en festivo (43% en 2010 y 40% en 2013). Otras causas de retraso quirúrgico fueron el control de patología previa (27 y 20%), alteraciones analíticas incluido INR por anticoagulantes (16 y 23%), antiagregantes (33 y 10%), y pruebas médicas complementarias (8,5%), en 2010 y 2013 respectivamente. El retraso quirúrgico de los pacientes antiagregados fue inferior en 2013 (p = 0,000), atribuido a la implantación de un protocolo de manejo perioperatorio del paciente antiagregado. La atención multidisciplinar continuada por parte de Traumatología y Geriatría consiguió reducir la demora quirúrgica secundaria a patología aguda preoperatoria (p > 0,005).
Conclusiones: La falta de disponibilidad de equipo quirúrgico es la principal causa de retraso quirúrgico. Una intervención pautas de actuación que incidan en la programación quirúrgica, concienciación sobre la cirugía precoz, intervención diaria de Geriatría y actualización de los tiempos de espera en el paciente antiagregado/anticoagulado, consigue reducir la demora quirúrgica.

PC-136. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA VASCULAR SEGUIDOS POR GERIATRÍA

B. González Glaría, A. García Baztán e I. Iraizoz Apezteguia
Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Descripción y análisis de mortalidad de pacientes ingresados en una unidad de cirugía vascular y seguidos en interconsulta por geriatría.
Métodos: Se recogen datos demográficos y administrativos, motivo de ingreso, antecedentes personales, síndromes geriátricos, situación funcional, toma de fármacos, datos analíticos y exitus. Se realiza estudio descriptivo y analítico de factores asociados a mortalidad durante el ingreso.
Resultados: 202 pacientes; 68,3% hombres; edad 84,4 a; Tiempos (días): estancia 16,3; respuesta IC 0,7, ingreso-realización IC 2,65. Exitus: 16,3%. Diagnóstico ingreso; 56% isquemia crónica IV. Diagnóstico IC: estabilidad 44,5%, confusional 14,5, IC 5%, estreñimiento 5%. Comorbilidad (%): HTA 77,7; DM2 47,5; FA 34,7, DL 36,1; artrosis 24,3, ins. renal 26,2; CPI 28,2; CPHTA 19,8; CP valvular 15,8; IC 23,8; artrosis 31,7 osteoporosis 25,2; EPOC 21,3. S. geriátricos: alt. sueño 33,2; demencia 33,2; depresión-ansiedad 29,2; alt. conductual 13; estreñimiento 18,8; 9; dolor 28,2; adelgazamiento 29,7; disfagia 21,3; def. auditivo 15,3; def. visual 11,1; caídas 6,4. Funcional: Lawton 2,04 (0: 49,5). Barthel 59,3 (0-30: 31; 30-50: 7,5; 50-70: 8,8; 70-100: 47,6). Fármacos: anti HTA 81,7, hipolipemiante 38,6, antisecretor gástrico 70,8, psicotropo 60,4, ACO 29,7, AAS 53; Antidiabético: 37,6; analgésicos 51,5. Análisis: hb 12,42; leu 10,8; pqt 255; creat 1,4; GFR 48; sodio 138,1, potasio 4,43, albúmina 3; colesterol total 129,4. Chi cuadrado exitus: cardiopatía valvular, insuficiencia cardiaca, DM2, demencia, calcioantagonistas, hipolipemiante, clometiazol, adoinsulina, insulina, anticoagulante, Barthel < 80, hemoglobina < 12; albúmina < 3, colesterol < 80.
Conclusiones: Los pacientes que ingresan en la unidad de cirugía vascular seguidos por geriatría: 1. Hombres de 85 años que ingresan por isquemia crónica IV y con importante carga de comorbilidad cardiovascular. 2. Presentan marcadores clínicos y analíticos de fragilidad irreversible: demencia/trastorno del sueño/trastorno afectivo/trastorno conductual; adelgazamiento/disfagia; deterioro funcional de las básicas; hipoalbuminenia e hipocolesterolemia. 3. Elevada mortalidad durante el ingreso relacionada con la presencia de DM2, cardiopatía valvular, insuficiencia cardiaca, deterioro funcional para básicas, anemia, hipoalbuminemia e hipocolesterolemia.

PC-137. SIMULACIÓN DE UNA ESCENA CLÍNICA CON ACTORES EN EL AULA: EFICACIA COMO MÉTODO DOCENTE PARA EL APRENDIZAJE DEL *DELIRIUM*

C. Esperanza, M.J. Robles, M. Pi-Figueras, M. Riera y R. Miralles
Parc Salut Mar, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una escena clínica simulada en el aula para el aprendizaje del manejo del *delirium*.
Métodos: Sesenta y ocho estudiantes (29 del grado de Fisioterapia UAB y 39 del grado de medicina UAB-UPF); asistieron a una acción formativa que incluía la escenificación de una entrevista clínica seguida de un seminario interactivo con preguntas sobre el *delirium*. La escena simulada mostraba a la preocupada hija de un paciente con *delirium* que se entrevista primero con la enfermera, luego con la médico y finalmente con ambas profesionales a la vez (equipo asistencial) (duración de la escena 11 min). Los estudiantes cumplimentaron, antes y después de asistir al seminario, un cuestionario con cuatro preguntas objetivas sobre conocimientos del *delirium* (teoría); dos subjetivas sobre percepción de lo aprendido (escala visual lineal de 0-10) y sólo al finalizar, dos preguntas más opinando sobre la utilidad de la escena para el aprendizaje y sobre la valoración global de la acción formativa (escala visual lineal de 0-10). Los cuestionarios fueron evaluados de forma anónima por cuatro profesionales expertos en geriatría (criterios de evaluación consensuados), que desconocían si el cuestionario era anterior o posterior a la asistencia al seminario.
Resultados: Puntuaciones de los cuestionarios antes y después de la acción formativa (escena incluida): preguntas objetivas: 3,51 ± 1,47 y 6,41 ± 0,73 (p = 0,001) (límite 0-7); preguntas subjetivas: 10,53 ± 3,59 y 16,28 ± 3,51 (p = 0,001) (límite 0-20); cuestionario total: 14,04 ± 4,38 y 22,45 ± 4,15 (p = 0,001) (límite 0-27). Al final del seminario existió una correlación significativa entre las preguntas subjetivas (percepción de lo aprendido) y las opiniones de los estudiantes sobre la utilidad de la escena simulada en el aprendizaje y sobre la valoración global de la acción formativa (r = 0,49; p = 0,001) y (r = 0,42; p = 0,001) respectivamente.
Conclusiones: 1. Después de asistir al seminario las puntuaciones sobre conocimientos/manejo del paciente con *delirium*, fueron significativamente superiores. 2. La existencia de correlación entre las opiniones sobre la escena simulada y la percepción de lo aprendido, sugiere que la simulación jugó un papel importante en el aprendizaje.

PC-138. ¿QUÉ PACIENTES VALORA UN GERIATRA EN URGENCIAS?

H. Manjón Navarro[1], M. Pi-Figueras Valls[1], I. Pineda Pérez[1], A.M. Digon Llop[1], M.A. Márquez Lorente[2], M. Arellano Pérez[2] y O. Sabartes Fortuny[2]
[1]Hospital del Mar, Barcelona. [2]Hospital de la Esperanza, Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ancianos evaluados por un médico Geriatra en el Servicio de Urgencias del Hospital del Mar.
Métodos: Análisis retrospectivo del perfil de los pacientes ancianos valorados por un geriatra en Urgencias del Hospital del Mar desde enero del 2015 hasta marzo 2016. Se recogieron las variables siguientes: edad, sexo, valoración funcional mediante el índice de Barthel previo (BP) e índice de Lawton (IL); la situación cognitiva medida

mediante el test de Pfeiffer, la convivencia, el diagnóstico al ingreso y el destino al alta de Urgencias.
Resultados: Se analizaron un total de 99 pacientes, 55,6% mujeres y 44,4% hombres, con una edad media 84,93 ± 6,17 años. Tenían un BP 63 ± 24,04, IL 2 ± 2,83. Presentaban demencia previa un 43,43%. La convivencia de los pacientes evaluados fue: solo (31,31%), con hijos (24,24%), con el cónyuge (17,17%), en residencia (12,12%), con trabajadora familiar (5,05%) otros familiares (4,04%), piso compartido (2,02%), Centro sociosanitario (CSS) (1,01%). Los diagnósticos de ingreso fueron: infección respiratoria (27,27%), traumatismo-fractura (16,16%), síndrome confusional agudo (12,12%), cardiopatía (12,12%), infección de orina (9,09%), neurológico (9,09%), gastrointestinal (6,06%), deterioro psicofísico (2,02%), endocrino-metabólico (2,02%) y otros (4,04%). El destino al alta de urgencias fue: Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) (82,83%), unidad de Subagudos (3,03%), domicilio (2,02%), CSS (1,01%), otros hospitales (1,01%), exitus (1,01%) y otros (9,09%).
Conclusiones: 1. Los ancianos valorados eran parcialmente dependientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. 2. Un porcentaje considerable presentaban deterioro cognitivo previo. 3. El servicio receptor principal fue la UGA. 4. La infección respiratoria fue el diagnóstico de ingreso más prevalente seguido del traumatismo-fractura.

PC-139. GANANCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL (UGRF)

M.A. Gandarillas Valle, F. Iturralde García-Diego, A.I. González-Torre González y A.M. Rodríguez Valcarce
Hospital Santa Clotilde, Santander.

Objetivos: Analizar la ganancia funcional que presentan los pacientes remitidos por los Hospitales de Referencia, sin Valoración Geriátrica previa y dados de alta de nuestra UGRF.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ≥ 65 años, dados de alta desde UGRF en 2015. Se recogen parámetros sociodemográficos, clínicos, funcionales y asistenciales.
Resultados: En 2015 fueron dados de alta 238 pacientes ≥ 65 años; 55% mujeres; edad media 79,43 ± 7,6 años (65-100); estancia media 52,7 ± 45 días (1-259). 84% presentaban ≥ 5 diagnósticos codificados al alta. 23,53% fracturas, 22,69% artroplastias, 14,29% procesos cardiorrespiratorios, 13,03% ACVAs, 11,34% convalecientes otras cirugías y 15,13% convalecientes otros procesos médicos. Al ingreso 54,12% presentaban dependencia grave/total, 20,35% moderada, 21,21% leve y 4,33% eran independientes; Barthel medio al ingreso: 38,5 ± 27,8. Durante el ingreso fallecen 30 pacientes (12,61%). 208 pacientes son dados de alta (60% mujeres; edad media 79,16 ± 7,45 años; estancia media 54,66 ± 45,71 días); 78,9% retornan a domicilio, 9,62% son trasladados a hospital agudos, 10,10% se institucionalizan y 3 son altas voluntarias. Mayor estancia media en fracturas y ACVAs, siendo la menor la de los pacientes de ortopedia (p = 0,0006). Ganancia funcional media al alta 28,02 ± 26,36 puntos; Índice de Barthel medio al alta 67,21 ± 35,62 puntos. 31,41%: presentaban dependencia grave/total al alta, 9,13% dependencia moderada, 12,02% dependencia leve y 51,44% eran independientes. Artroplastias, fracturas y patología cardiorrespiratoria, presentaban mayor I. Barthel (p = 0,0001) y mayor ganancia funcional (GF) (p = 0,001) al alta. La GF es mayor en los que ingresan con dependencia moderada/severa (p = 0,0005). Los pacientes con mayor GF (p = 0,001) y mayor Barthel (p = 0,0005), retornan a domicilio.
Conclusiones: Los pacientes que más se benefician de nuestra UGRF son aquellos con algún tipo de fractura o intervenidos de artroplastia, ya que retornan a domicilio prácticamente independientes. A mayor nivel de dependencia, mayor tasa de institucionalización al alta. Ictus y fracturas generan más estancias; una valoración pronóstica y del potencial rehabilitador al ingreso, con una adecuada selección de casos mejoraría el rendimiento de la Unidad.

PC-140. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PACIENTE ANCIANO

B. Solas Gómez, A. Chato Mahamud, F. García García y E. Fernández del Palacio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: En la correcta atención a los pacientes ancianos es básica la valoración integral al ingreso, así como la realización de un informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria. El objetivo es conocer los déficit y alteraciones que presenta el paciente con la finalidad de establecer los cuidados de continuidad específicos que requiere el paciente al alta y resolver los problemas de salud pendientes de solución.
Métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría en un Hospital Terciario, desde: marzo-junio 2015 con un tamaño muestral de 328. Se recogen las siguientes variables: edad, género, días de estancia, valoración funcional (Barthel), ulceras vasculares y de presión, dolor (escala analógica visual EVA), necesidad de dispositivos externos, caídas y exitus hospitalario. Todos los pacientes tienen valoración al ingreso y alta para establecer los cuidados realizados durante su ingreso y las necesidades que precisarán al alta.
Resultados: Género femenino: 68,3%. E. media: 9,2 días. Edad media 87,6 años. Barthel medio ingreso: 43 y al alta: 45. EVA medio durante ingreso 3,4 EVA alta: 1,1. Antecedentes caídas 29,8%, caídas durante el ingreso: 0,5%. Índice propio de ulceración durante el ingreso 2,4%. Al alta el 25,6% precisan cuidados relacionados con dispositivos externo y/o curas distintas a las UPP. Un 12.19% precisan curas de UPP. Total 21 exitus (6,5%).
Conclusiones: 1. Los pacientes ingresados presentan un grado de deterioro funcional que no empeora a pesar de la hospitalización 2. Durante el ingreso mejora significativamente el control del dolor. 3. Un porcentaje importante precisa cuidados al alta hospitalaria que quedan cubiertos con el informe de continuidad de cuidados y la unidad de enfermería de enlace.

PC-141. PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

M.N. Vaquero-Pinto[1], C. Sánchez-Castellano[1], A. Merello-De Miguel[1], A.C. Ramírez-Archundia[2] y A.J. Cruz-Jentoft[1]
[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [2]Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, México.

Introducción: Se diseñó un estudio para identificar marcadores biológicos en sangre periférica para el diagnóstico precoz de sarcopenia en mayores de 80 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico de fractura de cadera. Se analizaron diversos marcadores inflamatorios y neuromusculares y se realizaron pruebas funcionales para el diagnóstico de sarcopenia, previamente a la cirugía.
Objetivos: Describir los datos relacionados con la prevalencia de sarcopenia en los pacientes que participaron en el referido estudio, sin analizar los referidos a marcadores biológicos, al no haber alcanzado aún la N calculada para ese análisis.
Métodos: Se diagnosticó sarcopenia según masa muscular (fórmulas de Janssen [FJ] y Masanés [FM], por bioimpedanciometría) y fuerza de prensión (dinamómetro). Se recogieron variables sociodemográficas, evaluación cognitiva (Pfeiffer, GDS-Reisberg), funcional (Barthel, Lawton, FAC, ayudas técnicas), nutricional (MNA), antropometría, nº caídas, nº fármacos.
Resultados: N = 87. Edad: 88 ± 4,7. Mujeres: 82,8%. Sarcopénicos según FJ: 8,8%, según FM: 33,7%. MNA medio: 10,4 ± 2,7. IMC = 25,6 ± 14,7. Independientes en llano o escaleras 74,5%. Pfeiffer: 50% hasta

2 errores. 70% no demencia, 18,8% moderada-grave. 75,3% dependencia leve o moderada, 12,9% independientes básicas. 83,7% toman 4 o más fármacos. 69%, dos o más caídas previas. Se valoró la relación de sarcopenia con todas las características recogidas, encontrándose asociación únicamente con el tipo de fractura (subcapital, p = 0,018).
Conclusiones: La prevalencia de sarcopenia en pacientes con fractura de cadera es inferior a la esperada; este dato concuerda con lo encontrado por otros grupos de ámbito nacional. En nuestra muestra, la fractura que más presenta el grupo de sarcopénicos es la subcapital. También encontramos importantes diferencias en la prevalencia calculada según qué fórmula utilicemos, como se discute en los trabajos publicados hasta la fecha, siendo más sensible en nuestro ámbito la fórmula de Masanés.

PC-142. EL PAPEL DE LOS CENTROS RESIDENCIALES EN LA CONVALECENCIA: EVOLUCIÓN DE PERFILES Y NECESIDADES EN POBLACIÓN ATENDIDA DE 2013 A 2015

J. Pascual Torramadé, I. Ancizu García, M. de las Heras, R. Vaca Bermejo y D. Espina Rosales
SARquavitae, Barcelona.

Objetivos: Explicitar el cambio de perfil de las personas atendidas en centros residenciales para personas mayores y objetivar el rol de estos centros como nivel asistencial intermedio.
Métodos: Se compara el perfil de las personas atendidas en centros residenciales en 2013 (n = 9.790) y 2015 (n = 11.494) a partir de la historia asistencial informatizada (GCR).
Resultados: En 2013 un 65,3% de personas tenía dependencia funcional de total a moderada frente al 61,6% de 2015. Además, un 65,6% de personas presentaban, en 2013, un deterioro cognitiva grave o moderado frente al 63,3% de 2015. Se observa un importante descenso de las altas debidas al fallecimiento, pasando del 43,2% en 2013 al 28,8% de 2015. Así, se produce un substancial aumento de las altas a domicilio, pasando del 34,7% de 2013 al 53,7% de 2015. Aumentan las estancias temporales de convalecencia con finalidad rehabilitadora. Se acentúa la pluripatología, polifarmacia y necesidad de cuidados específicos de enfermería. En 2013 el 68,8% tenían 3 o más diagnósticos frente al 74,1% de 2015. En 2013 el 69% tenían prescritos más de 6 fármacos en el momento del ingreso, frente al 72,6% que estaban en la misma situación en 2015.
Conclusiones: Se objetiva que los usuarios atendidos en centros residenciales necesitan cuidados sociosanitarios integrales más que cuidados exclusivamente sociales, debido al aumento de la complejidad clínica. Con todo ello, se evidencia que en un porcentaje significativo de plazas residenciales se está proporcionando una asistencia sanitaria cualificada, integrada y centrada en la persona. De esta forma, los centros residenciales, contribuyen, en gran medida, a reducir la presión asistencial sobre los demás niveles del sistema sanitario al asumir una significativa carga sanitaria. Se configura la necesidad de que estos centros, debidamente acreditados por Servicios Sociales y Sanidad, actúen como servicios sociosanitarios especializados en el cuidado de personas mayores en situación de cronicidad o dependencia, de forma coordinada con el resto de niveles asistenciales.

PC-143. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

C. Rodríguez Riera, R. Benavent Boladeras, S. de las Cuevas y S. Argemí
Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Introducción: La vitamina D (vitD) desempeña un papel fundamental en el metabolismo óseo y en la homeostasis de otros órganos y tejidos de nuestro organismo. La prevalencia del déficit de vitamina D en España es elevada, siendo superior en las personas mayores de 70 años, especialmente si están institucionalizadas. El déficit es de causa multifactorial y su tratamiento aún insuficiente.
Objetivos: Conocer la prevalencia del déficit de vitamina D en pacientes atendidos en el Programa Pacient Malalt Crònic Complex de Geriatría (PPMCC) del Hospital General de Granollers en la comarca del Vallès Oriental (Barcelona); factores etiopatogénicos, cuantificación del déficit y su tratamiento.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. Pacientes escogidos aleatoriamente que acuden al PPMCC. Se registran datos demográficos, función renal (FG); fármacos (IBP, corticoides), ingesta diaria de vitD (UI), exposición solar (minutos/día), niveles séricos de vitD (ng/ml) y tratamiento sustitutivo.
Resultados: Se revisaron 59 pacientes en total. El 72,8% eran mujeres con edad media de 84,11 años y dependencia funcional moderada. Un 70,8% procedía de domicilio y en un 63,8% se describía algún grado de deterioro cognitivo. Se dispuso de niveles de vitD en 40 pacientes con una prevalencia global del déficit del 67,7%. Solo un 15,6% de los 40 pacientes recibía tratamiento sustitutivo, con niveles de vitD media de 30,36 (DE 13,3). Entre aquellos que no recibían tratamiento sustitutivo, los niveles de vitD fueron de 19,39 (DE 14), de los cuales, un 15% tenía niveles muy bajos (< 10 media 6,74 DE 2,13), un 32,5% vitD 11-20 y un 37,7% vitD 21-30. El FG medio fue de 46,82 (DE 48,58). Un 53,3% de pacientes recibía IBP y un 2,2% corticoides (ambos, un 11,1%). La exposición solar 7,71 min/día (DE 17,09). Ingesta dietética diaria de vitD 333 UI.
Conclusiones: Se confirma la alta prevalencia del déficit de vitamina D en esta cohorte de pacientes, así como el aporte insuficiente de vitamina D procedente de la dieta y la baja exposición solar. También se constata la normalización de los niveles en pacientes suplementados con vitamina D.

PC-144. MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA POR UN EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO

M.E. Baeza-Monedero, J. Albéniz-López, P. Fernández-Montalbán, A.J. Cruz-Jentoft y L. Rexach-Cano
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El programa de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que lleva a cabo el Equipo de Soporte Hospitalario (ESH) tiene como objetivo la atención integral del paciente renal en el que se ha desestimado el tratamiento renal sustitutivo, priorizando la calidad de vida y el control sintomático.
Objetivos: Estudiar el perfil de pacientes tratados por un ESH de un hospital terciario, situación basal, funcional, tratamiento, origen de la nefropatía, motivo de no dializar, función renal y alteraciones analíticas en el momento de la inclusión. También se analizó la sintomatología más prevalente y su intensidad.
Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes incluidos en un programa de ERCA durante un periodo de cuatro años (2011-2015). Mediante la historia electrónica se recogieron datos basales, funcionales y analíticos, farmacología, etiología de la nefropatía, motivo de desestimar diálisis y sintomatología.
Resultados: n = 126 pacientes. Edad media: 80 años, 60,3% hombres. El 34% presenta algún grado de dependencia y casi el 47% presenta más de 5 comorbilidades. La principal etiología fue la nefropatía diabética en el 32,5% de los casos, seguido del origen vascular (24,6%). El principal motivo de no dializar fue multifactorial (34,1%) seguido de insuficiencia de órgano (27,8%), deterioro funcional (10,3%) y negativa del paciente a dicho tratamiento (9,5%). El 65,2% de los pacientes presentaba una tasa de filtrado glomerular (TFG) menor de 15 ml/min/1,73 m^2, siendo inferior a 7 en 1/3 de ellos. El 25%de las mujeres presentaron valores normales de hemoglobina, y sólo el 3,9% en el grupo de varones. Diuréticos de asa (75,4%), eritropoyetina (53,2%) y analgesia de primer escalón (50,8%) fueron los fármacos más prescritos en estos pacientes, seguido por bicarbonato y benzodiacepinas. El síntoma más prevalente fue el dolor, presente en el 44.4% de los pacientes, siendo de intensidad leve en la mayoría de ellos. Disnea y

náuseas fueron menos frecuentes (38,2% y 10,3% respectivamente), así como astenia, estreñimiento y prurito.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes incluidos en un programa de ESH presentan una TFG inferior a 15 ml/min/1,73 m^2, y una carga moderada de comorbilidades, siendo la principal causa de no dializar motivos multifactoriales e insuficiencia grave de órgano. Su principal síntoma sigue siendo el dolor, aunque de intensidad leve-moderada que se controla con analgesia de primer escalón.

PC-145. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA EN PACIENTES MAYORES. DESCRIPCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA

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

Objetivos: Identificar las características ecocardiográficas y describir la comorbilidad, tratamiento farmacológico y la mortalidad en pacientes mayores ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección preservada.
Métodos: Estudio longitudinal que incluye a pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (según los criterios clínicos de Framingham) en una Unidad de Agudos. Periodo de estudio (enero 2012-diciembre 2014). Muestra total (n = 378). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad, valoración funcional, clase funcional de la NYHA, tratamiento previo y al alta, factores desencadenantes. Variables ecocardiográficas: fracción de eyección, hipertensión pulmonar, dilatación auricular, coeficiente EE', presencia de valvulopatías. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS v23.0.
Resultados: Edad 89,24 ± 5,5 años. Mujeres 76,7%. Fallecieron durante el ingreso (11,1%) y al año de seguimiento (41,6%). Características ecocardiográficas: HTP 49,7%, (leve: 25%, moderada: 50,1%, grave: 24,9%), dilatación auricular 77,4% (leve: 36,1%, moderada: 35,1%, grave: 28,8%), insuficiencia mitral (62,7%), estenosis mitral (11,2%), insuficiencia aórtica (46%), estenosis aórtica (18,9%), insuficiencia tricuspídea (59,5%). Coeficiente EE'11,1. Comorbilidad: Índice Charlson 6 RIC (4-8). Fármacos ingreso vs alta: diuréticos de asa (52,9% vs 73,5%), IECAs (29,4% vs 35,4%), calcioantagonistas (25,1% vs 18,8%). Causas de reagudiazación: infecciones (53,2%) la mayoría respiratoria, taquiarritmia (22,5%). Complicaciones (72%), delirium (18,3%), alteraciones metabólicas (32,8%), infecciones (44,4%), IRA (38,6%), anemia (26,5%), arritmias (31,2%). Se asoció la presencia de IM grave con aumento de la mortalidad a 1 año (p = 0,036). Disminuye la mortalidad la retirada de fármacos (p = 0,002), retirada de calcioantagonistas (p = 0,049), añadir diuréticos de asa (p = 0,002) y IECAs (p = 0,001).
Conclusiones: 1. Dentro de los pacientes con IC con FEVI conservada un alto porcentaje presentan dilatación auricular seguida de Insuficiencia mitral e HTP. 2. La prescripción de diuréticos de asa y IECAs y la retirada de Calcio antagonistas del tratamiento médico ha demostrado disminuir la mortalidad a un año de seguimiento. 3. La IM severa está relacionada con aumento de la mortalidad a un año de seguimiento, no se encontró asociación con la HTP o dilación auricular en esta muestra.
Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

PC-146. FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO HOSPITALARIO TEMPRANO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

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

Objetivos: Identificar los factores asociados a reingreso a 30 días por insuficiencia cardiaca (IC).
Métodos: Estudio cohortes observacional. Se incluyen pacientes dados de alta con diagnóstico de IC entre enero 2012 y diciembre 2014, con un periodo de seguimiento de 1 año. Variables: edad, género, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidad, situación funcional, síndromes geriátricos, medicación prescrita, factores desencadenantes, función ventricular, variables analíticas, fecha de reingreso por IC y por otras causas. Análisis estadístico: programa SPSS versión 23.0.
Resultados: Se analizaron 571 pacientes, con edad media 89,47 ± 5,53, siendo el 72,2% mujeres. El Índice de Charlson medio fue 6,94 ± 2,81. Las variables de resultado fueron reingreso a 30 días y reingreso a un año. 276 pacientes (48,3%) no reingresan a 1 año y 295 (51,7%) sí lo hacen, de los cuales en el primer mes reingresa el 39,7%, de 1 mes a 6 meses el 43% y de 6 meses a 1 año el 17,3%. El mayor motivo de reingreso en el primer mes tras el alta es la reagudización por IC (p < 0,001). Análisis multivariado reingresos a 30 días por IC: Anemia (OR: 1,91, IC95% 1,1-3,5, p = 0,020), ingreso previo por IC (OR: 2, IC95% 1,1-3,8, p = 0,023), NYHA II (OR: 3,1, IC95% 1,4-7,1, p = 0,007), NYHA III-IV OR: 2,5 (p = 0,57).
Conclusiones: 1. La mitad de los pacientes hospitalizados por IC, presentan al menos un reingreso en el primer año. 2. Los reingresos tempranos son debidos principalmente a reagudización de la enfermedad. Influyen además la anemia, tener ingresos previos por IC y el grado funcional de la NYHA. 3. Los reingresos tardíos están asociados a otras comorbilidades no relacionados con la IC.
Trabajo financiado por el Instituto de Salud Carlos III mediante PI Project PI109/91116 cofinanciado por el Fondo Europeo del Desarrollo.

PC-147. INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES NONAGENARIOS

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

Objetivos: Identificar las diferencias en comorbilidad, tratamiento farmacológico y la mortalidad entre la población mayor y menor de noventa años ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) en una Unidad de Agudos.
Métodos: Estudio longitudinal de seguimiento que incluye a pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Periodo de estudio (enero 2012-diciembre 2014). La muestra total (n = 564) se dividió en 2 grupos: menores de 90 años (296) y mayores de 90 años (268). Se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, comorbilidad, valoración funcional según Katz, clase funcional de la NYHA, tratamiento previo y al alta, factores desencadenantes, fracción de eyección medida por ecocardiografía transtorácica y mortalidad durante el periodo de seguimiento. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS v23.0.
Resultados: En el grupo de los nonagenarios: menor prevalencia de HTA (p = 0,011), DM tipo 2 (p = 0,046), dislipidemia (p = 0,007), cardiopatía isquémica (p = 0,037), hipertensión pulmonar (p = 0,021), oxígeno domiciliario (p = 0,026), valvulopatías (p = 0,003) y depresión (p < 0,001). Mayor dependencia funcional usando la escala de Katz (p = 0,035). Utilización de dosis menores de digoxina (p = 0,014) y menor prescripción de diuréticos (p = 0,015) y beta bloqueantes (p < 0,001) al alta y al ingreso (p = 0,011), incluyendo los cardioselectivos (p = 0,041). Se encontraban anticoagulados en menor proporción al ingreso (p = 0,002) como al alta (p = 0,003). En los dos grupos se encontró polifarmacia sin embargo los nonagenarios toman menos fármacos (p = 0,032). Presentaban mayor prevalencia de delirium durante el ingreso (p = 0,030). Parámetros analíticos presentaban menor hematocrito (p = 0,017), filtrado glomerular (p = 0,005), proteínas totales (p = 0,007), albúmina (p = 0,002) y calcio (p = 0,001) y mayores niveles de urea (p = 0,034). No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad a 1 año en ambos grupos.

Conclusiones: 1. Los pacientes nonagenarios presentan menor comorbilidad, aunque con un mayor grado de dependencia. 2. Se prescriben menor número de fármacos para IC en los nonagenarios. 3. Los nonagenarios presentan peor función renal y estado nutricional. 4. No se encontró mayor incidencia de mortalidad en este grupo etario.

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

PC-148. PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN PACIENTES ORTOGERIÁTRICOS

A. Muñoz Pascual[1], P. Sáez López[2], M.T. Guerrero Díaz[1], F. Prado Esteban[1], G. Estrada[1], E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara[1] y F.L. Hunicken[1]
[1]Hospital General de Segovia, Segovia. [2]Hospital de Ávila, Ávila.

Objetivos: Analizar la patología respiratoria que presentan, los pacientes mayores de 75 años, previa al ingreso y durante la hospitalización por fractura de cadera.
Métodos: Se han estudiado todos los pacientes ingresados durante el año 2015 en el Servicio de Traumatología del Hospital General de Segovia (HGSG), a través de una hoja de recogida de datos donde se detallaban determinadas comorbilidades, características funcionales, cognitivas y sociales. Se realizó un seguimiento al mes de la supervivencia y reingresos hospitalarios.
Resultados: Se estudiaron 206 pacientes, con una edad media de 87,1 ± 5,5 años, un 75% eran mujeres. El 92% de los pacientes tenían una o dos patologías previas al ingreso por fractura. El 12,1% tenían patología respiratoria previamente conocida, dentro de éstos: el 40% tenían EPOC (en sus distintos grados de gravedad), el 12% SAOS, el 8% eran asmáticos, 8% con bronquiectasias, 8% neumopatía restrictiva y un 12% otras. El 20% de estos pacientes precisaban oxigenoterapia domiciliaria. Durante el ingreso hospitalario por fractura de cadera tuvieron complicaciones respiratorias el 18,9% del total, de éstos: el 64,1% fueron infecciones respiratorias no condensativas, 20,5% cursaron con neumonías intrahospitalarias, el 5,1% broncoaspiraron durante el ingreso y el 10,2% tenían infección respiratoria y/o neumonía previo al ingreso hospitalario. Precisaron la prescripción de oxigenoterapia al alta el 2,4% de los pacientes. Las complicaciones respiratorias durante el ingreso hospitalario se relacionaban estadísticamente con la mortalidad hospitalaria ($p < 0,05$), la ubicación al alta en unidades de convalecencia, la mortalidad al mes del alta ($p < 0,01$), aumentaban tanto la espera quirúrgica ($p < 0,01$) como la estancia hospitalaria global ($p < 0,001$) y empeoraban el Barthel al alta ($p < 0,01$), sin encontrar relación con los reingresos al mes del alta. La patología respiratoria previa no se relacionaba con ninguno de los ítems anteriores.
Conclusiones: Las complicaciones respiratorias que ocurren en nuestro hospital durante el ingreso hospitalario tienen una proporción similar a otras series como las encontradas en el Hospital de Ávila, aunque superior a la registrada en Castilla y León. Sería preciso prestar especial atención a estos pacientes con complicaciones respiratorias intrahospitalarias para hacerles un seguimiento y una intervención posterior más exhaustiva.

PC-149. EL DELIRIUM, UN RETO EN URGENCIAS

T. Noguera Rico, A.B. Vena Martínez, A.I. Martínez Pérez, M. Martínez, L. Nadal y R. García
Servicio de Geriatría, Hospital Santa Maria, Lleida.

Introducción: El delirium es uno de los trastornos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico, así como las complicaciones que implica. No podemos olvidar que se trata de una de las formas más frecuentes de presentación de patologías graves en el anciano y en muchas ocasiones consecuencia del tratamiento farmacológico utilizado. En el ámbito de la atención de urgencia estudios recientes han objetivado una incidencia de delirio de un 10%, pero sólo uno de cada cinco casos es reconocido por el médico de urgencia siendo el delirium hipoactivo el peor identificado.
Objetivos: Analizar la frecuencia de delirium de los pacientes que acuden a urgencias, etiología más frecuente asociada y la efectividad del uso del CAM (Confussion Assessment Method) en los pacientes valorados por una unidad multidisciplinar de Geriatría.
Métodos: Estudio descriptivo-prospectivo de los pacientes valorados por la Unidad de Geriatría de Urgencias (enero-diciembre'15). N = 1.754 tanto en el área médica/quirúrgica. Se aplicó protocolo de la unidad (datos demográficos/valoración geriátrica integral y en los casos donde CAM (+) se determinó la etiología del mismo. Se realizó seguimiento de los pacientes CAM (-) para evaluar desarrolló delirium < 24h del alta desde urgencias a planta.
Resultados: Un 12,43% de todos los pacientes valorados presentaron un test de CAM (+) (n 208, $p < 0,01$) siendo 45% delirium hipoactivo. Demográficos: H/M: 93/115. Edad media (84 ± 2DE). I. Barthel < 40 (65%). I. Charlson > 4 (61%). Polifarmacia (73%). Etiología: ITU (21% con urino+), Fármacos (12%) (27% digoxina,18% ADOs). Solo 1% CAM (-) se diagnosticó de delirium en planta en ≤ 24h del alta de urgencias.
Conclusiones: 1. Nuestro índice de delirium es muy similar al descrito en la literatura, siendo más frecuente en los pacientes con mayor multimorbilidad, dependencia funcional y polifarmacia. 2. El test de CAM debería ser incorporado como instrumento en nuestra práctica diaria dentro de la valoración del paciente complejo que acude a urgencias dada su eficacia. 3. La digoxina y los ADOs fueron los fármacos que más frecuentemente provocaron delirium.

PC-150. INFLUENCIA DE SÍNTOMAS APÁTICOS EN LA PROGRESIÓN DE DCL A DEMENCIA

L. Carpio García[1], E. Edmonds[2], M.W. Bondi[2] y D. Salmon[3]
[1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [2]Department of Psychiatry, University of California, San Diego. [3]Department of Neuroscience, University of California, San Diego.

Objetivos: Determinar si la apatía predice la progresión de deterioro-cognitivo-leve (DCL) a demencia en los subtipos de DCL.
Métodos: Los datos se obtuvieron de Alzheimer's-Disease-Neuroimaging-Iniciative (ADNI), estudio de cohortes prospectivo multicéntrico. Se usó un análisis del rendimiento en test neuropsicológicos de base para identificar los subgrupos dentro de la cohorte ADNI-DCL (n = 825). Se examinaron datos demográficos, neuropsicológicos, apatía y genotipo-APOE. La apatía fue determinada por NPI-Q y por 3 ítems de apatía de Geriatric-Depression-Scale (GDS-15 items). Criterio exclusión: depresión definida como GDS ≥ 6. Los participantes fueron divididos en 4 grupos según presencia o ausencia de apatía y rasgos depresivos. Examinamos la progresión de DCL a demencia en los subgrupos de DCL, usando regresión de Cox, ajustando por edad, educación, género y MMSE.
Resultados: La cohorte tuvo mediana de 73,6 años, 16 años de educación y 56,7% = varones. Subtipos-DCL: DCL-Disnómicos (n = 153); DCL-Disejecutivos (n = 102); DCL-Amnésicos (n = 288) y DCL-Cluster-derived-normal (n = 282), los cuales puntuaban dentro de límites normales en la valoración cognitiva global, a pesar de su diagnóstico de ADNI-DCL. Apáticos: n: 468 usando GDS (positivo en ≥ 1 de los 3 ítems), y n: 77 usando NPI. Durante un seguimiento de 18 meses (RIC: 12-36), 234 (21,1%) participantes progresaron a EA. Hubo diferencias significativas entre los subtipos-DCL respecto a la conversión a demencia ($p < 0,001$). Usando DCL-Cluster-derived-normal como referencia (p: 0,001), la tasa de progresión de DCL-Disejecutivos fue la más alta, siendo 5,7 veces mayor que los DCL-Cluster (HR: 5,74, IC:

3,59-9,158). La presencia de apatía y/o rasgos depresivos de base, no presentó asociación significativa con la evolución del deterioro cognitivo en ningún subtipo. Al usar subtipo de DCL como factor de interacción, los DCL-Disnómicos fueron el único grupo donde la apatía presentó un incremento relativo de riesgo de conversión (HR: 2,54, IC95%: 0,98-6,54), p = 0,054. Los rasgos depresivos, solos y con apatía, se asociaron con genotipo-APOe4, pero la apatía sin depresión no presentó asociación.
Conclusiones: 1. La tasa de progresión de DCL a EA difiere entre los subtipos de DCL, pero no es predicha por la presencia de rasgos de apatía y/o depresión excepto en el subtipo DCL-Disnómico. 2. Estudios previos que mostraban una relación entre apatía y progresión a demencia, se pueden deber a un pequeño tamaño muestral, o al uso de DCL como categoría heterogénea.

PC-151. ANEMIA Y FRACTURA DE CADERA

M.P. Mesa Lampré[1], V. Canales Cortés[2] y M.P. Arbona Campos[1]
[1]Hospital Provincial, Zaragoza. [2]Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Objetivos: Comprobar la prevalencia de pacientes con anemia. Confirmar su peor evolución y mayor número de complicaciones.
Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con fractura de cadera recogidos en la base de datos de la Unidad de Ortogeriatría durante los años 2013 y 14. Se analizan la estancia, mortalidad, complicaciones y estado funcional en aquellos que presentaron anemia en algún momento del proceso. SPSS 15.
Resultados: 319 pacientes. Anemia previa (OMS) 50,5%, al alta 90,6%, al mes 39,5%. Edad media si anemia previa 86,9 años, dos años más que en grupo sin anemia previa (p = 0,003). Precisaron transfusión 56,4%. EPO 47%. Encontramos relación de anemia previa con anemia al mes (p = 0,000; OR: 5,9), haber necesitado transfusión (p = 0,000; OR: 3,2) y mayor mortalidad hospitalaria (p = 0,020; OR: 3). Aquellos que no presentaron anemia al alta, seguían sin anemia al mes (p = 0,007). Al alta había más pacientes anémicos en el grupo que no se había transfundido (p = 0,026). Se transfundió menos a las fracturas subcapitales (p = 0,003) que a las trocantéreas (p = 0,006). Aquellos que fueron tratados con EPO (Hb previa < 12), recibieron más transfusiones (p = 0,000; OR:3,6), sobre todo aquellos con Hb < 10 (p = 0,045). Al mes presentaban más anemia que el grupo no tratado con EPO (p = 0,000). De los 319 pacientes, aquellos que precisaron transfusión aumentaron su estancia en dos días (p = 0,002). No relación de anemia previa con complicaciones infecciosas, delirium, insuficiencia cardiaca, estancia ni capacidad funcional.
Conclusiones: Presentar anemia previa a la fractura de cadera aumentó en tres veces las posibilidades de necesitar transfusión y de muerte durante la hospitalización. Aquellos con anemia previa tuvieron casi seis veces más de riesgo de continuar con anemia al mes. Haber precisado transfusión durante la hospitalización no aumentó el riesgo de infección en nuestra muestra, pero sí la estancia.

PC-152. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA?

E. Martín de Francisco Murga[1], B. Alvira Rasal[1], E. García Gómez[1], A. Malanga Ferrari[1] y J. García Fernández[2]
[1]Hospital Infanta Elena, Valdemoro. [2]Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid.

Objetivos: Evaluar las características evolutivas de los pacientes que ingresan con fractura de cadera en Traumatología, atendidos por nuestro Servicio de Geriatría durante todo el proceso asistencial.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 65 años, ingresados por fractura de cadera en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid). Se han recogido 25 variables sociodemográficas y relativas a la funcionalidad y situación cognitiva de los mismos, siendo analizadas con el sistema estadístico SPSS.
Resultados: La muestra está formada por un total de 138 pacientes correspondientes a 73 ingresos en la Unidad de Ortogeriatría de junio a diciembre de 2015 y 65 ingresos de junio a diciembre de 2010. En el primer grupo la edad media fue de 85,23 años (con 30,13% de nonagenarios), de los cuales 60,27% eran mujeres frente a una edad media de 81,4 años y 56% de mujeres en el segundo grupo. En el año 2015 muchos de nuestros pacientes procedían de residencias (39,8% frente al 26% en 2010) y en un porcentaje no desdeñable (20%) la caída se produjo en horario nocturno (dato posiblemente atribuible a la restricción de personal médico y de enfermería llevado a cabo en los centros sociosanitarios en los últimos tiempos). El Barthel promedio al ingreso fue de 66/100 para el primer grupo y 77/100 para el segundo, con un GDS promedio similar en ambos grupos en torno a 2-3/7.
Conclusiones: Se vislumbra una tendencia a la longevidad con un incremento de la edad media, a expensas de una mayor morbimortalidad e institucionalización, lo que representa un reto continuo para la especialidad en la mejora de la atención a nuestros pacientes.

PC-153. SOPORTE DEL HOSPITAL DE DIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (HDPCC) AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE MATARÓ

F. Alzaga Fernández, C. Vázquez, M. Méndez, R. Monteis y R. Cristòfol
Hospital de Mataró, Mataró.

Objetivos: Implementar un programa transversal entre diferentes niveles asistenciales, para mejorar la eficiencia de nuestras actuaciones a los pacientes crónicos complejos (PCC). Facilitar la coordinación, y posibilidad de derivación del PCC, de pacientes procedentes de urgencias, en situación de descompensación de sus patologías de base, y que sean susceptibles de posterior seguimiento clínico en el HDPCC. Integrar en un solo acto: valoración geriátrica, exploraciones complementarias y decisiones clínicas, incluyendo tratamientos cortos en medio hospitalario (sin ingreso). Evaluar el impacto que representa en la actividad del HDPCC el soporte al servicio de urgencias para, reducir las visitas a dicho servicio, y evitar ingresos hospitalarios.
Métodos: Se ha elaborado un circuito de valoración y derivación de los pacientes geriátricos atendidos en urgencias al HDPCC. Se ha realizado revisión de los pacientes valorados en el HDPCC, procedentes del servicio de urgencias durante el año 2015. Criterios de inclusión: > 75a, dos o más ingresos urgentes en < 1 año con estancia > 9 días, y al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: ICC, MPOC, c. isquémica, demencia, AVC, hepatopatia crónica o diabetes. Criterios de exclusión: dependientes sin cuidador principal, sociopatía importante, situación terminal, alta dependencia.
Resultados: Periodo analizado: 2015. Visitas realizadas: 1.133 (primeras visitas: 352, visitas de seguimiento: 781). Pacientes procedentes de urgencias: 99 (han generado un total de 228 visitas). Edad media: 87,2 a. Principales diagnósticos de derivación: Anemia, Trastornos psico-conductuales asociados a demencia, deterioro funcional-caídas, insuficiencia cardíaca, infección respiratoria, dolor osteoarticular. Barthel: > 60: 57 pacientes. < 60: 42 pacientes. Charlson: media: 2,1. 75 pacientes. precisaron exploraciones complementarias. 7 pacientes precisaron tratamiento en la unidad. Altas: 29: Domicilio 15, Centro Sociosanitario 9, Residencia 4, Psiquiatría 1. 59 pacientes volvieron a acudir a urgencias, reingresando 29 de ellos. Fallecieron 8 pacientes.
Conclusiones: Hemos conseguido una notable interrelación con el servicio de urgencias para valoración de pacientes geriátricos. Se realiza una asistencia integral-interdisciplinaria en la atención al PCC. Percepción de elevado nivel de satisfacción del paciente (y familiares). Hemos colaborado en disminuir los ingresos desde urgencias al derivarlos al HDPCC, disminuyendo también el consumo de recursos sanitarios. Debemos incidir más en los pacientes reincidentes y potencialmente reingresadores.

PC-154. LA VELOCIDAD DE LA MARCHA PREDICE EL USO DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES EN LA COMUNIDAD

M. Carpena Ruiz[1], N. Gómez-Escalonilla[2], N. Reyes[2], M.D.P. de Antonio[3], S. González[1] y A.J. Cruz Jentoft[4]
[1]Centro de Salud Valdealafuentes, Alcobendas. [2]Centro de Salud San Fernando de Henares II, San Fernando de Henares. [3]Centro de Salud Colmenar Viejo Norte, Colmenar Viejo. [4]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La velocidad de la marcha habitual (VM) es una medida del rendimiento físico en que predice la mortalidad y otros resultados de salud e personas mayores. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre la VM y el uso de recursos sanitarios durante un año.
Métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo de sujetos > 64 años capaces de deambular que asistieron a un CS para una consulta médica o de enfermería durante un mes. Se recogieron algunas variables basales (edad, sexo, MNA, número de fármacos) y la VM. En el año siguiente a dicha visita se recogieron todas las consultas urgentes y programadas realizadas en el CS, el número de visitas a Urgencias o ingresos hospitalarios y las consultas a especialistas.
Resultados: Se incluyeron 98 sujetos, 75,5 ± 6,8 años (65 a 91), 61% mujeres. Al cabo de un año se habían perdido 4 sujetos y uno había fallecido, el análisis se hace sobre 93 sujetos. VM: 0,88 ± 0,21 m/s (0,41 a 1,32). Sólo un 30,6% tenía una VM normal (VM ≥ 1 m/s). El número medio de visitas programadas al CS fue de 22,9, el de visitas urgentes 0,83 y el de visitas a especialistas 0,86. El 40% acudieron a Urgencias en al menos una ocasión y el 9% fueron hospitalizados. Una VM más baja se relacionó con un mayor número de visitas programadas (r = -0,34) y urgentes (r = -0,20) y de visitas a especialistas (r = -0,20). El porcentaje de visitas a Urgencias fue similar en aquellos con velocidad de la marcha baja y normal (44% vs 32%, p = 0,30), pero todos los ingresos hospitalarios se dieron en aquellos con VM baja (13% vs 0%, p = 0,05).
Conclusiones: La VM medida en Atención Primaria guarda relación con el consumo de recursos (visitas al CS y a especialistas) y con la hospitalización en el año siguiente.

PC-155. EL CRIBADO NUTRICIONAL CON EL MNA NO PREDICE EL USO DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES EN LA COMUNIDAD

M. Carpena Ruiz[1], M.P. de Antonio[2], S. González[1], N. Reyes[3], N. Gómez-Escalonilla[3] y A.J. Cruz Jentoft[4]
[1]Centro de Salud Valdelasfuentes, Alcobendas. [2]Centro de Salud Colmenar Viejo Norte, Colmenar Viejo. [3]Centro de Salud San Fernando de Henares II, San Fernando de Henares. [4]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La malnutrición predice la aparición de numerosas complicaciones médicas en personas mayores, por lo que se ha recomendado su cribado cuando su prevalencia es alta (hospital, residencias). Sin embargo, el valor de los test de cribado de malnutrición en la comunidad (Atención Primaria) aún no es evidente. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre el resultado del MNA y el uso de recursos sanitarios en el año siguiente.
Métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo de sujetos > 64 años capaces de deambular que asistieron a un CS para una consulta médica o de enfermería durante un mes. Se recogieron variables basales (edad, sexo) y el resultado del MNA (versión de 14 puntos). En el año siguiente se recogieron las consultas urgentes y programadas en el CS, el número de visitas a Urgencias o ingresos hospitalarios y las consultas a especialistas.
Resultados: 98 sujetos, 75,5 ± 6,8 años (65 a 91), 61% mujeres. Al año se habían perdido 4 sujetos y uno había fallecido, el análisis se hace sobre 93 sujetos. El MNA medio fue de 12,9 puntos, sólo un 16% estaban en riesgo de malnutrición (MNA < 12). El número medio de visitas programadas al CS fue de 22,9, el de visitas urgentes 0,83 y el de visitas a especialistas 0,86. El 40% acudieron a Urgencias en al menos una ocasión y el 9% fueron hospitalizados. Un MNA más bajo se relacionó ligeramente con un mayor número de visitas programadas (r = -0,20), pero no con las visitas urgentes al centro de salud o las consultas especializadas. El número de visitas programadas al CS fue similar en aquellos con riesgo nutricional alto o nutrición normal (28,9 vs 21,4, p = 0,06). El porcentaje de visitas a urgencias tendía a ser mayor en aquellos con MNA baja que con MNA normal (60% vs 36%, p = 0,08), pero el número de ingresos fue similar (13% vs 8%, p = 0,48).
Conclusiones: El MNA es un predictor muy débil del uso de recursos sanitarios en pacientes mayores que viven en la comunidad y son seguidos en Atención Primaria. La prevalencia de riesgo de malnutrición en ellos es baja.

PC-156. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE DISFAGIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DEMENCIA ATENDIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Herreros Puebla, J. Jaramillo Hidalgo, B. Bejar Martínez, E. Pérez Bret, M. Elviro Llórens, L. de la Higuera y J. Gómez-Pavón
Hospital Centro de Cuidados Laguna, Madrid.

Objetivos: Determinar el riesgo de disfagia y factores asociados en personas mayores con demencia atendidos en Centro de Día y en la Unidad Integral de enfermedades neurodegenerativas (UIEN) ubicadas en un Centro Hospitalario de media-larga estancia, previo a la creación de un programa específico para su manejo.
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal de los usuarios pertenecientes a las citadas unidades en el periodo de 1-1-2015 hasta el 1-2-2016. Se valoró el riesgo de presentar disfagia con el Test EAT 10, recogiendo asimismo variables funcionales, clínicas y nutricionales a partir de la revisión de historias clínicas según protocolo. Análisis estadístico realizado mediante χ^2 y t Student ($p < 0,05$).
Resultados: N = 75 (70,7% mujeres). Edad media: 82,27 ± 6,46. Diagnóstico principal: Alzheimer 66,7%; Vascular 22,7%; otros 10,7%. Grado: GDS ≤ 4 33,3%; GDS 5 26,7%; GDS ≥ 6 40%; dependencia leve (I. Barthel ≥ 60) 58,1%. MNA = sin riesgo 50%; riesgo: 20,3%, malnutrición 29,7%. polifarmacia: 76,7% (neurolépticos 43,1%; antidepresivos 36,1%; benzodiacepinas 43,1%). Pérdida de peso en el último año 35,7%. Uso de espesante 6,7%. Dieta túrmix 13,3%. Presentó riesgo de disfagia 51,4% de la muestra, asociándose a mayor grado de severidad de su demencia (56,2% vs 21,1% vs 26,3%; p 0,037), mayor dependencia funcional (72,9% vs 27,1%; p 0,001), malnutrición o riesgo de padecerla (73,7% vs 26,3%; p 0,001), consumo de benzodiacepinas (61,1% vs 38,9%; p 0,02).
Conclusiones: Más del 50% de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas incluidos en nuestra muestra presentan riesgo de padecer disfagia, asociándose ésta a mayor dependencia funcional, mayor grado de severidad de su enfermedad, consumo de benzodiacepinas y malnutrición. A pesar de esto las modificaciones en consistencia y tipo de dieta se observan en un porcentaje muy bajo de usuarios.

PC-157. EL PAPEL DEL GERIATRA EN LA REVALORACIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

F. Quiñónez Bareiro, A. Maria Cruz Santaella, W. López, T. Martínez, Y. Dionisio y F. Solís
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción: El incremento progresivo del número de visitas a urgencias de pacientes en edad geriátrica representa un impacto significativo en la atención sanitaria a nivel del uso de recursos e impacto económico. La posibilidad de definir un perfil de paciente susceptible de revaloración por Geriatría con el objetivo de evitar el

ingreso hospitalario supondría un beneficio para el paciente y para el sistema sanitario.
Objetivos: Determinar perfil paciente geriátrico > 75 años con patología aguda, susceptible de no ingreso hospitalario.
Métodos: Estudio descriptivo, pacientes mayores de 75 años ingresados en geriatría, desde enero a diciembre 2015, pendientes de traslado. Estos pacientes fueron valorados por Geriatría previo a su traslado a la Unidad Agudos, en el Servicio de Urgencias, pudiendo darse el alta a 35 pacientes. Se recogieron variables epidemiológicas: edad, sexo; clínicas: motivo de ingreso, comorbilidad mediante índice de Charlson, destino al alta y reingresos; funcionales: índice de Barthel (IB), índice de Kazt (IK), Lawton y Brody (LB). Análisis datos SPSS.
Resultados: 35 pacientes, edad media de 85,6 años (DE 5,4), 52,8% mujeres. Motivos de ingresos: respiratorio (36,1%), cardiológico (19,5%), digestivo (8,4%), ITU (8,3%), otros (27,7%). Teniendo en cuenta la valoración funcional existen 2 grupos de pacientes susceptibles de tratamiento extra-hospitalario: pacientes con IB < 35 pts, IK F-G y LB o pts, y pacientes con IB > 60 pts, IK A-B y LB 2-3 pts. Desde el punto de vista mental fueron dados de alta pacientes sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve (77,8%) y paciente con deterioro cognitivo grave (16,7%). Al alta fueron derivados 38,9% a niveles asistenciales geriátricos ambulatorios (Consultas externas, Hospitalización domicilio, Hospital Día) y un porcentaje similar a residencias y atención primaria. Un 5,7% volvió a urgencias en un plazo inferior a 30 días y reingresó.
Conclusiones: En nuestra muestra se han distinguido dos perfiles de pacientes geriátricos que se han beneficiado del no ingreso hospitalario tras revaloración por Geriatría. Es preciso continuar las revaloraciones para definir perfiles de paciente geriátrico que se beneficien de la valoración por Geriatría previo al ingreso hospitalario desde urgencias con el objetivo de evitar ingresos hospitalarios.

PC-158. DISTRIBUCIÓN DE EDAD Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR Y MAL CONTROL DE INR

M. Ramos Sánchez, R. Ayala, R. Toro Cebada, M. Bidó y M. Quezada
Hospital Universitario de la Cruz Roja, Madrid.

Introducción: El mal control del INR en pacientes con fibrilación auricular (FA) tiene importantes repercusiones neurológicas y deteriora la calidad de vida.
Objetivos: Determinar la prevalencia de FA según la edad y los factores de riesgo asociados en pacientes ancianos con mal control del INR.
Métodos: Se incluyó a todos los pacientes > 65 años con diagnóstico de FANV que acudieron a la consulta de cardiología, con un tiempo de rango terapéutico (TTR) < 60% anticoagulados con Sintrom. Se recogieron datos epidemiológicos y antropométricos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV); antecedentes de enfermedad cerebrovascular (ECV) accidente isquémico transitorio (AIT) y accidente cerebrovascular (ACV); enfermedad vascular (EV) infarto de miocardio previo, enfermedad arterial, placas aórtica y comorbilidades. Se calculó la puntuación de $CHADS_2$ y CHA_2DS_2VASc.
Resultados: Se incluyeron 108 pacientes, siendo el 57,1% mujeres. La edad media fue de 82 años (RIQ 75-82), el 28,8% tenían entre 80-84 años, el 25,9% entre 85 y 90 años y el 4,8% > 90 años. La media del TTR fue de 45% (DE ± 11,36). Los FRCV más frecuentes fueron la hipertensión arterial (HTA) en un 79%, seguido de la DM tipo 2 en un 21%. El 14,2% de los pacientes había padecido previamente ECV bajo tratamiento con sintrom (6,5% un AIT y el 7,6% un ACV). Un 17,1% tenían ICC y el 10,5% EV. Las comorbilidades más frecuentes fueron la anemia en un 24,2%, y la enfermedad renal crónica (ERC). El 46,1% tenían ERC estadio 2, el 26,2% ERC estadio 3 y el 4,5% ERC estadio 4. La media de la escala de CHADS2 fue de 2,21 (DE ± 0,87) y de CHA_2DS_2VASC fue de 3,8 (DE ± 1,1).
Conclusiones: En pacientes con FANV, el mal control de INR se asoció con edad mayor de 80 años; sexo femenino, HTA, DM2, ICC, ECV previa y EV.

PC-159. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA HERRAMIENTA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DE LAS RESIDENCIAS DEL DISTRITO ALJARAFE-SEVILLA NORTE (HEGESIR)

M. Ortiz Sánchez[1], M.J. González Nevado[2], J. Cardoso Bautista[3], P. Goya Gómez[3], R. Ortiz Ríos[3] y L.G. Luque Romero[4]
[1]D.S. Aljarafe-Sevilla Norte, UGC Cantillana. [2]D.S. Sevilla Norte, UGC Santa Olalla. [3]D.S. Aljarafe-Sevilla Norte, Dirección de Cuidados, Sevilla. [4]D.S. Aljarafe-Sevilla Norte, Unidad de Investigación, Sevilla.

Introducción: La seguridad del paciente es un objetivo esencial de los sistemas de atención sanitaria y clave en los procesos de mejora de los servicios sanitarios. El perfil de los residentes de los centros sociosanitarios es considerado de alto riesgo de sufrir un daño relacionado con la atención sanitaria. El Distrito sanitario Aljarfe-Sevilla Norte, impulsa el diseño y desarrollo de modelos de control y evaluación para pacientes. Por ello, ha desarrollado (HEGESIR) a través de una tabla mensual de recogida de datos para el análisis de la situación sanitaria del paciente en las residencias.
Objetivos: Dar a conocer la herramienta HEGESIR como estrategia efectiva para mejorar la seguridad del paciente institucionalizado.
Métodos: Exposición de las características (ítems de seguridad) de la herramienta HEGESIR de control-evaluación de riesgos en pacientes institucionalizados. Análisis descriptivo del manejo de dicha herramienta entre los distintos actores implicados en la atención del paciente institucionalizado.
Resultados: A través del trabajo multidisciplinar de los miembros del EBAP, liderado por la Enfermera Gestora de Casos junto a los profesionales de los centros residenciales, durante los años 2014-2015, se ha venido utilizando lo que hoy llamamos HEGESIR para facilitar una atención y cuidados más seguros, del paciente institucionalizado. Se plantea como herramienta colaborativa, de trabajo en equipo e intersectorial para facilitar el acceso a información fiable y de calidad sobre la situación de salud del paciente institucionalizado. HEGESIR aporta mensualmente datos epidemiológicos y de necesidad de cuidados que mejoran la calidad de la asistencia sanitaria y permite implantar prácticas seguras en los centros, recomendadas por organismos como la National Quality Forum (NQF) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) o la Joint Commission.
Conclusiones: Con el desarrollo de la herramienta HEGESIR se facilitará la identificación y desarrollo de acciones concretas que ayuden a evitar, prevenir o minimizar los riesgos y hacer más equitativa la asignación de recursos. Permite compartir conocimientos, experiencias y buenas prácticas para la promoción de la investigación en los cuidados y seguridad, así como mejorar la comunicación e implicación de los profesionales sanitarios.

PC-160. IMPACTO DE LA EVALUACIÓN COORDINADA POR UNA UNIDAD GERIÁTRICA HOSPITALARIA EN LA REDUCCIÓN DE POLIFARMACIA EN EL PACIENTE ANCIANO DE LA COMUNIDAD EN EL ÁREA DE GETAFE

B. Contreras-Escámez, S. López-Martínez, B.D. Vásquez Brölen, V. Martín López, P. Vicent Valverde, B. Prado Villanueva y R. Petidier Torregrossa
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Analizar el impacto de una valoración geriátrica integral (VGI) en la reducción de la polifarmacia en ancianos que viven en la comunidad (domicilios y residencias).
Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas informatizadas, incluyendo todos los pacientes valorados por nuestra unidad durante 15 meses, tanto en domicilios como en residencias. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete Statgraphics.
Resultados: Se incluyeron un total de 1.072 pacientes, de los cuales el 33,07% eran hombres. La media global de edad fue de 85 ± 7 años,

con un ECRF medio de 3 y un ECRM de 2. En la primera valoración por UCC los pacientes tomaban de media 8,3 fármacos, 1,92 de los cuales eran psicofármacos. Estratificándolos por su ubicación, se encontró que los pacientes de domicilio eran 2 años de media mayores que los de residencia (86 vs 84 años), con similar situación basal a éstos. Los últimos partían con similar número de fármacos a nivel global (8,2 vs 8,6 fármacos), siendo mayor la proporción de psicofármacos en el grupo de residencias (25% vs 19,4%). En esta muestra un 34,25% obtuvo puntuación mayor o igual 4 de ECRM y un 45,01% en ECRF; siendo en estos grupos menor la prescripción de psicotropos tanto en el momento de la primera valoración como al alta (hasta 3 fármacos menos de media al alta que sus coetáneos con valores medios en dichas escalas).
Conclusiones: La desprescripción en población muy anciana debe ser un objetivo dentro de la VGI, especialmente en lo que respecta al uso de psicofármacos. La valoración coordinada por una unidad geriátrica hospitalaria permite alcanzar dicho objetivo con mayor rigor.

PC-161. PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN LAS RESIDENCIAS DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE-SEVILLA NORTE (HEGESIR). AVANCE DE RESULTADOS

M. Ortiz Sánchez, J. Cardoso Bautista, M.J. González Nevado, L.G. Luque Romero, R. Ortiz Ríos y P. Goya Gómez
D.S. Aljarafe-Sevilla Norte, UGC Cantillana.

Introducción: El Distrito sanitario Aljarfe-Sevilla Norte ha desarrollado durante los años 2014-2015 una herramienta para el control y evaluación de riesgos en el paciente institucionalizado (HEGESIR). Esta herramienta, nos permite determinar el perfil y las características de los pacientes institucionalizados en las 90 residencias del DS Aljarafe Sevilla Norte.
Objetivos: Definir las características sociodemográficas, clínicas y de necesidad de cuidados de los pacientes institucionalizados en las Residencias del DS Aljarafe- Sevilla Norte a través de los resultados iniciales de HEGESIR.
Métodos: Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes institucionalizados de las 90 residencias del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla N. Variables: edad, sexo, grado y tipo de incontinencia, nivel de movilidad y estado de la piel entre otras. Análisis estadístico descriptivo mediante SPSS 22 de las variables referidas.
Resultados: Se analizaron 3.104 personas residentes en las 90 residencias de nuestra área. Existiendo mayoritariamente residencias de 20-50 pacientes de capacidad 43 (47,7%). Una distribución por sexo con presencia muy importante femenina 2037 el (67,9%). Edad mediana (P25-P75) de 82,6 (73,5-87,9) años. 129 (4,2%) residentes están encamados, 958 (30,9%) usuarios de sillas de ruedas y 381 (12,3%) deambulan con ayuda de andador. 204 (9%) presentan deterioro de la integridad cutánea y 513 (22.6%) riesgo de deterioro. 1.092 personas (35,2%) son continentes, presentando incontinencia funcional 1.072 (34,5%) y refleja 431 (13,9%) siendo la pérdida grave en 1.134 (36,5%). 18 personas (0,6%) son portadoras de sonda nasogástrica y otros tantos de una sonda PEG. 216 (7%) pacientes son diabéticos ID y 397 (12,8%) diabéticos no ID 92 (3%) presentan oxigenoterapia.
Conclusiones: HEGESIR permite potenciar intervenciones para mejorar los procesos de prescripción, administración y seguimiento, así como monitorizar la seguridad y riesgos de pacientes institucionalizados. Sirve como apoyo metodológico en la elaboración para la implantación de medidas que mejoren los procedimientos de asistencia sanitaria, así como evaluar el impacto de las medidas de mejora que se planteen. Permite evidenciar inequidades en cuanto a género, características de los centros y recursos disponibles para identificar soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención segura.

PC-162. PREDICTORES DE RIESGO DE EVENTOS ISQUÉMICOS Y DE SANGRADO EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

R. Toro Cebada[1], M. Ramos Sánchez[2], R. Ayala Muñoz[2], R. Borstein[2], M. Mejía de Arellano[2] y M. Quezada Feijoó[2]
[1]Universidad de Cádiz, Facultad de Medicina, Madrid. [2]Hospital Universitario de la Cruz Roja, Madrid.

Introducción: Un elevado número de pacientes ancianos presentan fibrilación auricular no valvular (FANV). El conocimiento de las escalas de riesgo para la prevención del ictus y la elección del adecuado tratamiento anticoagulante en este grupo de paciente es importante.
Métodos: Se incluyó a 108 pacientes con diagnóstico de FA de la consulta de cardiología que en el control en los últimos 6 meses presentaban un tiempo de rango terapéutico (TTR) < 60% anticoagulados con Sintrom. Todos fueron cambiados de sintrom a NACOS. El nuevo anticoagulante se designó en función de la edad, IMC, función renal, antecedentes de evento cerebrovascular y sangrado. Se evaluó el riesgo de ictus según las escalas de $CHADS_2$ y CHA_2DS_2VASc y el riesgo de sangrado según las escalas de HASBLED y HEMORRAGES.
Resultados: El 57,1% eran mujeres y la mediana de edad 82 años (RIQ 75-82). El 23% presentaron riesgo de caída asociado a enfermedad de Parkinson, Alzheimer o enfermedad neurológica incapacitante. El 34,3% tomaban b-bloqueantes, el 17,1% antagonistas de calcio y el 15,2% digoxina. El NACO más usado fue el rivaroxaban (45%), seguido de dabigatran (21,3%) y apixaban (20,3%). Los pacientes con un IMC bajo (media 26,6), anemia (hemoglobina media de 13,31 g/dl), filtrado glomerular bajo (media de 60,82 ml/min) y TTR < 60% (media de 38%) tenían un alto riesgo de sangrado. Sólo el antecedente de AIT ($p < 0,01$) o ictus ($p < 0,02$) previo se asoció a mayor riesgo para eventos trombóticos. La media de CHADS2 (3,5) y CHA_2DS_2VASc (5 puntos) se asoció a mayor riesgo de eventos isquémicos ($p < 0,01$ y 0,03). Al comparar HASBLED y HEMORRA2GES con los eventos hemorrágicos al año tanto con Sintrom como con NACOS no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
Conclusiones: Los factores de riesgo de mayor sangrado son la anemia, el bajo peso, el filtrado glomerular bajo y el TTR. El $CHADS_2$ y CHA_2DS_2VASc son seguros para determinar el riesgo de eventos isquémicos.

PC-163. LA SARCOPENIA NO PREDICE MORTALIDAD AL AÑO TRAS UNA FRACTURA DE CADERA

A. Merello de Miguel[1], C. Sánchez Castellano[1], M.N. Vaquero Pinto[1], A.C. Ramírez Archundia[2] y A.J. Cruz Jentoft[1]
[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [2]Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey-Campus Monterrey, Monterrey.

Objetivos: Describir los resultados clínicos al año en los pacientes que participaron en el referido estudio, sin analizar los referidos a marcadores biológicos, al no haber alcanzado aún la N calculada para ese análisis. Describir los parámetros relacionados con la mortalidad al año en el grupo de pacientes estudiado.
Métodos: Se diagnosticó sarcopenia según masa muscular (fórmulas de Janssen [FJ] y Masanés [FM], por bioimpedanciometría) y fuerza de prensión (dinamómetro). Se recogieron variables sociodemográficas, evaluación cognitiva (Pfeiffer, GDS-Reisberg), funcional (Barthel, Lawton, FAC, ayudas técnicas), nutricional (MNA), antropometría, nº caídas, nº fármacos. Mediante llamada telefónica se recabó, al cabo de un año, mortalidad, situación funcional, cognitiva, visitas a Urgencias, hospitalización, caídas e institucionalización.
Resultados: N = 87. Edad: 88 ± 4,7. Mujeres: 82,8%. Sarcopénicos según FJ: 8,8%. Según FM: 33,7%. Visitas al SU 0,7 ± 1,1. Hospitalizaciones 0,2 ± 0,5. Caídas 1,4 ± 1,6. Mortalidad al año: 16%. No deambulan 38,1% y 33,3% deambulan de forma independiente en llano o en escaleras (FAC 4-5). 54,3% no han vuelto a visitar el SU. 20,5% han tenido una o más hospitalizaciones. No dependencia: 14,3%, levemoderada 28,6%, grave o total 57,1%. El 14,3% son independientes en

4 o más instrumentales. No se han vuelto a caer un 45% y un 15% han presentado 4 o más caídas. El único factor que se asocia con la mortalidad es el sexo (p = 0,012), siendo mayor en varones.
Conclusiones: La sarcopenia, medida según las fórmulas de Janssen y de Masanés, no predice la mortalidad al año en esta muestra de pacientes hospitalizados por fractura de cadera. Sólo el ser varón resulta un factor de riesgo de mortalidad en dicha población.

PC-164. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. HERRAMIENTA INDISPENSABLE DE CALIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE

A. Soto Augusto, M. Pol Castro, A. Marqués Bernal, I. García Verdugo, M.C. López Porras, M.I. Chaves Pérez y M.D. Zamudio Rodríguez
HAR-Morón, Morón de la Frontera.

Objetivos: Dar a conocer la valoración de Enfermería en el Hospital, como herramienta indispensable en la calidad y continuidad asistencial. Con estas valoraciones también podemos conocer el perfil de paciente que ingresa en la Unidad de Hospitalización Polivalente.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante el análisis exhaustivo de la información obtenida en un proceso organizado, sistemático, dinámico y flexible de recogida de datos realizado al paciente/cuidador principal a su ingreso y durante su estancia hospitalaria basándonos en 10 de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (Respiración, Alimentación, Movilidad, Eliminación, Higiene/Piel, Vestirse/Desvestirse, Reposo/Sueño, Seguridad, Termorregulación, Comunicación) y posterior evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico.
Resultados: Del periodo comprendido del 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2015 de un total de 1.047 ingresos hospitalarios, se han realizado el 93,56% de valoraciones de enfermería al ingreso y el 100% de sus correspondientes Informes de Continuidad al alta. Las necesidades que se presentan alteradas dadas las características de nuestros pacientes pluripatológicos se recogen en los siguientes porcentajes: respiración (10,41%), alimentación (10,28%), movilidad (10,19%), eliminación (10,13%), higiene/piel (9,67%), vestirse/desvestirse (9,59%), reposo/sueño (9,50%), seguridad (9,48%), termorregulación (7,58%), comunicación (6,71%).
Conclusiones: Con los datos obtenidos conseguimos el 100% de Informes de Continuidad al alta de los pacientes valorados en la Unidad, por lo que facilitamos la continuidad asistencial con atención primaria. Identificamos el perfil del paciente pluripatológico que ingresa en la unidad, siendo la alteración en el patrón respiratorio la más representativa. Concienciar al personal de enfermería de la realización de las valoraciones como mejora de la continuidad asistencial de los pacientes. Proporcionar una comunicación internivel eficaz entre el paciente/cuidador y los diferentes profesionales que intervienen en el cuidado de las necesidades alteradas.

PC-165. ASOCIACIÓN ENTRE LA POSITIVIDAD Y LOS PROBLEMAS DE SALUD DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

M. Caprara[1], L. di Giunta[2], M.T. Rosique[1] y G.V. Caprara[2]
[1]Universidad a Distancia de Madrid, Madrid. [2]Universidad de Roma La Sapienza, Roma.

Diferentes estudios han señalado la positividad como un rasgo básico, que se ubica en el núcleo de la autoestima, la satisfacción con la vida y el optimismo disposicional, y que predispone a una visión de la vida y las experiencias diarias desde un punto de vista positivo. El presente trabajo de investigación se centra en contrastar en qué medida la positividad y sus expresiones previamente mencionadas, afectan al envejecimiento, así como en estudiar el grado de asociación entre estos factores y el funcionamiento saludable en la vejez. En el proyecto participan 132 sujetos, 51 hombres y 81 mujeres, con un buen estado de salud y con edades comprendidas entre 62 y 80 años. Los resultados ponen de manifiesto la función que cumple la positividad al moderar el impacto negativo del envejecimiento sobre los problemas de salud, evaluados a través del Perfil de Salud de Nottingham. Además, se observa que conforme los participantes avanzan en edad, a mayor grado de positividad, menor tendencia a informar de problemas de salud. La autoestima, la satisfacción con la vida, y el optimismo también muestran efectos similares, pero, controlando la positividad, sólo la asociación entre satisfacción con la vida, problemas de salud y envejecimiento es significativa.

PC-166. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

E. Toral Valdivieso, M.E. Portilla Franco, P. Carrillo García, L. Guardado Fuentes y C. Verdejo Bravo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: 1) Describir las características clínicas y funcionales de pacientes mayores de 80 años con enfermedad renal crónica (ERC) ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatría. 2) Conocer su mortalidad intrahospitalaria. 3) Identificar los factores asociados con esa mortalidad.
Métodos: Pacientes > 80 años que ingresan en una Unidad de Agudos de Geriatría por cualquier proceso médico agudo en un año. Criterios inclusión: pacientes con antecedente o diagnóstico al alta de insuficiencia/enfermedad renal crónica (ERC); filtrado glomerular (medido por MDRD4) < 60 ml/min en al menos 2 analíticas previas. Fórmula Huge utilizando los datos de la analítica previa al ingreso. Criterios exclusión: pacientes trasladados a otra Unidad/Centro o que no contaban con analíticas previas. Variables: datos demográficos, funcionales (índices de Barthel, Lawton), movilidad (Functional Ambulation Classification-FAC), comorbilidad (índice de Charlson ajustado por edad), fármacos habituales (número y grupo); datos ecocardiográficos, parámetros analíticos; diagnóstico principal al alta y mortalidad intrahospitalaria. Estudio descriptivo retrospectivo (revisión informe de alta). Análisis estadístico chi cuadrado (p < 0,10), regresión logística binaria (p < 0,05). SPSS 15.
Resultados: n = 127 pacientes (53,5% varones); edad media 90,04 años. Parámetros funcionales: Barthel < 60 50,4%; FAC ≥ 3: 61,4%; Charlson ≥ 8: 70,9%; FG > 30 52,8%. Fórmula HUGE > 0 89%, fármacos: media 8, grupos: IECAS 32,3%, ARAII 26%, anticoagulantes orales 22%, betabloqueantes 20,5%, antidiabéticos orales 15%, EPO 9,4%. Comorbilidades: HTA 89,8%, taquiarritmia supraventricular 42,5%, ICC 39,4%, diabetes mellitus tipo 2 32,3%, cardiopatía isquémica 29,9%, demencia 29,1%, enfermedad cerebrovascular crónica (ECV) 22%, EPOC 15,7%. Datos ecocardiográficos HVI 67%, valvulopatía mitro/aórtica 66%, FEVI < 45 14,2%. Motivo de ingreso: infección 43,4%, complicación cardiovascular 20,6%, ERC agudizada 12%, fracaso renal agudo 10,3%, ECV 4%. Mortalidad durante el ingreso: 15%. Asociación significativa entre mortalidad intrahospitalaria y Barthel < 60; potasio > 5,5 al ingreso, FG < 30, ECV, hierro < 40. Análisis multivariante Barthel < 60, FG < 30 mg/dL, ECV y ferropenia.
Conclusiones: El antecedente de ECV, una peor situación funcional basal, un peor filtrado glomerular, y la ferropenia se asocian con la mortalidad en pacientes mayores de 80 años con ERC.

PC-167. RELACIÓN ENTRE MALNUTRICIÓN Y DIABETES EN EL PACIENTE AGUDO

J. García Martínez, E.I. Colombrán Trejo, J. Rodríguez Salazar, C. Navarro Ceballos, M.J. Molina Hernández y R. García Martín
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Objetivos: Evaluar estado nutricional en pacientes ingresados en la UGA entre el 01/01/2016-29/02/2016, y si la diabetes se relaciona con mayor desnutrición y/o complicaciones intrahospitalarias. Seleccionamos pacientes ingresados durante las fechas previas un día semanal fijo durante esos meses.

Métodos: Estudio descriptivo. Recogemos datos demográficos, diagnóstico principal, tratamiento habitual, situación funcional, mental, social y antecedentes personales e interrogamos al paciente sobre su estado nutricional (MNA), dividiéndolo en malnutridos (< 17) y no malnutridos (≥ 17). Calculamos CONUT en analítica rutinaria. Recogemos complicaciones intrahospitalarias (deterioro funcional, ITU, neumonía, SCA, estreñimiento, caídas, broncoaspiración, muerte) y lugar de derivación al alta. Realizamos análisis estadístico comparando variables cualitativas mediante prueba de chi cuadrado.
Resultados: Revisamos 40 historias. Edad media 85,4 ± 6,16; 24 (60%) mujeres. 12 (30%) con diabetes. Diagnóstico principal: 20 (50%) infecciones respiratorias, 11 (27,5%) ICC. Procedencia: 9 (22,5%) residencia, 31 (77,5%) domicilio. Situación funcional basal: 6 (15%) Barthel basal = 100 (independientes), 14 (35%) Barthel basal = 60-99 (dependencia leve), 3 (7,5%) Barthel basal = 40-55 (dependencia moderada), 7 (17,5%) Barthel basal = 20-35 (dependencia grave) y 10 (25%) Barthel basal < 20 (dependencia total). Detectamos malnutrición mediante MNA < 17 en 10 (25%), y 22 (55%) riesgo de malnutrición MNA 17-23. Mediante CONUT: 3 (7,7%) > 9 (elevado riesgo) y 13 (32,5%) moderado 5-8. Según el MNA 3 (25%) pacientes de los diabéticos presentaron malnutrición (MNA < 17). De los no diabéticos 7 (25%)tenían malnutrición. Respecto al CONUT, de los diabéticos 4 (33,3%) presentaron riesgo moderado-elevado de malnutrición, y en los no diabéticos 13 (46,4%) lo presentaron. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre diabéticos y no diabéticos en relación a desnutrición. Advertimos 15 valores discordantes en pacientes con malnutrición o riesgo según MNA, catalogados como bajo riesgo en CONUT (< 5). 18 (45%) pacientes presentaron complicaciones intrahospitalarias. La principal fue el deterioro funcional 11 (27,5%) seguida de estreñimiento 5 (12,5%), SCA 3 (7,5%), neumonía intrahospitalaria 3 (7,5%) e ITU 3 (7,5%). En pacientes con MNA > 17, 10 (33,3%) presentaron deterioro funcional. En aquellos con MNA < 17, 1 (10%) presentó deterioro funcional. No hay diferencias estadísticamente significativas. De los diabéticos 2 (16,6%) presentaron deterioro funcional, y de los no diabéticos 9 (32,1%) lo presentaron. No hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.
Conclusiones: Alta prevalencia de desnutrición al ingreso en pacientes ingresados en UGA. No existen diferencias estadísticamente significativas en prevalencia de desnutrición en diabéticos/no diabéticos. No encontramos relación estadísticamente significativa entre desnutridos/no desnutridos en deterioro funcional durante el ingreso. El CONUT no se correlaciona con MNA en valores ≤ 4.

PC-168. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA

P. Sotillo Cancho, R. Díaz, M. Ramos, R. Ayala, M. Bidó y M. Quezada
Hospital Universitario Cruz Roja, Servicio de Enfermería, Madrid.

Introducción: La fibrilación auricular (FA), es la arritmia sostenida más frecuente. El conocimiento de ésta patología y el tratamiento a través de la cardioversión eléctrica (CVE) y sus complicaciones es fundamental para la enfermera.
Objetivos: Determinar el rol de la enfermería en la cardioversión eléctrica en un hospital de segundo nivel.
Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de FA en tratamiento farmacológico y que se sometieron a una CVE programada o urgente durante el año 2014 y 2015. Todos los pacientes que se realizaron CVE fueron informados por el servicio de enfermería de consultas. Se les revisó los 3 últimos INR y un día previo a la consulta se les realizó un ECG y un INR de control. La logística y la coordinación con el servicio de anestesia se realizó por parte de enfermería. La CVE se realizó mediante un desfibrilador bifásico de Zoll.
Resultados: Se registraron 31 CVE en total. De las 31 CVE, el 77,4% se realizó una sola CVE, el 16,1% 2 CVE y el 6,5% 3 CVE. El 80,8% de los pacientes revirtió a ritmo sinusal (RS) tras la primera CVE. El 38,9% se mantiene en la actualidad en RS. La media de edad de los pacientes era de 78,25 años ± 6,49 años, con el 58% mujeres. Dentro de los FRCV el 74,2% eran hipertensos, el 35,5 diabéticos, el 35,5% presentaban dislipemia. El 98% de los pacientes tenían FA y el resto un flutter auricular no común. Los síntomas más frecuentes eran el cansancio en un 77,48%, seguido de las palpitaciones 25,8% seguido y del sincope 16%. El 74,2% de los pacientes estaban bajo tratamiento farmacológico, siendo el fármaco más usado la amiodarona. El 77,47% de los pacientes se estaban en clase funcional I/IV NYHA y el 22,6% en clase funcional II/IV.
Conclusiones: Aunque la CVE es un procedimiento médico, es de vital importancia la actuación del personal de enfermería, tanto en la asistencia durante la técnica en sí, como en el papel de coordinación antes y después del procedimiento.

PC-169. IMPLANTACIÓN DE LA DIETA TEXTURIZADA EN CENTROS RESIDENCIALES

N. Cárdenas González, J.A. Alonso, J. Pascual y L. del Horno
SARquavitae, Barcelona.

Introducción: En el año 2014 iniciamos la implantación en los centros de la dieta texturizada para ofrecer, a nuestros residentes con problemas de masticación y/o deglución, los platos tradicionales en diferentes texturas. La habitual dieta triturada tritura los alimentos, presentándolos conjuntamente en forma de crema. En contraposición, la dieta texturizada desmenuza y homogeneiza por separado cada plato del menú y se presentan individualmente en forma de crema, semi-sólido o pudding, sin disminuir su contenido nutricional. Dicha dieta se ha creado para ofertar una nueva y atractiva alternativa para aquellos residentes que ya no pueden ingerir la dieta de fácil masticación. Esto permite ofrecer una alimentación tradicional y retrasar y/o evitar la dieta triturada.
Objetivos: Valorar la implantación de la nueva dieta texturizada.
Métodos: Los pasos realizados en cada implantación han sido los siguientes: Formación del personal del centro. Presentación de las ventajas y mejoras a usuarios y familias. Valoración práctica de las nuevas dietas. Revisión y adecuación de las pautas médicas de las dietas. Implantación de las nuevas dietas. Se realiza un corte transversal para analizar la implantación de las dietas texturizadas.
Resultados: Se han incorporado las dietas texturizadas en 38 centros residenciales. En el 18% la dieta texturizada es práctica habitual, ofreciéndose la triturada únicamente en casos muy puntuales. En el 34% se elaboran más dietas texturizadas que dietas trituradas. En el 11% se ofrecen ambas dietas en proporción similar. Los resultados cualitativos son interesantes y refuerzan el proceso de despliegue. De manera sistemática se observa que los usuarios experimentan un gran placer y muestran ilusión al probar la dieta texturizada.
Conclusiones: Los datos obtenidos nos permiten afirmar que ésta es una alternativa excelente a la dieta triturada, tanto en términos nutricionales como gastronómicos. No obstante, como cualquier técnica innovadora, su implantación requiere un riguroso trabajo de formación e información al personal de los centros, usuarios y familiares para garantizar la obtención de sus máximos beneficios.

PC-170. SITUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA NO DIALIZADOS

L. Gómez Armas, M.E. Portilla Franco, R. Sosa Suárez, J.A. Herrero Calvo y C. Verdejo Bravo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir el estado nutricional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en tratamiento conservador. Evaluar la relación entre parámetros nutricionales y clínicos.
Métodos: Pacientes mayores de 65 años atendidos en las Consultas Externas de ERCA del Servicio de Nefrología (periodo 6 meses), con

filtrado glomerular (FG) medido por fórmula CKD-EPI < 20 ml/min y en tratamiento conservador. Se excluyen pacientes en situación de estrés o ingreso reciente (< 1 mes). Variables: datos sociodemográficos, parámetros funcionales (índices de Barthel, Lawton, Functional Ambulation Classification FAC), comorbilidad (CIRS-G), etiología enfermedad renal, datos antropométricos, IMC (versiones OMS y ESPEN), Mini Nutritional Assessment (MNA), Test de Ulibarri y parámetros analíticos. Análisis estadístico chi cuadrado (p < 0,05). SPSS 15.
Resultados: n = 80 pacientes (60% varones), edad media 78,3 (± 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%. MNA: 62,5% normal, 33,8% riesgo, 3,8% malnutrición. IMC OMS sobrepeso 50%, normopeso 30%, obesidad grado II 16,3%; IMC ESPEN normopeso 76,3%, obesidad grado I 12,5%, peso insuficiente 3,8%. Escala Ulibarri normal 44,4%, desnutrición leve 42,5%, moderada 11,3%. Analítica FG 15,8, sodio 139, PCR 0,29, β2microglobulina 9,1, PTH 197,2. Hb < 11 16,3%, proteínas < 6,5 30%, albúmina < 3,5 16,5%, prealbúmina < 22 12,5%, CT < 140 38,8%, LDL-colesterol < 100 69,2%, hierro < 40 40%, linfopenia < 1.500 55%, Ca < 8,5 23,8%, Vit D < 30: 94,9% y < 10: 15,2%. Contraste métodos evaluación nutricional con parámetros clínicos: la situación nutricional normalidad medida por IMC y MNA se asocian significativamente con un Barthel > 80.
Conclusiones: 1) La mayoría de los pacientes con ERCA presentan una adecuada situación nutricional. 2) Existe una amplia variabilidad entre los test para la evaluación del estado nutricional en el anciano. 3) El IMC de la OMS podría sobreestimar los valores de sobrepeso en el paciente mayor. 4) Una situación nutricional óptima evaluada mediante el IMC y el MNA, se relacionan con una mejor situación funcional. 5) El déficit de vitamina D aparece de forma general en la ERCA.

PC-171. ESTUDIO INICIAL DE UNA SERIE DE CASOS PARA UN PROYECTO DE MEJORA EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE CARDIOPATÍA AVANZADA (UCA)

S. Aguilà Soriano, S. Ubero, A. Huarte-Mendicoa, M. Garreta, O. Vázquez y A. Renom-Guiteras
Parc Salut Mar, Barcelona.

Objetivos: La UCA consiste en cinco camas de la Unidad de Larga Estancia de Geriatría del Centre Fòrum del Parc de Salut Mar de Barcelona en las que un equipo de enfermaras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y un geriatra atienden a pacientes con cardiopatía avanzada y complejidad funcional, cognitiva o social incluidos en la ruta de la Insuficiencia Cardiaca del Àrea Integral de Salut Litoral Mar. Este estudio pretende describir con detalle aspectos de la atención de ocho pacientes ingresados consecutivamente (junio 2015-enero 2016), como primer paso de un proyecto de mejora.
Métodos: Tres enfermeras y 1 geriatra revisaron retrospectivamente la historia electrónica de los pacientes utilizando una hoja de recogida de datos estandarizada evaluando aspectos de la transición a la UCA, individualización de la atención y complejidad de los cuidados.
Resultados: Revisamos 6 mujeres y 2 hombres (67-96 años) que estuvieron ingresados entre 11 y 50 días; 6 fallecieron, 1 fue alta a domicilio con atención domiciliaria especializada y 1 permanece ingresado. Encontramos variabilidad con respecto a la decisión de ingreso en UCA, en algunos casos con el registro de una reunión multidisciplinar, en otros un comentario médico, y en un caso ninguna información registrada. Una vez ingresados, 5 pacientes tenían la alarma de no reanimación cardiopulmonar activada; la indicación de no traslado a hospital de agudos se anotó en los cursos clínicos. Ningún paciente tenía cumplimentado el documento de voluntades anticipadas y sólo un paciente conocía su pronóstico claramente. Los aspectos de mayor complejidad de los cuidados fueron la no aceptación del pronóstico (3 casos), los síntomas y complicaciones médicas (3 casos) y la falta de soporte social (2 casos), requiriendo diferentes intensidades de visitas médicas, reuniones con familiares e intervención social. Dos casos no presentaron complejidad mayor.
Conclusiones: Hemos identificado áreas de trabajo para la mejora de la atención a estos pacientes: la colaboración y comunicación con los profesionales de la ruta de la insuficiencia cardiaca, el uso de las alarmas informáticas, la evaluación de los conocimientos y deseos de cada paciente acerca de su enfermedad, y los aspectos de mayor complejidad de la atención.

PC-172. PERSONAS MAYORES Y CAÍDAS: ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

R. Bonachella Pallarés[1], L. Fernández López[2], L. González López[3] y E.M. Sotomayor Morales[4]
[1]Macrosad SCA, Jaén. [2]Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. [3]Ageing Lab, 43. [4]Universidad de Jaén, Jaén.

Objetivos: Detectar factores de salud física, emocional y social predisponentes y desencadenantes en las caídas en personas mayores en el medio hospitalario y en Centros Sociosanitarios.
Métodos: Estudio en una muestra probabilística fiable de prevalencia de caídas en personas mayores de 65 años de corte transversal, en dos ámbitos: en el medio comunitario (hospitalario) y de otro lado en centros sociosanitarios (Centros Residenciales y Centros de Día). El "end point" primario, por tanto es determinar la prevalencia de caídas en personas mayores y los "end point" secundarios, son determinar los factores predisponentes y los factores precipitantes con mayor significación estadística, a través de: análisis causales con variables relativas a las circunstancias en que se produjeron las caídas (lugar, momento del día, actividad que se realizaba en el momento de la caída, etc.). Estudio de variables relativas a la persona (edad, sexo, índice de masa corporal, perímetro de pantorrillas, estado sensorial, problemas médicos, actividad física, polimedicación, estado funcional, depresión y situación social). Todo ello a través de un análisis descriptivo, a través de correlaciones y factorial.
Resultados: Identificación de factores que influyen en las caídas de las personas mayores. Propuesta de desarrollo de protocolos de prevención de caídas e intervención, así como de coordinación social y sanitaria. Propuesta de formación y sensibilización social en la materia.
Conclusiones: Los resultados de este estudio confirman que la aparición de caídas, es un indicador de mayor fragilidad vinculado a la presencia de un fenotipo de Fried previo con disminución de la fuerza muscular y de la actividad física. Se hace necesario una vez tenemos identificados dichos parámetros trabajar su refuerzo y detección precoz desde el ámbito social y sanitario, así como cuestiones relativas a coordinación y sensibilización/formación de personas mayores y de su entorno.

PC-173. ESTUDIO COMPARATIVO DE PREVALENCIA DE UPPS EN UN CENTRO CON RELACIÓN AL ESTUDIO DEL GNEAUPP 2013

D. Núñez López, I. Llarena Pereira, E. Álvarez Vela, I. Carretero Rodríguez, M. Mendieta Corral e I. Artaza Artabe
Igurco Bilbozar, Bilbao.

Introducción: La presencia de UPP, su número y características, constituye un indicador asistencial que se analiza mensualmente en todos los centros de Igurco.
Objetivos: Comparar la prevalencia de úlceras por presión en nuestro centro con la obtenida en el GNEAUPP 2013, tras implantación de un nuevo protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión.
Métodos: El estudio de prevalencia de úlceras por presión de 2013 en instituciones socio-sanitarias, reflejó una prevalencia del 13,41%. Analizamos la presencia y características de las UPPs de los residentes al ingreso y durante la estancia en nuestro centro. El protocolo

que realizamos se basa en la valoración geriátrica integral que incluye valoración nutricional completa, valoración funcional (para determinar programas de cambios posturales, superficies de apoyo y control de exceso de humedad), y valoración cutánea completa (Bradem, valoración visual del estado de la piel, determinación del tamaño, profundidad y estadio de las UPP). Además se analiza el tratamiento sistémico que afecte al desarrollo de la ulcera así como los tratamientos tópicos anteriores y enfermedades concomitantes. En base al riesgo, se aplican las distintas medidas preventivas pertinentes.
Resultados: Durante 2015 en nuestro centro hubo un promedio de 133 residentes con una edad media de 85 años, Barthel medio de 35,2 y mini mental de 12,6. Con un promedio de 8,5 personas (entre 4 y 12 personas/mes) que presentaban úlceras por presión resultando una prevalencia del 8,2% (5,41 puntos menos que la media presentada por el estudio nacional de prevalencia de UPP del GNEAUPP). El 61,2% corresponderían a estadios I y II. Un 52% de las úlceras son generadas fuera del centro, en el contexto de agudización clínica.
Conclusiones: Desde la inclusión del protocolo en nuestro centro, se refleja una disminución de las UPPs, que en el momento actual es inferior a la media nacional (según el estudio GNEAUPP). Las personas que presentan UPPs en nuestro centro presentan importante deterioro funcional y cognitivo. El abordaje integral del usuario con colaboración de todos los profesionales del centro resulta decisivo para llevar a cabo el programa de prevención de forma individualizada y aumentar su eficacia.

PC-174. NECESIDADES DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN EL PACIENTE ORTOGERIÁTRICO

R. Rossell Coll y P. Alcalde Tirado
Hospital Universitario General de Granollers, Granollers.

Objetivos: El paciente ortogeriátrico por su fragilidad presenta criterios para ingreso en centros sociosanitarios tras ser sometidos a cirugía, aunque muchos no pueden ser derivados por la presión asistencial, debiendo seleccionarse los mejores candidatos privándose al resto de dicho recurso. Creemos que esta dificultad para ser derivados ha estado incrementándose en los últimos años, por lo que planteamos como objetivo conocer la evolución en su ubicación del anciano ortogeriátrico tras ser evaluados por un equipo consultor de geriatría.
Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes ancianos hospitalizados en un servicio de traumatología durante un período de seguimiento de diez años entre 2006-2015. Se recoge información referente a características en su estado basal, funcional, social, comorbilidad, estado cognitivo, y su destino al alta. Las variables se analizan en situación basal y al alta hospitalaria.
Resultados: Se incluyen un total de 3.573 pacientes. Edad media 82 años. Varones 27%. Deterioro cognitivo un 42%. Diagnóstico ortopédico principal: fractura de fémur 56%, otras fracturas 15%, y otros un 29%. Procedencia: 82% de su domicilio, 18% de residencia. Al alta retornan a su domicilio un 32%, 22% a residencia, un 31% a una unidad de media estancia, y en un 15% a otros destinos. La proporción en la utilización del recurso sociosanitario ha descendido desde el 35% en 2006 hasta el 28% en 2015. Esta proporción en similar en la subpoblación con fractura de fémur, pero con un más alto porcentaje de pacientes que proceden de una residencia de crónicos (24%) como los que son dados de altas a la residencia (30%).
Conclusiones: La toma de decisiones por los equipos de geriatría en los pacientes hospitalizados en el servicio de traumatología está sometida a presión asistencial. Se ha incrementado el número de interconsultas a partir del año 2006, que consideramos se debe a la dificultad de ubicar a los pacientes al alta. Aunque una proporción elevada ingresan procedentes de su domicilio, al alta un número considerable no retornan a su domicilio, sino que requieren de diversos recursos sociosanitarios.

PC-175. MODELO DE PRESCRIPCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA APLICADO A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

N. Solà Bonada[1], N. Molist Brunet[2], A. Torné Coromina[1], E. Padrisa Muntal[1], N. Grané Franch[1] y J. Espaulella Panicot[2]
[1]Consorci Hospitalari de Vic, Vic. [2]Hospital de la Santa Creu, Vic.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de polifarmacia en pacientes institucionalizados, y en los subgrupos de pacientes con y sin enfermedad crónica avanzada (MACA y no MACA). Analizar las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) de los pacientes institucionalizados en función de los objetivos terapéuticos del paciente aplicando el Modelo de Prescripción Centrada en la Persona (PCP). Identificación de la prevalencia de uso de psicofármacos en esta población.
Métodos: Criterios de inclusión: pacientes institucionalizados en una Residencia. Datos recogidos: demográficos, clínicos (diagnósticos principales, estado cognitivo, funcionalidad) y farmacológicos (número y fármacos prescritos, objetivo terapéutico). Los tratamientos se evalúan mediante el Modelo PCP, un proceso colaborativo entre médicos, enfermeras y farmacéuticos clínicos que permite individualizar la prescripción de acuerdo con los objetivos terapéuticos de cada paciente establecidos en un proceso de decisiones compartidas.
Resultados: Se revisaron un total de 110 pacientes, edad media de 86,4 años y 66,3% mujeres. Un 63,6% de pacientes presentó deterioro cognitivo moderado/grave y una mediana de índice de Barthel de 27,5/100. Un 60% de los pacientes fueron identificados como MACA. La media de fármacos prescritos fue de 10,37 medicamentos/paciente (DE 3,78) (excluidos fármacos a demanda). El 95,5% de los pacientes presentó polifarmacia (5 o más fármacos) de los cuales el 56,4% polifarmacia excesiva (PE) (> 9 fármacos). Los pacientes MACA presentaron polifarmacia en un 84,6% (53,8% PE), mientras que los no MACA presentan 100% polifarmacia (60% PE). La aplicación del modelo permitió detectar una media de 2,96 PPI/paciente MACA (DE 1,49) (95,4% con 1 o más PPI), y 1,34 PPI/paciente no MACA (DE 0,76) (88,6% con 1 o más PPI), estadísticamente significativo ($p < 0,001$). De la muestra analizada, un 95,4% de los pacientes MACA y un 88,6% de los no MACA fueron tratados con 1 o más psicofármacos (un 21,53% y un 57,7% con 3 o más psicofármacos, respectivamente).
Conclusiones: Los pacientes institucionalizados presentan un elevado porcentaje de polifarmacia. Aplicar un modelo de PCP permite identificar PPI en este ámbito, detectándose un mayor número de PPI en el grupo de pacientes MACA. Destaca un elevado uso de psicofármacos en este grupo de población.

PC-176. ASOCIACIÓN ENTRE FRACTURA ATÍPICA DE FÉMUR Y OSTEONECROSIS MANDIBULAR EN USUARIOS DE BIFOSFONATOS

A. Correa-Pérez, C. Sánchez Castellano, I. Lozano-Montoya, E. Delgado-Silveira y A. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El tratamiento con bifosfonatos se asocia con dos graves reacciones adversas (RAM): fractura atípica de fémur (FAF) y osteonecrosis mandibular (OM). La presentación simultánea de ambas complicaciones en un mismo paciente apenas se ha descrito en la literatura.
Objetivos: Describir los casos de pacientes diagnosticados de FAF y OM tras el uso de bifosfonatos en un hospital de tercer nivel. Calcular la prevalencia de estas RAM en la población en tratamiento con bifosfonatos que asistió el hospital entre 2011 y 2015.
Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de pacientes diagnosticados de FAF y OM en los sistemas informáticos del hospital, combinando los términos: fractura atípica, fractura diafisaria, fractura cortical externa, fémur, osteonecrosis mandibular, osteonecrosis maxilar, bifosfonatos. Para calcular la prevalencia de ambas RAM se solicitó el número de pacientes en tratamiento con bifosfonatos asis-

tidos por nuestro hospital a la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de Madrid.
Resultados: Entre 2011 y 2015, encontramos cuatro pacientes (todas mujeres, edad media 68,3) diagnosticadas de FAF, de las cuales una (25%) presentó FAF en ambos fémures y dos (50%) fueron también diagnosticadas de OM. En el caso de estas dos pacientes, ambos diagnósticos se realizaron con pocos días de diferencia. Por otro lado, encontramos a una quinta paciente con OM y fractura subcapital con la cortical engrosada. Todas habían consumido bifosfonatos durante más de cinco años excepto una de las pacientes diagnosticada de ambas RAM. Del total de pacientes en tratamiento con bifosfonatos (13.666) encontramos una prevalencia de FAF del 0,029% y de OM del 0,39% mientras que la prevalencia de ambas RAM concomitantes fue del 0,014%.
Conclusiones: La mitad de las pacientes en tratamiento con bifosfonatos diagnosticadas de FAF presentaron también OM. A pesar de que la prevalencia de FAF y OM es muy baja, se trata de RAMs muy graves, por lo que es necesario la suspensión inmediata del bifosfonato en pacientes que presenten una de estas complicaciones y un seguimiento clínico estrecho para detectar precozmente la otra.

PC-177. PERFIL DE LOS PACIENTES ANCIANOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

O. Saavedra Oberman, C. Herrera Bozzo, A. Sanz González, J.M. Arche Coto y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Determinar las características de los pacientes mayores de 75 años que acuden a un servicio de oncología, tanto en consultas externas como en hospitalización.
Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo en el que se incluyeron a los pacientes mayores de 75 años que fueron valorados en consultas externas o estaban ingresados a cargo del servicio de Oncología Médica de un Hospital de tercer nivel desde diciembre de 2014 hasta marzo 2015. Se recogieron variables socio demográficas, funcionales (I. Barthel), estado mental (Memoria: MMSE; Depresión: GDS), polifarmacia, pluripatología (enfermedades crónicas definidas en dos o más de una serie de categorías (Definición SAS). Se valoró la fragilidad (Criterios de Linda Fried, Balducci y G8) y la mortalidad durante el ingreso y al año.
Resultados: 55 pacientes; 36 procedentes de consultas externas (65,5%) y 19 de hospitalización (34,5%). Edad media de 79 años, 60% hombres, 69% vive con un familiar y 56,4% está casado. El 69% es independiente para las actividades de la vida diaria, el 58,2% no presenta deterioro cognitivo y el 81,8% tiene buen estado de ánimo. Consumen de media 4,7 fármacos y el 50,9% son pluripatológicos. El 41,8% son frágiles según Fried, el 47,3% según Balducci y el 89% según G8. Mortalidad durante el ingreso 7,3% y al año (consultas e ingresados) 43,6%.
Conclusiones: En comparación a otros servicios médicos, la cantidad de ancianos valorados por oncología médica es baja. Esto se puede deber a una escasa o tardía derivación por parte de otros servicios al tratarse de pacientes > 75 años. A pesar de tratarse de pacientes con un buen perfil funcional, en su mayoría independientes, viviendo en domicilio, con buen estado cognitivo, existe una elevada mortalidad, lo que puede estar en relación no solo con la pluripatología, sino también con la fragilidad de estos pacientes.

PC-178. PRESCRIPCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

T. Méndez Siliuto[1], N. Molist[2], D. Sevilla[1], J. Amblás[2], E. Puigoriol[1] y J. Espaulella[2]
[1]*Consorci Hospitalari de Vic, Vic.* [2]*Hospital de la Santa Creu, Vic.*

Objetivos: Valorar la prevalencia al ingreso y al alta, de polifarmacia (≥ 5 fármacos), polifarmacia grave (≥ 10 fármacos) y fármacos con mayor riesgo yatrogénico (antitrombóticos, hipoglicemiantes, digoxina, AINEs y opiáceos), en pacientes que ingresan en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Valorar si existen diferencias de prescripción entre los pacientes identificados en situación de final de vida (NECPAL+) (Gómez-Batiste et al. BMJ Support Palliative Care. 2013;3:300-8) y el resto de pacientes, al ingreso y alta.
Métodos: Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UGA, vivos al alta. Recogida de datos demográficos, clínicos y farmacológicos. Identificación de polifarmacia y registro de fármacos con mayor riesgo yatrogénico, al ingreso y al alta. Evaluación de los tratamientos a través del Modelo de Prescripción Centrado en la Persona, que consta de tres fases (Molist Brunet et al. European Geriatric Medicine 2015;31:664-9): Valoración centrada en el paciente: permite determinar los objetivos terapéuticos de cada paciente, en un proceso de decisiones compartidas. 2. Valoración centrada en los diagnósticos: se realiza lista de problemas de salud-fármacos prescritos clasificados según suobjetivo terapéutico. 3. Valoración centrada en el fármaco: interacciones, duplicidades y análisis de los fármacos de elevado riesgo yatrogénico.
Resultados: Al ingreso: más 80% de los pacientes presenta polifarmacia, sean o no NECPAL+. 30,8% de pacientes NECPAL+ toman ≥ 10 fármacos. 79% de pacientes toman ≥ 1 fármaco riesgo yatrogénico, sean o no NECPAL+. Al alta: disminución de la prevalencia de la polifarmacia ($p < 0,05$) en todos los pacientes. Disminución del porcentaje de pacientes con ≥ 1 fármaco yatrogénico (de 79% a 21%) ($p < 0,05$), respecto al ingreso. En pacientes NECPAL+: la prevalencia de los pacientes con ≥ 10 fármacos disminuye a la mitad ($p < 0,001$) respeto al ingreso. Disminución de los fármacos preventivos al alta ($p < 0,001$).
Conclusiones: Los pacientes identificados NECPAL+ no tienen una prescripción adecuada a sus necesidades en el momento del ingreso. Una prescripción centrada en la persona permite individualizar el tratamiento de acuerdo a los objetivos terapéuticos establecidos con un modelo de toma de decisiones compartidas, siendo significativos en aquellos en situación de final de vida.

PC-179. LA ESCALA *IDENTIFICATION OF SENIORS AT RISK* (ISAR) PREDICE RESULTADOS ADVERSOS A MEDIO PLAZO EN LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS

C. Fernández Alonso, A.I. Hormigo Sánchez, L. Fernández Arana, J. Perdigones, M.I. Jiménez Santana, L. Fernández Hernández, M. de la Cruz García y F.J. Martín Sánchez
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar si el *Identification of Senior at Risk* (ISAR) predice los resultados adversos (RA) a medio plazo en los ancianos ingresados en una Unidad de Corta Estancia (UCE) vinculada a Urgencias.
Métodos: Estudio analítico observacional de cohorte prospectivo que seleccionó a pacientes ≥ 75 años ingresados en la UCE de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 1 de febrero y 31 de abril de 2014. Se calculó la puntuación total del ISAR al ingreso y se evaluó la capacidad predictiva del punto de corte en 2 y 3. La variable resultado fue presentar algún resultado adverso (reingreso por cualquier causa, muerte o deterioro funcional agudo (DFA) grave entendiendo como índice de Barthel basal > 90 y < 60 en seguimiento) a los 180 días del ingreso en la UCE.
Resultados: Se incluyeron 179 pacientes de 83 (80-87) años. 82 (45,6%) pacientes presentaron algún RA a los 180 días tras el evento índice, de los cuales, 58 (32,4%) reingresaron en el hospital, 22 (12,3%) fallecieron y 34 (19,0%) presentaron DFA grave. 125 (69,8%) pacientes presentaron ISAR ≥ 2 y mayor probabilidad de algún RA a los 180 días (OR: 7,98; IC95%: 3,47-18,37; $p < 0,001$). 80 (44,7%) presentaron ISAR ≥ 3 y alta probabilidad de algún RA a 180 días (OR: 4,60; IC95%: 2,44-8,69; $p < 0,001$).

Conclusiones: El ISAR puede identificar al anciano con alto riesgo de presentar un resultado adverso a los 180 días del ingreso en una UCE, siendo el punto de corte de 2 el que mostró una mejor capacidad predictiva.

PC-180. CAPACIDAD DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA *IDENTIFICATION OF SENIORS AT RISK* (ISAR) DE PREDECIR RESULTADOS ADVERSOS A MEDIO PLAZO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS

A.I. Hormigo Sánchez[1], C. Fernández Alonso[2], J. Perdigones[2], M.I. Jiménez Santana[2], L. Fernández Hernández[2], M. de la Cruz García[2] y F.J. Martín Sánchez[2]
[1]Fundación Jiménez Díaz, Madrid. [2]Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar la capacidad de cada uno de los ítems *del Identification of Senior at Risk* (ISAR) de predecir resultados adversos (RA) a medio plazo en los ancianos ingresados en una Unidad de Corta Estancia (UCE) vinculada a Urgencias.
Métodos: Estudio analítico observacional de cohorte prospectivo que seleccionó a pacientes ≥ 75 años ingresados en la UCE de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 1 de febrero y 31 de abril de 2014. Se evaluó la capacidad predictiva de cada uno de los ítems del ISAR: ítem 1 = necesidad de asistencia premórbida, ítem 2 = aumento asistencia actual, ítem 3 = deterioro cognitivo, ítem 4 = déficit visual, ítem 5 = consumo habitual de al menos 3 fármacos, ítem 6 = hospitalización en los seis meses previos. La variable resultado fue presentar algún resultado adverso (reingreso por cualquier causa, muerte o deterioro funcional agudo (DFA) grave entendiendo como índice de Barthel basal > 90 y < 60 en seguimiento) a los 180 días del ingreso en la UCE.
Resultados: Se incluyeron 179 pacientes de 83 (80-87) años. 82 (45,6%) pacientes presentaron algún RA a los 180 días tras el evento índice, de los cuales, 58 (32,4%) reingresaron en el hospital, 22 (12,3%) fallecieron y 34 (19,0%) presentaron DFA grave. Capacidad de predecir algún RA a 180 días: ítem 1 (OR: 3,48; IC95%: 1,83-6,63; p < 0,001); ítem 2 (OR: 3,19; IC95%: 1,62-6,25; p = 0,001); ítem 3 (OR: 3,48; IC95%: 1,83-6,63; p = 0,004); ítem 4 (OR: 1,45; IC95%: 0,75-2,81; p = 0,266); ítem 5 (OR: 4,71; IC95%: 1,00-22,14; p = 0,033); ítem 6 (OR: 3,23; IC95%: 1,72-6,04; p < 0,001).
Conclusiones: A excepción del ítem 4 (déficit visual) del ISAR, cada uno de los ítems de forma individual predice de diferente manera la presencia de algún resultado adverso a 180 días del ingreso de pacientes ancianos en una UCE de Urgencias.

PC-181. SEVERIDAD DEL DELIRIUM Y RESULTADOS CLÍNICOS

I. Bartolomé Martín[1], I. Rodríguez Miñón[1], M. Rodríguez Couso[1], M. Hornillos Calvo[1], F. Quinte Yarcuri[1], L.A. Bárcena Goitiandia[1] y R. Utande González de la Higuera[2]
[1]Hospital Universitario, Guadalajara. [2]Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Objetivos: Analizar la incidencia de delirium y su asociación con mortalidad, institucionalización y deterioro funcional al alta en la Unidad de Agudos de Geriatría del Hospital Universitario de Guadalajara (UGA HGUG).
Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Incluidos de forma consecutiva pacientes ingresados en una sección de UGA HGUG entre 1 de noviembre y 31 de diciembre 2014. Recogida de datos mediante entrevista clínica, exploración física e historia electrónica. Registrados edad, sexo, CAM-S (realizada diariamente, analizada la peor puntuación), Charlson, Pfeiffer, Barthel previo y al alta, GDS, días de ingreso, institucionalización al alta y mortalidad. Análisis estadístico realizado mediante SPSS v.22. Resultados expresados como media ± desviación estándar (rango intercuartil).
Resultados: Pacientes ingresados 56. Analizados 56 (100%). Edad 88,02 ± 4,544 años (85-92). Varones 30 (52,6%). Escalas: Charlson 3,16 ± 2,15 (2-4); Barthel 54,89 ± 32,431; GDS 2,87 ± 1,823 (1-4); Pfeiffer 5,70 ± 3,568 (2,25-9); CAM-S 3,20 ± 3,051 (1-6). Incidencia de delirium 47%. Mortalidad global 15,8%. Mortalidad en pacientes con delirium 55,56%. Asociación estadística entre delirium y demencia moderada-grave según GDS (p < 0,01), no entre gravedad del delirium y gravedad de demencia. Asociación estadística entre delirium y mortalidad en Barthel < 40 (p < 0,05), no en pacientes independientes o con dependencia leve-moderada. No encontramos asociación entre delirium y el resto de parámetros analizados.
Conclusiones: La asociación de delirium y mortalidad en pacientes con dependencia grave independientemente del grado de demencia, de comorbilidades y del diagnóstico de ingreso, hacen pensar en el delirium como un factor de riesgo independiente para mortalidad en este subgrupo, en línea con otros estudios publicados. Los investigadores creemos que la falta de asociación con otros parámetros como días de estancia e institucionalización al alta está en relación con el tamaño muestral. Dado que este subgrupo de pacientes son los más frágiles, es imperativo establecer protocolos estandarizados para detección precoz y manejo adecuado del delirium.

PC-182. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES ANCIANOS CON NECESIDADES PALIATIVAS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

A.M. Lebreault Polanco, Y. Constante Pérez, M. Viñuela Beneitez y B. Fuertes de Gilbert Rivera
Hospital San Juan de Dios, Palma de Mallorca.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes ingresados en diferentes niveles asistenciales (agudo, media y larga estancia y cuidados paliativos), enfoque terapéutico al ingreso y tras valoración multidimensional por equipo HSJD, detección de necesidades y recursos. Utilidad de herramientas de detección como cuestionario de Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales (instrumento NECPAL) y Valoración geriátrica integral (VGI). Validación de cambio de enfoque clásico de asistencia centrado en patologías crónicas al actual que defiende la VGI, coordinada y continuada.
Métodos: Estudio transversal y descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en Geriatría. Variables descriptivas (médicas y sociodemográficas) y evaluación con VGI y NECPAL.
Resultados: N = 65 pacientes. Edad media: 80 años. 62% deterioro cognitivo, 86% dependencia funcional, pluripatología 78%, 68% problemática social. 40% cambian enfoque terapéutico tras valoración en HSJD. 17% diagnóstico principal oncológico (83% con NECPAL+), 83% no oncológico (80% con NECPAL+). Motivo de ingreso: patología médica aguda 47%, RHB 32%, control síntomas 12%, curas 6%. Procedencia: 30% derivados de urgencias. Diagnóstico principal: 23% infecciones, otros patologías médicas 29% (12% trastorno iónico o renal, 8% patología cardiaca, 5% patología abdominal; 5% úlceras), proceso traumatológico 15%, NRH/ACV 12%, SCA 11%, deterioro funcional 11%, neoplasia 11%. De los 69% identificados como NECPAL+, las características son: demanda elección (33%), necesidad (33%), marcadores nutricionales (55%), funcionales (71%), otros marcadores (53%), factores adicionales (64%) y comorbilidad (93%). 38% de positivos por indicadores clínicos específicos de gravedad por patologías.
Conclusiones: Alta prevalencia pluripatología, dependencia funcional y/o cognitiva y problema social. Importancia de factores nutricionales, funcionales, sociales y psicológicos en la toma de decisiones como factores independientes de mortalidad, discapacidad y mal pronóstico. Baja demanda de cuidados paliativos a pesar de perfil de paciente con NECPAL+ y fragilidad o dependencia severa según VGI.

Una adecuada valoración integral e interdisciplinar, coordinada y continuada, más allá del enfoque clásico centrado en patologías crónicas, con el uso de instrumentos como NECPAL o VGI, permite una detección precoz de necesidades en el abordaje de paciente crónico complejo con necesidades paliativas.

PC-183. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD A LOS 12 MESES DE FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

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

Objetivos: Analizar los factores pronósticos (relacionados/predictores) de mortalidad, a los 12 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 sociodemográficas; procedencia; destino alta; funcionalidad previa, al alta y 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 12 meses. Análisis mediante SPSS 19.9.
Resultados: Del 1 junio 2010 al 31 mayo 2013 hemos atendido 371 pacientes consecutivamente, excluidos 7 pacientes perdidos (364 pacientes). De ellos, 100 habían muerto a los 12 meses (M) (27,5%) y 264 no (V) (72,5%). Análisis bivariante: M edad media 86,9 (DE ± 6,276) años, V 84,34 (DE ± 6,280) (p > 0,001); M sexo masculino 37,5%, V 62,5% (p < 0,033); M IL 0,47 (DE ± 1,590), V 3,64 (DE ± 3,321) (p < 0,001); M IB 59,70 (DE ± 29,352), V 78,56 (DE ± 26,729) (p < 0,001), M IB ingreso 10,45 (DE ± 9,798); V 18,13 (DE ± 11,494) (p < 0,001); M IB alta 18,37 (DE ± 14,631); V 31,93 (DE ± 17,497) (p < 0,001); M FAC 3,80 (DE ± 1,404), V 4,37 (DE ± 1,124) (p < 0,001), M FAC alta 1,04 (DE ± 1,466),V 1,95 (DE ± 1,638) (p < 0,001); M GDS Reisberg 3,94 (DE ± 2,235), V 2,72 (DE ± 2,048) (p < 0,001); M IC 3,08 (DE ± 2,262), V 1,96 (DE ± 1,364) (p < 0,001);M no barreras arquitectónicas 30,5%, V 69,5% (p = 0,049); M riesgo anestésico ASA < II 17,6%,V 82,4% (p < 0,001), M tiempo prequirúrgico < 2 días 17,2%,V 82,8% (p < 0,001); M insuficiencia renal 34,1%,V 65,9% (p = 0,008); M Anemia 34,2%,V 65,8% (p = 0,014); M complicaciones hidroelectrolíticas 39,5%,V 60,5% (p < 0,001); M delirium 35,3%,V 64,7% (p < 0,001). Análisis multivariante: ascenso un punto IL 0,603 (0,505-0,721) (p < 0,001); absceso un punto IC 2,332 (1,308-4,157) (p = 0,04); tiempo espera quirúrgico 3 días 3,013 (1,330-6,829) (p = 0,008); tiempo espera quirúrgico 4 días 4,267 (1,577-11,545) (p = 0,004); alteraciones hidroelectrolíticas 1,212 (1,017-1,444) (p = 0,031); capacidad discriminatoria del modelo AUC (± 95%): 0,847 (0,803-0,891).
Conclusiones: Mayor edad, sexo masculino, peor funcionalidad previa, peor ejecución de marcha, peor cognición, mayor comorbididad, ausencia barreras arquitectónicas, mayor riesgo anestésico, mayor tiempo espera quirúrgico, insuficiencia renal, anemia y complicaciones hidroelectrolíticas así como delirium, son factores pronósticos relacionados con mortalidad a los 6 meses. Peor funcionalidad previa, mayor comorbididad, menor tiempo espera quirúrgico superior a 48 horas y complicaciones hidroelectrolíticas, son factores pronósticos predictores de mortalidad a los 12 meses.

PC-184. DESCRIPTIVA DE LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (CIRUGÍA) DE UN HOSPITAL COMARCAL

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

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes mayores de 80 años, ingresados por patología quirúrgica no tributaria de intervención quirúrgica, en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del Servicio de Geriatría de un Hospital Comarcal, en el período comprendido entre junio de 2015 y enero de 2016.
Métodos: Estudio prospectivo descriptivo en que se han recogido variables socio demográficas (edad, sexo), procedencia y destino al alta, así como funcionalidad previa, al ingreso y al alta mediante el índice de Bathel (IB), índice de Lawton (IL), Functional Ambulatory Classification (FAC), funcionalidad cognitiva mediante GDS de Reisberg; comorbilidad con el índice de Charlson (IC); estancia media hospitalaria así como el diagnóstico etiológico de la enfermedad quirúrgica no tributaria de intervención quirúrgica, que ha motivado el ingreso (síndrome de suboclusión intestinal, fracturas costales, rectorragias, diverticulitis, otros).
Resultados: Del 1 de junio de 2015 al 31 de enero de 2016, hemos atendido un total de 16 pacientes de forma consecutiva, 11 eran mujeres y 5 eran hombres, con una edad media de 87,25 años. De ellos, 6 eran casados, 9 eran viudos y uno soltero. Procedían de domicilio 14 pacientes y 2 de ellos procedían de residencia. Describimos las características biopsicofuncionales de los pacientes y los resultados asistenciales: IL previo 3, IB previo 67,1, IB ingreso 6,8, IB alta 31,8; FAC previo 3,6; GDS 2,6, IC 5,01. Destino al alta: Alta domicilio 13, Alta a residencia 1, alta a sociosanitario 2; Estancia media 5,01 días; Describimos los diagnósticos que motivaron el ingreso: 4 síndromes de suboclusión intestinal, 4 fracturas costales, 3 rectorragias, 3 diverticulitis, 2 otros diagnósticos.
Conclusiones: El perfil del paciente tipo, ingresado en la Unidad Geriátrica de Agudos quirúrgica es una mujer de 87,25 años, que procede de domicilio, con IL previo de 3, IB previo de 67,1, IB ingreso 6,8, IB alta 31,8, FAC 3,6, GDS 2,6, IC 5,01, que se hospitaliza en UGA durante unos 5 días y que es dada de alta a domicilio, con diagnóstico de síndrome de suboclusión intestinal o fracturas costales.

PC-185. PROPUESTA DE ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA EN ANCIANOS: TEST DE ALUSTI. ESTUDIO PILOTO

J. Alustiza Navarro[1], M. López-Sáez de Asteasu[2], T. Marcellán Benavente[3], C. Echávarri Zalba[1], J.J. Roldán Larreta[1] y F. Zambom-Ferraresi[2]
[1]Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui, Alsasua. [2]Universidad Pública de Navarra, Navarra. [3]Casa Misericordia Pamplona, Pamplona.

Objetivos: Presentar Test de Alusti como nueva escala de valoración de la capacidad física en ancianos al ingreso y al alta en un centro Psicogeriátrico.
Métodos: 152 sujetos analizados (67 hombres y 85 mujeres, edad media 81 ± 8 años). Valoración en el ingreso y alta con las dos versiones del test de Alusti: Completo: que valora en escalas numéricas la movilidad articular pasiva de las cuatro extremidades, balance muscular activo de las cuatro extremidades, transferencia decúbito supino-sedestación, control del tronco en sedestación, transferencia sedestación-bipedestación, mantenimiento en bipedestación, capacidad de marcha, radio de acción de marcha. Valores totales Test de Alusti completo: Movilidad independiente 70-78, mayormente independiente 60-69, mayormente dependiente 50-59, dependiente < 50. Abreviado: movilidad articular pasiva de las cuatro extremidades. Control del tronco en sedestación. Mantenimiento en bipedestación. Capacidad de marcha. Radio de acción de marcha. Valores totales Test de Alusti abreviado: Movilidad independiente 42-48, mayormente

independiente 32-41, mayormente dependiente 25-31, dependiente < 25. Análisis estadístico: SPSS 22.
Resultados: En el test de Alusti completo los pacientes presentan una mejoría de 18,8% (de 52,5 ± 17,9 a 62,4 ± 14,2 puntos, p < 0,001) durante el periodo de ingreso. En el test de Alusti abreviado los pacientes presentan una mejoría de 22,8% (de 28,9 ± 12,7 a 35,4 ± 11,2 puntos, p < 0,001) durante el periodo de ingreso.
Conclusiones: Conforme a los resultados obtenidos, el Test de Alusti parece ser una herramienta útil para evaluar la capacidad física en los ancianos.

PC-186. INTOXICACIONES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

C.M. Béjar, C. Udina, M. Pi-Figueras, C. Clemente, I. Puente, I. Arnau y A. Supervía
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Describir y comparar las características de los pacientes de entre 65 y 75 años visitados en urgencias por intoxicación, con los > 75 años visitados por la misma causa.
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, de 228 pacientes > 65 años atendidos en urgencias por intoxicación entre 2009-2012, distribuidos en dos grupos: > 65-75 años y > 75. Variables registradas: datos de filiación, procedencia, existencia o no de deterioro cognitivo, tipo y lugar de intoxicación, tóxico, interconsulta a Psiquiatría, realización de comunicado judicial y si precisaron ingreso.
Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 2.673 asistencias por intoxicación, de las cuales 228 (8,52%) fueron en pacientes > 65 años. De éstos, 86 (37,7%) tenían entre 65 y 75 años y 142 (62,3%) eran > 75 años. El 69,8% de los pacientes entre 65 y 75 años eran varones, mientras que el 76,1% de los > 75 años eran mujeres (p < 0,001). La mayoría eran españoles y acudieron a urgencias mediante el SEM. De los 228, 68 (29,82%) presentaban deterioro cognitivo. De éstos, 16 (22,1%) eran del primer grupo y 52 (36,62%) eran > 75 años (p < 0,034). La intención de la intoxicación fue recreativa en 43 casos (50%) y en 12 (8,5%) del primer y segundo grupo, respectivamente. Causa accidental se observó en 28 (32,6%) y en 116 (82,3%) (p < 0,001). El lugar de la intoxicación fue el domicilio en 64,7%, y en vía o lugar público en 40,7% del primer grupo y 94,4% y 3,5%, en el segundo grupo, respectivamente (p < 0,001). Los tóxicos implicados fueron fármacos [predominando en > 75 años (80,3% vs 34,9%)] y alcohol [más frecuente en > 65-75 años (55,8% vs 9,2%)]. Los fármacos más frecuentes: digoxina 58 casos, benzodiacepinas 49, opiáceos 10 y antidepresivos 10. Se realizó interconsulta a Psiquiatría en 23 casos > 65-75 años (26,7%) y 13 en > 75 años (9,2%) (p = 0,002). Se emitió comunicado judicial sólo en 11 (12,8%) y 13 (9,2%) respectivamente. Precisaron ingreso 10 (11,6%) del primer grupo y 33 (23,2%) del segundo (p < 0,032).
Conclusiones: Un porcentaje no despreciable de las intoxicaciones se produce en > 65 años. Mayor incidencia en > 75 años, predominando el sexo femenino, la existencia de deterioro cognitivo, las intoxicaciones accidentales, fundamentalmente fármacos y precisan más ingreso hospitalario. El comunicado judicial se realiza con escasa frecuencia.

PC-187. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON DEMENCIA

P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar y conocerla calidad de vida de pacientes institucionalizados con demencia mediante la administración de la escala Qualidem.
Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en 17 Centros Residenciales y sociosanitarios del grupo SANYRES de pacientes con deterioro cognitivo. Se excluyen aquellos pacientes con demencia en estadio terminal o con otra enfermedad concomitante de carácter terminal. Se administra la escala Qualidem (Int J Psychiatry 2007;22:549-56), que recoge puntuación global y aspectos concretos en los estadios GDS2-6 y GDS7. Se recogen además las siguientes variables: edad, género, tipología de la demencia, estadio evolutivo (GDS), fármacos utilizados, comorbilidad (Charlson), fármacos utilizados. Análisis estadístico SPSSD 15.0.
Resultados: Tamaño muestral: 439. Edad media 84,7 ± 7,9. Mujeres 328 (74,7%). Tipología demencia: E. Alzheimer: 63,8%. Vascular 14,8%. Mixta: 12,8%. Estadio evolutivo: GDS3: 7,9%. GDS4: 19,8%. GDS5: 24,8% GDS5: 24,8%. GDS 6: 30,7%. GDS7: 16,6% I. Charlson (mediana): 2. Nº fármacos 8.7 ± 3,8. MMSE (mediana):12. Fármacos: Antidepresivos: 44,9%. Ansiolíticos: 44,4%. Qualidem (0-114) GDS2-6: Total 54,8 ± 16,7. Las menores puntuación se obtienen en relacionados con cuidados, autopercepción positiva, aislamiento social y tener algo que hacer. Qualidem (0-54) GDS7 Total: 23,1 ± 13,6. Las menores puntuaciones en afectos positivos y negativos y en aislamiento social. No hay diferencias significativas entre las puntuaciones de Qualidem y el tipo de demencia. Los pacientes con demencia-Parkinson y demencia-Lewy tomaban mas fármacos (p < 0,01).
Conclusiones: 1. Los pacientes con GDS 7 tienen peor calidad de vida 2. El aislamiento social, los afectos negativos y los aspectos relacionados con los cuidados son los principales elementos que afectan a la calidad de vida. 3. Una alta prescripción de fármacos en población con demencia. 4. La escala Qualidem puede ser un buen instrumento para conocer la calidad de vida y su seguimiento posterior.

PC-188. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

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

Introducción: La fractura de cadera (FC) es un problema de salud frecuente en el anciano, y constituye la peor complicación de la osteoporosis, debido al impacto sobre la calidad de vida y elevada morbimortalidad. La fase aguda del tratamiento incluye la hospitalización urgente, intervención quirúrgica temprana, movilización precoz del paciente y seguimiento de las complicaciones más frecuentes como el delirium, anemia, malnutrición y dolor. La intervención precoz y continuada sobre estos procesos durante la hospitalización permite reducir las complicaciones a largo plazo, principalmente el deterioro funcional. El Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), es un hospital secundario de 283 camas, ubicado en San Sebastián de los Reyes (Madrid) y atiende un área de 306.000 habitantes. En la zona de influencia se encuentran al menos 50 residencias, con un total de 3.639 residentes.
Objetivos: Estructurar la atención y seguimiento del paciente de Geriatría ingresado en el Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), en la Unidad de Ortogeriatría (en su fase aguda). Crear un procedimiento de continuidad de cuidados al alta y comunicación con los profesionales de AP, Centros Residenciales y Unidades de Recuperación funcional (URF) centrado en la gestión del caso.
Métodos: Desde abril de 2010 el hospital cuenta con una Unidad de Ortogeriatría que permite la atención multidisciplinar e integral del paciente con fractura de cadera y en ella participan geriatras, traumatólogos, anestesistas, rehabilitadores, enfermeras de planta, una enfermera de prácticas avanzadas en geriatría y trabajadores sociales.
Resultados: Durante el año 2015 fueron atendidos en la Unidad de Ortogeriatría 253 fracturas de cadera en pacientes mayores de 70 años.
Conclusiones: El trabajo multidisciplinar ofrece un abordaje del paciente anciano ingresado en esta unidad, así como su posterior seguimiento tras ser dado de alta tanto a Residencia, como a domicilio o a Unidades de Recuperación Funcional (URF).

PC-189. DIABETES MELLITUS Y FRAGILIDAD EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer como la diabetes mellitus tipo 2 puede precipitar la situación de fragilidad en una población institucionalizada.
Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en 17 Centros Residenciales y sociosanitarios del grupo SANYRES de pacientes con diabetes mellitus. Se excluyen aquellos pacientes que no firman el consentimiento información. Se recogen además las siguientes variables: edad, género, tiempo de evolución de la diabetes, nº y tipo fármacos utilizados, comorbilidad (Charlson), parámetros analíticos incluida HbA1C, fármacos utilizados, número de ingresos hospitalarios, Handgrip tipo Jumpar, Short Physical Performance Battery y MMSE. Análisis estadístico SPSS 15.0.
Resultados: Tamaño muestral: 344. Edad media: 84,1 ± 7,1. Mujeres 288 (83,7%). Analítica: HbA1C: 6,7 ± 1,2. Creatinina (mediana): 0,85. Proteínas totales: 6,2 ± 0,6. Hb: 12,1 ± 1,8. I. Charlson 3,6 ± 1,8. Fármacos: metformina 48,5%, insulina 47,4%. IDDP4: 13,8%. sulfonilureas: 10,2%. Valoración: SPPB (mediana): 3,5. IMC: 25,2 ± 4,4. Handgrip: 14,1 ± 6,8. MMSE: 15,9 ± 0,9. Yesavage (mediana): 4. HbA1C < 7: 61,8%. Los pacientes con insulina y con más de un fármaco tienen HbA1c más elevada ($p < 0,001$). Los pacientes con metformina o IDDP4 tienen valores más elevados en SPPB y Handgrip ($p < 0,001$).
Conclusiones: 1. Un alto porcentaje presentan niveles de HbA1c inferior a la aconsejada para este tipo de población. 2.-La insulina y el riesgo de hipoglicemia es altamente prescrita. 3. Un alto porcentaje de pacientes presentan signos de fragilidad a través del SPPB.

PC-190. EL HOSPITAL DE DÍA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DEMENCIA Y/O DETERIORO COGNITIVO LEVE-MODERADO

M.M. Sánchez Rodríguez, L. Fernández Ortiz, L. Risco Nieto, M. Portugués Lamadrid, C. Sanz Hospital, M. Pérez Fernández y M. Rovira Isanda
Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris, Esplugues de Llobregat.

Objetivos: El Hospital de Día de trastornos cognitivos y demencias es un recurso ambulatorio diurno que ofrece atención terapéutica integral por un equipo interdisciplinar. Los objetivos de este trabajo son, en primer lugar, describir el perfil de los usuarios y, en segundo lugar, describir el tratamiento no-farmacológico y las características del recurso.
Métodos: Se recogieron datos de todos los pacientes ingresados durante el año 2015, incluyendo variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, con quien viven, nivel educativo), diagnóstico al ingreso, estadio de deterioro cognitivo (GDS de Reisberg), nivel de deterioro cognitivo (MMSE), estado depresivo (Yesavage) y estado funcional (Barthel). Se recogió información sobre la satisfacción subjetiva con el recurso (encuesta de satisfacción). Los datos descriptivos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS-17.
Resultados: El perfil del paciente de hospital de día es de persona mayor de 65 años, que convive con el cónyuge, con deterioro cognitivo leve-moderado (GDS = 4), que mantiene autonomía parcial en ABVDs. En cuanto a la orientación diagnóstica se observan dos perfiles diferenciados. El primero, un paciente con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer o vascular en fase evolutiva leve-moderada, y el segundo, un paciente con deterioro cognitivo leve (DCL) asociado a diagnóstico de trastorno del estado de ánimo (TB, trastorno depresivo) o trastorno psicótico. Se describen brevemente las características del recurso (horario, funcionamiento, temporalidad) y el programa de terapias no-farmacológicas utilizado (estimulación cognitiva integral y en grupo, estimulación cognitiva mediante medios informáticos, reminiscencia, talleres intergeneracionales, psicomotricidad, parque biosaludable, jardín terapéutico, entrevistas con familiares). Al alta los usuarios muestran una elevada satisfacción subjetiva con el recurso y estabilidad en la escala de cribaje cognitivo (MMSE) y grado de deterioro (GDS).
Conclusiones: El perfil de usuario es de persona con deterioro cognitivo leve-moderado, ya sea por proceso degenerativo en fase inicial, demencia vascular o DCL asociado a otro diagnóstico de salud mental. Los pacientes mayores con trastorno psiquiátrico y DCL asociado se benefician del programa de tratamiento no-farmacológico en el recurso de manera significativa, mostrando al alta elevada satisfacción subjetiva, estabilidad a nivel cognitivo y mejoría a nivel emocional.

PC-191. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO ATENDIDO EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE AGUDOS DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL

P. González García[1], R. Gómez Navarro[2], R. Vial Escolano[1], C. Martín Hernández[3], A. Castro Sauras[4] y S. Buñuel Álvarez[4]
[1]Hospital San José, Teruel. [2]Centro de Salud Teruel Urbano, Teruel. [3]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. [4]Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad de la trayectoria clínica de atención al anciano con fractura de cadera en la Unidad de Ortogeriatría de Agudos (UOGA) del Sector de Teruel para identificar oportunidades de mejora.
Métodos: Criterios de calidad: 1) El subproceso de atención en urgencias tendrá una duración < 4 horas (estándar > 75%). 2) La valoración por geriatría se realizará antes de las 72 horas de ingreso (estándar > 75%). 3) La cirugía se realizará antes de las 72 horas de ingreso (estándar > 75%). 4) A todos los pacientes se les determinarán niveles de vitamina D (estándar > 50%). 5) Durante el ingreso los pacientes no presentarán delirium (estándar > 70%). 6) Durante el ingreso los pacientes no presentaran ITU (estándar > 80%) 7) Al alta se pautará tratamiento farmacológico preventivo de fractura (estándar > 50%). 8) Al alta se realizará informe conjunto entre Traumatología y Geriatría (estándar > 50%). Criterios 5 y 6 de resultados, resto de proceso. Dimensión estudiada: calidad científico-técnica y seguridad. Unidad de estudio: pacientes con fractura de fémur atendidos por la UOAG durante el año 2014. Muestreo sistemático para obtener 60 casos.
Resultados: Cumplimiento: Criterio 1 (96,7 ± 3,6); Criterio 2 (83,3 ± 7,6); Criterio 3 (66,7 ± 9,6); Criterio 4 (90,0 ± 6,1); Criterio 5 (65,0 ± 9,7); Criterio 6 (81,7 ± 7,9); Criterio 7 (55,0 ± 10,1); Criterio 8 (96,7 ± 3,6).
Conclusiones: El análisis del grado de cumplimiento de la trayectoria clínica de fractura de cadera de Teruel resulta una herramienta útil para mejorar la atención a los pacientes con fractura de cadera atendidos en el Sector, que demuestra que debemos concentrar nuestros esfuerzos en prevenir el delirium y en analizar y gestionar las causas de la demora quirúrgica > 72 horas, principalmente.

PC-192. HEMORRAGIAS INTRACEREBRALES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

M. Vigara García, P.L. Carrilo García, L. Guardado Fuentes, D. Padrón Guillé, R. Sosa Suárez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir las características de los pacientes mayores de 65 años que ingresan por hemorragia intracerebral (HIC).
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y de seguimiento. Se incluyen los pacientes mayores de 65 años ingresados durante el año 2015 con diagnóstico de hemorragia intracerebral (subaracnoidea, subdural, intraparenquimatosa o combinaciones de las mismas). Se

excluyen los pacientes con HIC crónica que no ingresaban por este motivo. Se recogen variables demográficas, funcionales, comorbilidades, situación social, datos de HIC (tipo y tamaño), mecanismo de producción (traumática o espontánea), tipo de intervención (quirúrgico o conservador), tratamiento anticoagulante (ACO) previo y al alta, motivo de ACO y tipo, escalas de riesgo (CHADS2VASC2, HAS-BLED, SAMeTT2R2), ubicación, funcionalidad al alta y mortalidad (ingreso, al mes y año).
Resultados: La n fue 265, edad media 81,1 años (DE 7,7), 50,8% mujeres. 47,5% hemorragia intraparenquimatosa (HIP), 39,3% hemorragia subdural (HSD), 18,3% hemorragia subaracnoidea (HSA) y 4,7% combinadas. El 57% se producen espontáneamente. La mediana del tamaño fue 30 mm (RI). Se realizó cirugía a un 22,3%. El 79,8% son independientes para actividades de la vida diaria (AVD), 66,8% deambulan sin ayudas. Caídas previas 11,1%, demencia 27,3% y viven acompañados 73,3%. I. Charlson medio ajustado a edad 4,7 (DE 2,1), depresión 8,4%, ERC 45,1% (19,6% G4), patología hematológica 6,1% y patología oncológica 11,8%. Tratamiento ACO previo 34,4% (≥ 80 años 71,3%), tipo antivitamina K 85,4%, 78,2% por fibrilación auricular (FA) no valvular, CHADS2VASC2 medio 4,12 (DE 1,3), HAS BLED medio 2,33 (DE 1,08) y 78,6% ≤ 2 puntos en la escala SAMeTT2R2. El 44,3% fallecen, 90,8% durante el ingreso. Al alta, se pauta ACO al 13,7% (antivitamina K 42,9%), 53,3% independientes para AVD y 45,5% deambulan sin ayudas. El 79,2% vuelve a domicilio y 13,4% a centro de apoyo.
Conclusiones: En nuestra muestra, la mayoría de pacientes son de edad avanzada, con buena situación funcional y social previa y elevada comorbilidad. Un tercio de los pacientes toma tratamiento anticoagulante, la mayoría por FA no valvular. La opción terapéutica mayoritaria es conservadora. Casi la mitad de la muestra fallece durante el ingreso. Los supervivientes pierden funcionalidad pero, a pesar de ello, un alto porcentaje vuelven a domicilio.

PC-193. COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA REFERENTE A LA CURA DE HERIDAS ANALIZANDO RESULTADOS RECOGIDOS ENTRE DOS ÁREAS BÁSICAS CON DOS MANERAS DIFERENTES DE ABORDAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

G.M. Cabrera Molina[1], M. Gea Valero[2], M.D.M. de la Hoz Caballero[1], S.M. Sánchez González[2], M.J. Oller Sánchez[2] y P. Díez Álvarez[2]
[1]CAP Congrés, Barcelona. [2]CAP Horta, Barcelona.

Introducción: El abordaje y cuidado de las heridas en pacientes atendidos a domicilio suponen un problema sanitario importante. Los profesionales de enfermería son los responsables de la prevención y tratamiento de las mismas. Es frecuente que el profesional de enfermería que acude a la atención a domicilio varíe según las rotaciones laborales influyendo en los cuidados que se prestan. En las unidades de atención a domicilios especializadas se reduce esta rotación.
Objetivos: Averiguar la prevalencia de heridas de la piel en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) de 2 áreas básicas de salud de Barcelona ciudad con dos maneras diferentes de abordar la atención domiciliaria.
Métodos: Estudio descriptivo, transversal. Los sujetos del estudio fueron los pacientes incluidos en el programa de ATDOM de 2 áreas básicas de salud de Barcelona que presentaron algún tipo de herida en la piel durante 2015 y las enfermeras de dichas áreas, una de las áreas básicas tiene una unidad especializada en atención domiciliaria de reciente creación (A) y la otra área básica no (B). La prevalencia de heridas de la piel se obtuvo a partir de la historia clínica informatizada.
Resultados: Se registraron a 12 pacientes de ATDOM (A) y 11 pacientes ATDOM (B) con diagnostico de heridas durante 2015. Tiempo medio de curación fue 326,13 días en el caso B, siendo un 11,3% mejor en el caso A. Referente a la rotación de enfermeras en cada equipo, las heridas con más largo tiempo de curación fueron las que más enfermeras diferentes la trataron. No tenemos aún datos concluyentes de la comparativa en el coste sanitario que han supuesto estas heridas, ni de las visitas por servicios externos generados los fines de semana.
Conclusiones: Todo y ser una muestra pequeña, se debería seguir con el estudio y los datos obtenidos se podrían extrapolar a otras áreas básicas y por tanto se deberían trasmitir en un futuro a las direcciones y gerencias competentes para establecer mecanismos de mejora.

PC-194. TAPENTADOL: UNA OPCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO

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

Objetivos: Conocer el efecto terapéutico, repercusión funcional y calidad de vida, así como los efectos adversos del uso de tapentadol en un grupo de ancianos de dolor de intensidad moderada-grave.
Métodos: Estudio prospectivo en pacientes > 75 años con dolor de intensidad moderada grave (EVA > 5), valorados en una Unidad de Agudos y Consultas Externas de un Servicio de Geriatría (septiembre-diciembre 2015) a los que se administró tapentadol. Se recogen las siguientes variables: EVA, tipología dolor, situación funcional (Barthel, Lawton, FAC), afectiva (Yesavage-15), calidad de vida (QoL), cognición (GDS Reisberg) número de fármacos analgésicos y efectos adversos en la situación basal, a los 15 y 30 días de tratamiento.
Resultados: N: 50, edad media 87,5 ± 5, 6, mujeres (62,9%). Tipología dolor: oncológico 20%, neuropático 21,6%, mixto (nociceptivo + neuropático): 58,1%. EVA media basal: 7,4, tras tapentadol al mes: 2,1. Se objetivó una mejoría clara en la situación funcional en el 80% y el 88,5% de los pacientes refirió mejoría en su calidad de vida. El número de fármacos se redujo de 2,7 a 1,4 al mes de tratamiento. Es un fármaco bien tolerado, el 88,5% de los pacientes no presentaron efectos adversos.
Conclusiones: 1. Tapentadol es un fármaco eficaz en el control del dolor moderado-severo. 2. Tapentadol mejora la calidad de vida, así como la situación funcional. 3. Tapentadol es un fármaco bien tolerado con pocos efectos adversos.

PC-195. ESTUDIO FRAILCLINIC: VIABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE DETECCIÓN Y MANEJO DE PACIENTES FRÁGILES EN DISTINTAS UNIDADES ASISTENCIALES

A. Cedeño[1], S. López[1], M. Alcantud[1], P. Vicent[1], C. Herrera[2], J. Gonzales[1] y M. Checa[1]
[1]Hospital Universitario de Getafe, Getafe. [2]Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La fragilidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de discapacidad en pacientes mayores y una de las causas más importantes de eventos adversos desfavorables (caídas, hospitalización, institucionalización y muerte). Esto tiene un impacto directo en el número de años libres de discapacidad, que está directamente relacionada con la calidad de vida.
Objetivos: Evaluar la efectividad y eficiencia del manejo clínico (diagnóstico y terapéutico) del médico geriatra en colaboración con el médico tratante en pacientes ancianos frágiles en medios hospitalarios de alto riesgo (Urgencias, Cirugía General, Oncología, Cardiología).
Métodos: Ensayo clínico multicéntrico, multinacional, aleatorizado, fase III. Se trata de un proyecto europeo llevado a cabo en tres países; España, Italia y Reino Unido y los centros implicados son: Hospital Universitario de Getafe (Madrid), Hospital Universitario Central de

Asturias Monte Naranco (Asturias), Hospital San Raffaele (Roma), Hospital de la Universidad de Sacro Coure (Roma), Luton and Dunstable University Hospital (Luton). El tamaño muestral del estudio es de 1.400 sujetos. Los pacientes serán reclutados de varios medios clínicos hospitalarios; Servicio de Urgencias, Cirugía General, Oncología y Cardiología. Los criterios de inclusión son pacientes mayores de 75 años frágiles mediante los criterios de Fried y escala FRAIL. Los criterios de exclusión son: discapacidad (Índice de Barthel menor de 40), demencia moderada-severa (GDS 5-6), enfermedad aguda crítica o terminal. Se realizará un seguimiento a los tres meses y al año de la inclusión en el estudio. Los desenlaces primarios que se medirán son el impacto de nuestra intervención en términos de funcionalidad, discapacidad, institucionalización y mortalidad. Como desenlaces secundarios del estudio se encuentran: estancia media de hospitalización, reingreso hospitalario/visita a urgencias, detección de delirium, infecciones asociadas al cuidado de la salud, polifarmacia, requerimiento de cuidador, sobrecarga del cuidador, coste-efectividad, coste-utilidad.

Conclusiones: La fase de intervención del estudio Frailclinic representa la primera oportunidad de evaluar un programa de manejo de pacientes frágiles en distintas unidades asistenciales no geriátricas con el fin de prevenir y evitar el deterioro funcional y otros eventos adversos.

Proyecto financiado por la CE "HEALTH-2013 PROJECT". Código 2013 12 08.

PC-196. ATENCIÓN INTEGRADA: INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

V. Niño Martín[1] y S. Pérez Niño[2]
[1]Universidad de Valladolid, Valladolid. [2]Centro de Salud Iscar, Valladolid.

Objetivos: Mejorar los aspectos de la continuidad asistencial, en aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia tras el alta hospitalaria. Valorar y analizar el informe de cuidados de enfermería.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en pacientes mayores de 65 años, los cuales regresaron a su domicilio tras alta hospitalaria durante cuatro meses (de septiembre de 2015 a enero de 2016). El sistema establecido y sistematizado de coordinación es el informe de cuidados de enfermería. Se valoraron las variables predictoras: edad, sexo, ingresos el año anterior, motivo de ingreso, situación social (Escala de Gijón), estado funcional (Barthel) y deterioro cognitivo (MEC). Se analizaron la valoración del paciente al alta, valoración activa (necesidades básicas), situación al alta, registros de enfermería y recomendaciones al paciente y/o familia.

Resultados: Se estudiaron 120 informes de cuidados de enfermería (nivel de confianza del 95%, precisión 4%). de los cuales el 77,5% fueron mujeres y la media de edad fue de 82,8 (DT = 7,5). El 10% de los pacientes habían tenido ingresos hospitalarios en el año anterior. El motivo de ingreso en el 65% de los casos fue por intervención quirúrgica (prótesis de cadera, prótesis de rodilla, implante de marcapasos, colelitiasis), en el 12% por ictus y el 23% otras causas (cáncer de mama, caídas, fibrilación auricular). Las puntuaciones medias de las escalas: Gijón (11 puntos, existe riesgo social) Barthel (55 puntos, dependencia moderada) y MEC (23 puntos, leve deterioro). El 98% de los informes recogían la valoración de enfermería del paciente al alta y la valoración por necesidades básicas siguiendo el modelo de Virginia Henderson. Se observó que en el 10% (12 informes) se incluían las recomendaciones al paciente.

Conclusiones: La asistencia compartida es el modelo de asistencia conjunta entre los distintos niveles asistenciales, que facilita la continuidad asistencial del paciente. La reorganización del proceso asistencial debe centrarse en las necesidades del paciente. Se ha detectado una elevada prevalencia de riesgo social que se asocia fundamentalmente a pacientes con mayor dependencia funcional, mayor edad y peor estado cognitivo.

PC-197. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN APUESTA POR LA GERIATRÍA EN ANDALUCÍA

R. Martínez Barea, A.M. López Navarro, M.D. Jodar Bellido, M.D. Zamudio Rodríguez, M.D.C. López Porras y F. Cabrera Morilla
Hospital de Alta Resolución de Morón, Morón de la Frontera.

Objetivos: Mostrar los resultados del desarrollo de Atención al Paciente Pluripatológico y de Cuidados Paliativos en el Hospital de Alta Resolución de Morón con la innovación en Andalucía de ser liderados por atención especializada en Geriatría, especialidad médica castigada en esta comunidad. Resultados de éxito que pueden facilitar la implantación de esta especialidad en el resto de estos Hospitales.

Métodos: Estudio descriptivo de las actuaciones sanitarias realizadas desde el 2009-2015 en el Hospital de Alta Resolución de Morón con Pacientes Pluripatológicos y de Cuidados Paliativos. Datos obtenidos de los cuadros de mandos de dichos años. Base de datos específicas de estos pacientes.

Resultados: El Hospital de Alta Resolución de Morón, con una población de referencia de 39.366 habitantes, en su área de Medicina Interna atiende de forma exclusiva a Pacientes Pluripatológicos y Cuidados Paliativos liderado bajo la atención geriátrica especializada desde hace 7 años. Los resultados de la actuación de Alta Resolución en esta área, expresados como media de los diferentes años han sido: 789 consultas específicas (75% de Acto único), 410 Ingresos en Unidad de Hospitalización Polivalente con una estancia media de 4 días. Índice casuístico de 1,74, Índice de camas ahorradas: -5,9. Edad media de hombres 79 años y de mujeres 82 años. Un 12,4% de exitus. En el 100% de los pacientes se realiza valoración geriátrica Integral, Conciliación de la medicación y telecontinuidad personalizada. Realizada encuesta de Calidad de Atención al paciente frágil se con resultados excelentes.

Conclusiones: Resultados satisfactorios en un modelo de atención de alta resolución con pacientes pluripatológicos y Paliativos. Resultados que se adaptan a la situación de crisis económica, para hacer sostenible la atención a estos pacientes tan demandantes y tan complicados. Atención de estos pacientes en su lugar de referencia, evitando el traslado y descargando estos pacientes en su hospital de referencia. Atención especializada de estos pacientes en su lugar de referencia, creando las bases de la implantación de la Atención geriatría en nuestra comunidad autónoma.

PC-198. MORTALIDAD EN LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN?

C. Herrera Bozzo, A. Sanz González, O. Saavedra Oberman, J.M. Arche Coto y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Describir las características de los pacientes mayores de 75 años ingresados en un servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel. Conocer los factores asociados a la mortalidad al año del ingreso.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes mayores de 75 años que fueron valorados en consulta externa y/o ingresados en el Servicio de cirugía general para la realización de una cirugía electiva desde agosto de 2014 hasta febrero de 2015. Se les realizó seguimiento telefónico al año para valorar reingresos y mortalidad. Se recogieron variables socio demográficas, funcionales (I. Barthel), estado mental (Memoria: MMSE; Depresión: GDS), polifarmacia, pluripatología. Se valoró la fragilidad (Linda Fried), estancia media, destino al alta, reingresos y mortalidad intrahospitalaria y al año.

Resultados: 118 pacientes fueron valorados de los cuales, 84 estaban ingresados (71,2%) y 34 (28,8%) procedentes de consultas externas. Edad media fue de 79 años, 62% hombres, el 63,6% casados, 95% vivía en domicilio de los que el 88% volvían a su domicilio al alta. El 68,6% eran independientes, 46,6% sin deterioro cognitivo y 70,3% presentaba buen estado anímico. El 39,8% eran pluripatológicos y presentaban un consumo medio de 4,8 fármacos. El 25% cumplía criterios de fragilidad. La estancia media fue de 10,9 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 1%. Al año del ingreso, el 9,3% de los pacientes había fallecido y un 17,8% de los pacientes reingresaron. Presentar fragilidad se asoció a mayor mortalidad con una p = 0,00. El deterioro funcional así como presentar mayor deterioro cognitivo, también se asociaron a mayor mortalidad con p = 0,004 y p = 0,010, respectivamente.
Conclusiones: La mortalidad, reingreso y estancia media es similar a otras series. Los factores asociados a mortalidad en pacientes mayores de 75 años ingresados en un servicio de cirugía general son similares a otros servicios. En nuestro estudio, la fragilidad, el peor estado funcional y cognitivo se asocia a mortalidad.

PC-199. PRÁCTICA DE UN GRUPO FOCAL PARA DETECTAR FACTORES ESTRESANTES DE CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS

M.D. Zamudio Rodrígue, A. Bárcenas Villegas, R.M. Guijo Pérez, A. Marqués Bernal, M.I. Chavés Pérez, M.I. Pol Castro y M.D.C. López Porras
Hospital de Alta Resolución de Morón, Morón de la Frontera.

Objetivos: Mostrar las conclusiones de la realización de un grupo focal conociendo las inquietudes, necesidades de las personas "que cuidan" a los pacientes pluripatológicos y paliativos. Identificar factores estresantes de la comunidad cuidadora.
Métodos: Estudio descriptivo de la realización de un grupo focal para detectar factores estresantes de cuidadores principales de paciente pluripatológicos y paliativos. Para ello se convocó a un número significativo del total de cuidadores registrados, debido a ser el primer grupo focal quisimos hacer una selección (el perfil fue de edad comprendida entre 40-50 años con grado medio de formación). Se realizó una entrevista abierta, con preguntas previamente establecidas y estudiadas, para que el resultado fuese fidedigno se dejaron respuestas abiertas a los asistentes. Previamente se elaboró un consentimiento, para poder grabar dicha conversación y de esa manera, poder llegar a conclusiones y poder establecer un plan de acción.
Resultados: La proporción de factores estresantes detectados fueron: el 100% de los cuidadores refiere angustia de no poder dar respuesta a todas las necesidades que presenta el paciente. 90% inseguridad. 80% falta de tiempo personal. 65% impotencia a la hora de prestar los cuidados. Las 100% de cuidadoras mostraron muy beneficiosas estas estrategias, les sirvió como un respiro, un desahogo de sus emociones y de su sobrecarga.
Conclusiones: Con la práctica de este grupo focal, detectamos como principal factor estresante: Embotamiento afectivo, esta difícil tarea del cuidador genera angustias, temores y sentimientos difíciles de expresar y reconocer. Generando como principal emoción inseguridad, así como en muchos casos impotencia. Factor también detectado es la falta de tiempo personal. El beneficio mostrado por las cuidadoras en relación a la práctica de este grupo focal, nos anima a continuar con el desarrollo de los mismos. Una vez detectados los factores estresantes, debemos intentar dar soluciones a nuestro alcance para subsanar las necesidades detectadas.

PC-200. ALTERACIONES DEL SUELO PÉLVICO SUSCEPTIBLES DE ORIGINAR DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA EN PACIENTES GERIÁTRICOS

V. Garay Airaghi[1], R. Sosa Suárez[1], D. Padrón Guillén[1], C. Cerdán Santacruz[2], J. Cerdán Miguel[2], P. Gil Gregorio[1] y M. Vigara García[1]
[1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [2]Clinica Santa Elena, Madrid.

Objetivos: Conocer la existencia de alteraciones del suelo pélvico susceptibles de originar defecación obstructiva en una muestra de ancianos con estreñimiento crónico ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatría.
Métodos: Análisis transversal, realizado de octubre de 2014 a marzo de 2016 en una Unidad de Agudos de Geriatría. A los pacientes se les aplicó una encuesta para valorar la función defecatoria. Se recogen las siguientes variables: Situación funcional (Barthel, Lawton, FAC), afectiva (Yesavage-15), cognición (GDS Reisberg), presencia de estreñimiento crónico según criterios Roma III, alteraciones del suelo pélvico objetivadas durante la exploración, consumo de fármacos, cirugías previas, número de consultas por estreñimiento, estudios y tratamientos recomendados.
Resultados: Muestra: 186 pacientes. Edad media 85,6 ± 6,6 años. 121 mujeres (65,1%). 101 (54,3%) se consideran estreñidos, cumpliendo Criterios Roma III 94 (50,5%). De los estreñidos, 15 (16%) estaban institucionalizados, 60 (63,8%) presentaban deterioro cognitivo y 22 (23,4%) estaban inmovilizados, frente a 26 (28,3%) institucionalizados, 49 (53,3%) con deterioro cognitivo y 15 (16,3%) con inmovilidad en el grupo sin estreñimiento (p > 0,05). De los estreñidos, tenían sensación de bloqueo anorrectal 65 (69,1%) (p = 0,001) y sensación de evacuación incompleta 77 (81,9%). 12 (12,6%) requerían extracción digital, 10 (10,6%) precisaban compresión perineal y 18 mujeres de todas las estreñidas (29%) realizaban compresión vaginal en más del 25% de las deposiciones (p = 0,000). 2 pacientes presentaban prolapso rectal (2,1%), 15 prolapso vesical (16%) y rectocele 39 mujeres (62,9%) del grupo con estreñimiento, frente a 10 (16,9%) de las no estreñidas (p = 0,000). 86 pacientes (91,4%) consultaron por este problema y solo a 36 (38,3%) se les realizaron estudios complementarios. Únicamente a 8 (8,5%) se les planteó tratamientos alternativos a medidas higiénico-dietéticas, laxantes y/o enemas.
Conclusiones: 1) El rectocele constituye una causa importante de estreñimiento por obstrucción de salida. 2) En el 62% de pacientes no se amplía el estudio de su estreñimiento con pruebas complementarias. 3) Como tratamiento se ofrece casi exclusivamente la administración de laxantes y enemas, obviando otras alternativas, como biofeedback o la corrección quirúrgica de la patología del suelo pélvico.

PC-201. FACTORES ETIOLÓGICOS Y CONDUCTA ANTE LOS EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS GRAVES EN ANCIANOS QUE ACUDEN A URGENCIAS HOSPITALARIAS

P. Peña González, D. Donniacono y D. Ruiz
Hospital San Pablo, Barcelona.

Objetivos: Determinar los factores etiológicos de los episodios de hipoglicemia, conocer la conducta terapéutica posterior y los factores de mortalidad en los ancianos con diabetes (DM).
Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo en pacientes de edad ≥ 65 años que acudieron a Urgencias durante 10 meses con una glicemia en Urgencias igual o inferior a 2,8 mmol/L. Se han analizado variables sociodemográficas, comorbilidad, fármacos, enfermedad actual, consecuencias de la hipoglicemia y la conducta terapéutica. Por otra parte, se ha realizado un análisis multivariado de regresión logística binaria para conocer los factores independientes predictores de mortalidad durante el episodio de hipoglicemia.

Resultados: Se han analizado 120 pacientes con edad media de 82,1 años ([IC] 95% 80,6-83,7), de los que el 55,8% fueron mujeres y 94 pacientes (77,7%) tenían DM. El 76% procedían de su domicilio y el 19% de residencia. La sepsis fue el factor de enfermedad que apareció con mayor frecuencia (28,9%) con diferencias significativas (p = 0,017) entre los no DM (48,1%) y los DM (23,4%). Las consecuencias más frecuentes en general (DM y no DM) fueron la mortalidad durante el episodio (16,9%), caídas con fractura (5%) y síntomas relacionados con SNC (4,1%). De los 94 pacientes con DM fallecieron 9 (9,6%). No hubo diferencias de mortalidad según los fármacos consumidos ni respecto a la procedencia ni la presencia de demencia. Los pacientes que fallecieron tuvieron mayor incidencia de infección (55,6% vs 20%; p = 0,03). Los fármacos asociados a hipoglicemia fueron la insulina (60,6%), la metformina (20,2%), las sulfonilureas (18,1%), las glinidas (7,4%), las gliptinas (4,3%). De los 85 pacientes con DM que sobrevivieron se realizó una modificación terapéutica al alta en el 31,8% y se suspendió el fármaco en un 3,5%.
Conclusiones: La mortalidad de los episodios de hipoglicemia en los ancianos que acuden a Urgencias es elevada y estar asociada a infección. No existe ningún fármaco que favorezca la mortalidad per se. La conducta terapéutica frente a la hipoglicemia en los ancianos que sobreviven y son dados de alta suele ser nihilista, lo que requiere una profunda reflexión sobre los motivos.

PC-202. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA: TERAPIA GRUPAL BREVE PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA

M.M. Sánchez Rodríguez, M. Grifol, E. Delcor, M. París, E. López y S. Loufti Jodra
Centre Integral de Salut Cotxeres, Barcelona.

Objetivos: El Hospital de Día es un recurso ambulatorio diurno que ofrece atención terapéutica integral a personas mayores con deterioro cognitivo. Los usuarios residen en su domicilio y reciben apoyo por parte de cuidadores familiares. Se observa un elevado grado de sobrecarga en el cuidador principal. Con el objetivo de mejorar la atención se planteó una intervención psicológica grupal breve. El objetivo de este trabajo es evaluar el bienestar psicológico de los cuidadores familiares antes y después de la intervención.
Métodos: Se aplicó un cuestionario autoadministrado a todos los familiares de los pacientes ingresados (n = 27). Se recogió información básica del usuario: datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil), diagnóstico al ingreso, grado de deterioro global (GDS de Reisberg) y nivel de deterioro cognitivo (MMSE) y sobre el cuidador principal: datos sociodemográficos (edad, genero, parentesco) y el grado de sobrecarga en el cuidado (escala Zarit). El tratamiento consistió en un grupo psicoterapéutico breve de orientación humanista. Al finalizar el grupo se administró de nuevo la escala de sobrecarga del cuidador. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS-17.
Resultados: El perfil del paciente de hospital de día es de persona con edad media de 80 años, mujer, con deterioro cognitivo moderado (GDS = 4), el diagnóstico más frecuente es de demencia tipo Alzheimer. Los cuidadores son en su mayoría mujeres, esposas o hijas, que conviven con el usuario y prestan apoyo 24 horas. En cuanto a los resultados de la escala Zarit, se observa un grado de sobrecarga intensa. El grupo se desarrolla en formato de una hora semanal durante ocho sesiones. Participaron en el grupo 12 personas cuidadoras con asistencia regular. Al finalizar el tratamiento grupal se objetiva una disminución del grado total de sobrecarga del cuidador (p < 0,05) y elevada satisfacción con el mismo.
Conclusiones: En Hospital de Día para personas mayores con deterioro cognitivo es importante ofrecer atención psicológica a los cuidadores familiares (apoyo psicológico y emocional, información sobre la enfermedad, pautas en el cuidado). Los cuidadores familiares se pueden beneficiar de un formato grupal breve, disminuyendo su grado de sobrecarga y mejorando su bienestar subjetivo.

PC-203. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISFAGIA EN LA POBLACIÓN ANCIANA CON DETERIORO COGNITIVO ATENDIDA EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

E. Martínez Martínez[1], M.C. Espinosa Val[2], J. Martos Gutiérrez[1], M. Serra Prat[1], N. Moron Carande[1] y R. Cristòfol Allué[1]
[1]Consorci Sanitari del Maresme, Mataró. [2]Hospital San Juan de Dios, Zaragoza.

Introducción: La disfagia es un problema prevalente en población envejecida. Influye sobre estado nutricional, capacidad funcional, estado de ánimo e interacción social. Además está asociada con una mayor mortalidad, por lo que resulta importante una detección y tratamiento precoz de la misma.
Objetivos: Principales: conocer prevalencia y factores de riesgo asociados en los pacientes que acuden a Consultas Externas de Psicogeriatría. Secundarios: estimar prevalencia de infradiagnóstico de disfagia en la población de estudio.
Métodos: Estudio observacional transversal, recogida retrospectiva de los datos a partir de historia clínica informatizada. Criterios de selección. Criterios de inclusión: pacientes que acuden a CC.EE de Psicogeriatría: 1 de enero de 2015-1 de julio de 2015. Criterios de exclusión: paciente con demencia muy evolucionada incapaz de colaborar en la administración del EAT-10, paciente terminal.
Resultados: 182 pacientes acuden a las CCEE. Un 67% de los que acude a CCEE de Psicogeriatría es mujer, el cuidador principal son hijos en un 44%, residencia 26,9%, cónyuge un 24,7%. La demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer en un 58,2% seguida de la demencia mixta en un 16,5%. Un 64% de las mujeres tienen disfagia. Respecto al tipo de demencia un 55% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen disfagia. Resto de antecedentes patológicos en relación con la disfagia: ictus un 88,3%, FA un 81%, HTA un 70,5%, enfermedad de Parkinson un 100%, DM tipo 2 un 69%, IC un 72,7%, EPOC un 54,5%. GDS ≤ 3 2,7% de disfagia. Un 91,7% de los pacientes dependientes para la ingesta presenta disfagia. Respecto al diagnóstico se realizó con el MECV-V en un 90,5%, videofluoroscopia en un 5,3%. Tipos de alteración: mixto 71,3%, eficacia 20,2%, seguridad 80,5%. Un 69,1% cumple recomendaciones dietéticas. Solo un 3,6% no tomaban psicofármacos.
Conclusiones: Los pacientes con disfagia presentan más % de demencia, ictus, FA, IC, EPOC. Además presentan un índice de Barthel más bajo, un GDS y un índice de Charlson más elevado. Asimismo, un mayor uso de psicofármacos. Es fundamental realizar un abordaje precoz de la disfagia, para minimizar y retrasar la aparición de complicaciones como infecciones broncoaspirativas o malnutrición.

PC-204. INFLUENCIA DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. ESTUDIO OBSERVACIONAL

M. Araújo Ordóñez[1], M.D.C. Bejarano Gómez[2], M. Bravo García[2], E. Villamora Fernández[3], T. Martínez Maroto[1] y E. García Tercero[1]
[1]Hospital Virgen del Valle, Toledo. [2]Residencia Santa María de Benquerencia, Toledo. [3]Residencia de Ancianos de Carmena, Toledo.

Objetivos: Valorar los posibles efectos de la arginina y la suplementación hiperproteica en el proceso de cicatrización de las UPP en pacientes ancianos institucionalizados. Valorar los diferentes tipos de dieta en el proceso de cicatrización de las UPPs.
Métodos: Diseño: estudio observacional prospectivo de 3 meses de duración. Muestra: pacientes con lesión cutánea compatible con UPP e institucionalización en diferentes centros de mayores de la provincia

de Toledo. Criterios de exclusión: la ausencia de consentimiento a participar en el estudio observacional. Seguimiento observacional de la(s) UPPs con periodicidad de 6 semanas recogiendo variables a estudio en los periodos de inicio (basal), intermedio (a las 6 semanas) y final (a las 12 semanas). Se realizan tomas fotográficas de la lesión en los tres periodos a estudio, o en su defecto, en el momento de la cicatrización completa. Se recogen las variables: sexo, edad, escalas de funcionalidad, escalas de deterioro cognitivo, medidas antropométricas, tipo de dieta administrada, textura usada, aporte calórico diario, aporte proteico, aporte de módulos de arginina oral y Escala RESVECH v 1.0. Se obtuvieron 6 grupos: 0: mantienen dieta N-N sin arginina 1: Se añade sólo proteínas en fase intermedia. 2: Se añade sólo arginina 3: Se añade tanto proteínas como arginina 4: Se mantiene hiperproteica sin arginina y 5: Se mantiene hiperproteica con arginina.
Resultados: n = 20, edad media = 85 años, 80% mujeres, 85% GDS > 5, 100% Barthel < 20, 100% MNA < 10. En el grupo 0 la escala Resvech en los tres periodos fue (15-12-11), en el grupo 1: un único caso con curación completa, grupo 2: 17,5-16-10, grupo 3: 16-18-13,5, grupo 4: 18-13-11 y grupo 5: 24-15,5-9.
Conclusiones: No se han observado diferencias significativas entre los diferentes aportes calóricos y proteicos administrados. Se intuye una tendencia a mejorar la cicatrización en los enriquecidos con módulos proteicos y de arginina, aunque no se ha conseguido significación estadística, quizás por el escaso número de casos.

PC-205. HEMORRAGIAS INTRACEREBRALES EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 80 AÑOS

D. Padrón Guillén, P.L. Carrillo García, L. Guardado Fuentes, M.E. Portilla Franco, P. Gil Gregorio y M. Vigara García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Comparar las características clínicas, funcionales y pronósticas en pacientes mayores y menores de 80 años con hemorragia intracerebral (HIC).
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y de seguimiento. Se incluyen pacientes > 65 años ingresados durante el año 2015 con diagnóstico de HIC. Se excluyen pacientes con HIC crónica que no ingresaban por este motivo. Se recogen variables demográficas, funcionales, comorbilidad, sociales, datos de HIC, tratamiento anticoagulante (ACO) previo y motivo, escalas de riesgo (CHADS2VASC2, HAS-BLED, SAMeTT2R2), ubicación, funcionalidad al alta y mortalidad. Se realiza una comparación con los métodos de chi-cuadrado, t-Student y test de la mediana. SPSS v.15.0.
Resultados: n 265; ≥ 80 años 63,35%. Al ingreso, eran independientes para actividades de la vida diaria (AVD) el 90,8% en < 80 años y 63,6% en ≥ 80 años (p < 0,001) y para la deambulación el 66,7% en < 80 años y 44% en ≥ 80 años (p < 0,001). Al alta, eran independientes para AVD el 35,4% de < 80 años y 25,9% de ≥ 80 años (p = 0,086) y para la deambulación el 50% de < 80 años y 35,8% en ≥ 80 (p = 0,019). Se realizó tratamiento conservador en el 80,7% de los ≥ 80 años y en el 67,7% de los < 80 años (p = 0,012). Los pacientes ≥ 80 años, recibían con más frecuencia tratamiento ACO que los menores (37,3% vs 26%), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,068). En un 80% el motivo era fibrilación auricular (FA) no valvular. La mortalidad fue similar en ambos grupos: 38,6% en < 80 años y 36,7% en ≥ 80 (p = 0,775). No se encontraron diferencias con el tipo o tamaño de HIC. Tampoco con sexo, comorbilidad, escalas pronósticas (CHADVASC2, HAS-BLED, SAMeTT2R2) y ubicación al alta.
Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes < 80 años tienen mejor funcionalidad al ingreso y al alta que los ≥ 80. A pesar de ello, la mitad de ambos grupos al alta regresan a su domicilio. Existe baja tasa de tratamiento quirúrgico en general y ésta es menor en los pacientes ≥ 80 años. Un tercio de los pacientes ≥ 80 años que ingresan por HIC se encuentran anticoagulados y en el motivo principal es FA no valvular. No se encontraron diferencias en la mortalidad por grupos de edad.

PC-206. PRINCIPALES PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS QUE CAUSAN INGRESO O ATENCIÓN DE URGENCIA HOSPITALARIA

C. López Muñoz[1], M. López Jiménez[1], M. García Moreno[2], G. Martínez Maldonado[1] y P. Romero Carmona[1]
[1]Centro de Salud Cantillana. [2]Residencia Geriátrica Cantillana.

Introducción: Las personas mayores institucionalizadas son más susceptibles que las que viven en la comunidad, de adquirir infecciones. Dadas las características y la gravedad de los procesos infecciosos en las residencias, estos pacientes requieren con frecuencia atención hospitalaria.
Objetivos: Describir los procesos infecciosos que con más frecuencia son motivo de ingreso hospitalario o atención en urgencias hospitalarias, así como las características de los pacientes objeto de complicaciones en infecciones.
Métodos: Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito de estudio: cuatro residencias de ancianos pertenecientes a la UGC de Cantillana cuya asistencia sanitaria depende del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y cuyo hospital de referencia es el HU Virgen Macarena. Unidad de estudio: residentes con tarjetas asignadas a las claves médicas de Centros de la UGC de Cantillana, que hayan permanecido institucionalizados durante el periodo de estudio y que hayan requerido atención en urgencias hospitalarias o ingreso en el hospital Macarena. Se excluyeron los pacientes en cuidados paliativos y aquellos que no han firmado el consentimiento informado de participación en el estudio. Periodo de estudio: año 2015. Variables principales: número de ingresos hospitalarios o atención en urgencias por infección respiratoria (IR), urinaria (IU) o piel y partes blandas (IPB), complicaciones derivadas del proceso, duración de la estancia hospitalaria, reingresos o nuevas consultas, mortalidad. Análisis estadístico: estadística descriptiva de las variables del estudio con el paquete estadístico SPSS, versión 18.0. Aplicabilidad: tomando como referencia el estudio realizado por Paola Gómez Rodríguez y Rocío E. Gómez de la Mata Galiana en residencias de la zona aljarafe, decidimos trasladarlo a las residencias de nuestra área que además dependen del hospital Virgen Macarena. Este estudio nos permitirá conocer la prevalencia de infecciones que causan ingreso o atención en urgencias del hospital, la adecuación de los tratamientos instaurados, las características de los pacientes objeto del estudio y comparar estos resultados con los obtenidos en el anterior trabajo. El estudio ha sido diseñado de acuerdo con la declaración de Helsinki, las Normas de Buena Práctica Clínica y la normativa legal vigente.

PC-207. POLIDACTILIA EN EL ANCIANO

N. Parras García de León, G. Martinón, J. Martín, J. Gil, E. García, J.L. Esquinas y V. Mazoteras
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La polidactilia aislada, es una de las primeras enfermedades autosómicas, reconocida por su herencia dominante, de penetrancia incompleta y heterogeneidad genética.
Objetivos: Describir un caso de polidactilia de las cuatro extremidades en un anciano.
Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 82 años, con dedos supernumerarios en todas sus extremidades. En el examen local se observaron 12 dedos en las extremidades superiores (6 en cada mano) y 12 en las inferiores. Todos los dedos eran móviles, con uñas bien formadas en el extremo y con las tres falanges, aunque de menor tamaño. El no tenía otras alteraciones locales asociadas (cianosis, linfadenopatías...), ni padecía ningún síndrome Era padre de 2 hijos mellizos que no tenían ninguna alteración en sus extremidades, los cuales también tenían descendientes sin deformidades. Clasificación. La polidactilia puede darse: en el primer dedo o pulgar (llamado preaxial), entre cualquiera de los dedos o en el quinto dedo o meñique (postaxial). Este tipo de polidactilia es la más frecuente.

Conclusiones: La forma postaxial de polidactilia es la más común. La distribución familiar de polidactilia sigue un modelo de herencia autosómica dominante con una penetrancia génica de 62,65%. Es una de las malformaciones congénitas más comunes, encontrándose antecedentes familiares hasta en un 30% de los pacientes. El tratamiento es quirúrgico mediante cirugía plástica. Cuando el dedo supernumerario compromete la función de la mano o de los dedos, se debe realizar una corrección precoz. El pronóstico en general es favorable, excepto en casos de asociación con otras malformaciones.

PC-208. ACTIVIDAD DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA

L.D.R. Evangelista Cabrera[1], A. Sevillano Cuevas[1], M.N. Gómez González[2] y C. Verdejo Bravo[1]
[1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [2]Complejo Asistencial de León, León.

Objetivos: Describir la actividad del equipo interdisciplinar en un Hospital de Día de Geriatría para la recuperación funcional de los pacientes que acuden al grupo motor.
Métodos: Estudio descriptivo de las características de un Hospital de Día de Geriatría y de los pacientes consecutivamente incluidos en el grupo motor durante el año 2015. Se analizaron de forma retrospectiva, las variables demográficas, clínicas (motivo de inclusión, comorbilidad mediante índice de Charlson ajustado por edad, fármacos), funcionales (basales, al ingreso, al alta, mediante el índice de Barthel, Lawton y la escala Functional Ambulation Classification FAC). Paquete estadístico: SPSS15.0.
Resultados: Personal del Hospital de Día: un especialista de Geriatría (tiempo parcial), un médico residente (tiempo completo), un terapeuta ocupacional (tiempo completo), una enfermera (tiempo parcial) y una auxiliar (tiempo completo). Actividades realizadas durante el año 2015: 501 (Valoraciones Clínicas, Valoración en equipo, Seguimiento de pacientes dados de alta de los grupos Motor y Cognitivo, Intervenciones para recuperación funcional). Muestra: en el Grupo Motor (indicación inclusión patología osteoarticular) se incluyeron 54 pacientes (70,4% mujeres), con una edad media de 83,8 años (DE 6,1). Motivo principal de inclusión: Fractura de cadera en el 64,8%; Procedencia: el 64,8% de la Unidad de Convalecencia de Geriatría, 13,0% de Consultas Generales y el 9,3% de la Unidad de Agudos. La media de fármacos fue de 8,57 (DE 3,1), ICh 5,87 (DE 1,94). El promedio de asistencias en el Grupo Motor fue de 21,57 (DE 10,5). Situación funcional al ingreso: un 53,7% tenían un Barthel ≤ 60; un 46,3% entre 60-90. Situación funcional al alta: 70,4% tenían un Barthel entre 60-90 y un 18,5% > 90. FAC al ingreso ≤ 3 un 66,7%, FAC al alta ≥ 4 un 92,6%. La ganancia funcional, entre el ingreso y el alta, medida por el Barthel y FAC fue de un 18,72% (RI 10-25) y 1,29 (RI 1-2) respectivamente.
Conclusiones: El Hospital de Día atiende en el grupo motor, a pacientes octogenarios, fundamentalmente para completar su recuperación funcional iniciada en la Unidad de Convalecencia por fractura de cadera y se benefician de la estancia, al lograr una mejoría funcional.

PC-209. SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

M.A. Viloria Jiménez, A.M. Birghilescu, C. Mora Redondo, O. Pérez Zarco, H. Barahona Álvarez y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir las características de los pacientes oncológicos/no oncológicos con indicación de sedación paliativa en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA).
Métodos: Estudio retrospectivo (1/2015-1/2016). Variables: edad, sexo, patología terminal (oncológica/no oncológica), exitus, síntoma predominante al ingreso y motivo de sedación, fármaco empleado (dosis de inicio y mantenimiento), medicación concomitante y supervivencia desde el inicio de la sedación. Paquete estadístico: SPSS 19.0.
Resultados: 392 pacientes ingresaron en la UCPA (59% hombres, edad media: 74,2 años, 80% oncológicos). 285 pacientes fallecieron (78,2%), 46 (17,2%) precisaron sedación paliativa. Respecto a los pacientes que precisaron sedación paliativa: mujeres 52, 1%, edad media: 75, 7 años, el 82,6% oncológicos. Diagnósticos más frecuentes: oncológicos (ca pulmón 22,6%, ca páncreas 18,9%), no oncológicos (EPOC 33, 3% EPOC, isquemia arterial 22%). Síntomas predominantes al ingreso: dolor (41,3%), disnea (32,6%) y agitación (17,3%). Síntomas refractarios que motivaron sedación: disnea (34%), agitación (23,9%), dolor (21,7%), sufrimiento existencial (13%). En el 63% el síntoma al ingreso y motivo de sedación coinciden. Dosis de inicio de midazolam para sedación: 25 mg/24 h (rango 5-80), el 30,4% precisó ajuste de dosis posterior, dosis de mantenimiento: 30 mg/24 h (rango 5-100), el 4,5% precisaron levomepromazina + midazolam para conseguir sedación. El 100% tenía asociado tratamiento opioide (96% cloruro mórfico) y el 87,5% buscapina. La supervivencia media tras el inicio de la sedación fue de 48 horas.
Conclusiones: Los síntomas refractarios al final de la vida precisan de sedación paliativa en aproximadamente la quinta parte de los pacientes que fallecen en UCPA. Los síntomas más frecuentes que precisan sedación son: disnea, agitación y dolor. Con frecuencia coinciden con el síntoma de difícil control que ha motivado el ingreso. El sufrimiento existencial debe ser siempre considerado en los pacientes al final de la vida, ya que constituye una indicación de sedación paliativa. El midazolam es el fármaco de elección en sedación. En la mayoría de los pacientes se consigue una sedación eficaz con dicho fármaco únicamente.

PC-210. CARACTERÍSTICAS Y PERFIL FARMACOLÓGICO DE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

E. Peñalver San Cristobal, E. Valle Colange, I. Molinuevo Valle, C. Guirola García Prendes, J. Gutiérrez Rodríguez, E. San Cristóbal Velasco y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Describir las características y la historia farmacológica de los pacientes mayores de ochenta años con fibrilación auricular que ingresan en una Unidad Geriátrica de Agudos.
Métodos: Se analizan los pacientes que ingresan en la Unidad Geriatría de Agudos (UGA) en el periodo comprendido entre el 15 de noviembre del 2015 hasta el 15 de enero del 2016 y que presentan el diagnóstico de fibrilación auricular (FA). Se analizan factores demográficos (edad, sexo, vivir solo e institucionalización), clínicos (clasificación de la FA; factores de riesgo de ictus/tromboembolia y evaluación del riesgo de sangrado mediante el índice CHA2DS2S-VASc y HAS-BLED respectivamente; y comorbilidad evaluada por el índice de Charlson); historia farmacológica con numero y fármacos utilizados. La situación funcional fue evaluada mediante el índice de Barthel (IB) previo al ingreso.
Resultados: En el periodo de estudio ingresaron en la UGA 424 pacientes de los cuales 209 presentaron diagnóstico de fibrilación auricular (49,3%). De estos se excluyen 20 pacientes, 19 por reingreso y 1 por edad menor de 80 años, siendo la muestra final de 189 pacientes. La edad media fue de 87,7 ± 4,6, siendo el 59,8% mujeres. Vivian solos el 15,9% y estaban institucionalizados un 19,6%. La situación funcional previa era de 65,34 ± 35 en el IB. La FA se clasifica en un 13,2% como FA diagnosticada por primera vez, en un 12,7% FA paroxística y el 74% como persistente/permanente. Los pacientes tenían un CHA2DS2S-VASc de 5,12 ± 1,43 y un HAS-BLED de 2,54 ± 0,89, siendo la HTA (82%), insuficiencia cardiaca (56,6%), alteración de la función renal (58,7%), enfermedad vascular (36%) y diabetes mellitus e ictus (28%) los factores de riesgo más frecuentes. El índice de Charlson fue de 2,75 ± 1,73 y los pacientes tomaban 8,7 ± 3,4 fármacos (más de 6 fármacos en el

69,8% de los pacientes). Los diuréticos (66,7%), anticoagulantes (46,6%), antiagregantes (42,8%), IBP (72,5%), benzodiacepinas (52,3%) y Betabloqueantes (33%) fueron los más utilizados.
Conclusiones: Nuestra cohorte de pacientes con FA presentan un riesgo elevado tanto de ictus/tromboembolia como de hemorragia, con una elevada comorbilidad y polimedicación.

PC-211. PERFIL DE PACIENTES QUE FALLECEN EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

M.D. Zamudio Rodríguez, R. Martínez Barea, M.D.C. López Porras, M.I. Pol Castro, A. Marqués Bernal, M.I. Chaves Pérez e I. García Verdugo
Hospital de Alta Resolución de Morón, Morón de la Frontera.

Introducción: Los Hospitales de Alta Resolución, se dedican a actuaciones ágiles para dar respuesta a la demanda social. Los pacientes pluripatológicos y paliativos también tiene su lugar en ellos. Al estar alejados del gran núcleo urbano, suelen ser el lugar de fallecimientos de muchos.
Objetivos: Conocer el perfil de pacientes que fallecen en un Hospital de Alta Resolución. Valorar la sedación realizada, como medio para control de síntomas refractarios.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de exitus ocurridos en 5 años y medio.
Resultados: De 4.430 ingresos realizados entre 2009 y junio del 2015, se obtiene un total de 311 exitus, con una media de 85 años. Identificamos 134 pluripatológicos y 177 en cuidados paliativos (CP). Agrupamos la causa de exitus: 116 respiratoria, 73 tumoral, 42 neurológica, 30 cardiaca, 28 infecciosa, 18 renal, otras 3. Dentro del grupo de CP, identificamos: 96 Oncológicos, con la siguiente localización tumoral: 32 respiratorios, 23 digestivo, 8 mama, 7 urinario, 6 maxilofacial, 5 próstata, 4 ginecológico, 3 hematológico, 3 óseo, 2 cerebral y 4 otros. 81 no oncológicos, agrupamos por fracaso orgánico basándonos en los criterios de McNamara: 55 por Patología Neurológica, 15 respiratorio, 5 cardiaca, 3 renal y 1 hepático. Valorando el uso de sedación, 30 exitus no fueron sedados, y del resto: 94 alcanzaron la sedación como evolución de su enfermedad sin precisar medicación. 164 sedados con perfusión y 23 usaron rescates para el control de síntomas refractarios.
Conclusiones: Con estos datos permite analizar el perfil de paciente de fallece en un hospital de alta resolución. Valoramos que la sedación acompaña a estos pacientes en un 90%. Conseguimos un registro de pacientes paliativos no oncológicos, garantizando los cuidados paliativos al campo no oncológico.

PC-212. VALORACIÓN GERIÁTRICA Y COMPLICACIONES MÉDICAS EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR EN UN CENTRO HOSPITALARIO DEL BAIX EMPORDÀ

M.G. Pezo Morales, P. Mantilla Vargas y A. Masabeu Urrutia
Hospital de Palamós, Palamós.

Objetivos: Describir aspectos epidemiológicos, de comorbilidad, funcionalidad y complicaciones médicas durante ingreso de pacientes ancianos hospitalizados con diagnóstico de fractura de cadera.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se analizan pacientes de 75 años o más ingresados con diagnóstico de fractura de fémur en el servicio de traumatología de un hospital del Baix Empordà durante el primer semestre del 2015.
Resultados: Se incluyeron un total de 71 pacientes, con edad media de 86 ± 5 años (75-97), siendo 48 (68%) mujeres. 9 (12,7%) pacientes provenían de residencia y 61 (85,9%) de domicilio. Las comorbilidades más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca (38%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (27%), demencia (21%). El índice de Charlson abreviado fue de 1,6 ± 1,2 (0-5) y 25% de pacientes puntuaron mayor de 3. Respecto a la funcionalidad en realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): 6 (8,5%) eran autónomos y 65 (91,5%) presentaban algún tipo de dependencia, teniendo 13 (18%) pacientes dependencia total. 32 (45%) fueron fracturas subcapitales siendo las intervenciones más frecuentes prótesis biarticular (37%) y osteosíntesis con clavo y placa de Richards (37%). En 6 pacientes (8,5%) no se realizó cirugía. El tiempo desde ingreso a la cirugía fue de 3 ± 2 días (0-13), habiéndose intervenido en los 2 primeros días el 46% de pacientes. El tiempo de estancia hospitalaria fue 10,8 ± 5 días (4-27). Las principales complicaciones postoperatorias fueron: anemia 63 (89%), infecciones 28 (39,4%), delirium 20 (28%) y descompensación cardiaca 15 (21%). Se realizó transfusión de hematíes en 31 (43,7%) pacientes y ningún paciente requirió drogas vasoactivas, ventilación mecánica, ni ingreso en unidad de semi-críticos. Al alta 55 (77,5%) pacientes ingresaron en CSS, 8 (11,3%) retornaron a residencia y 5 (7%) a domicilio.
Conclusiones: La comorbilidad cardio-pulmonar y cognitiva son predominantes en pacientes con fractura de fémur. La mayoría de pacientes con fractura de fémur presentan algún grado de dependencia funcional y viven en domicilio. La principal complicación es la anemia post-operatoria requiriendo transfusión de hematíes una gran numero de casos.

PC-213. NEUMONÍA POR NEUMOCOCO Y LESIONES POR IMPÉTIGO Y HERPES SIMPLE

N. Parras García de León, G. Martinón, J. Martín, J. Gil, E. García, D. Prada y N. Fernández
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: El impétigo es una infección bacteriana de la piel, siendo la lesión primaria una pústula que evoluciona a una costra "milicérica, que tiende a propagarse siendo contagiosa. Virus del herpes simple tipo 1 (HVS-1). Usualmente asociado con infecciones de labios, boca y cara, causa lesiones dentro de la boca como herpes labial (ampollas febriles) transmitiéndose por contacto con saliva infectada. Pueden presentarse como infecciones oportunistas especialmente en pacientes ancianos, inmunodeprimidos.
Objetivos: Describir un caso de neumonía por neumococo asociada a lesiones en mucosa oral por herpes simple e impétigo.
Caso clínico: Paciente mujer de 83 años, con antecedentes de leucemia linfática crónica, que ingresa por neumonía por Neumococo, asociando como complicación aguda unas lesiones costrosas, sanguinolentas, dolorosas en labio inferior y a nivel sublingual, sugestivas de herpes simple e impétigo. En el cultivo se aísla un *Staphylococcus* coagulasa negativo y la virología PCR virus herpes simple. Lo llamativo de este caso fue la afectación tan severa de las lesiones cutáneas y su evolución. Evolución: durante la hospitalización se inicia antibioterapia con quinolonas, que posteriormente se cambia por piperacilina-tazobactam por persistencia de la fiebre, aciclovir parenteral, tratamiento local con sulfato de Zn y fusidato de sodio, con rápida mejoría en 1 semana. Es revisada en Consultas, comprobándose la resolución completa de las lesiones orales.
Conclusiones: *Streptococcus pneumoniae*, es la causa más común de neumonía en el adulto. La mortalidad es del 5%; pero puede llegar hasta 80% en ancianos e inmunocomprometidos. La mejor forma de disminuir los índices de mortalidad es el uso de medidas preventivas como la vacunación antineumocócica y frente a la gripe para personas en riesgo.

PC-214. FACTORES ASOCIADOS A TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

E. Peñalver San Cristóbal, S. Mohamed Aya, A. Domínguez Bravo, L. Pellitero Blanco, J.M. Arche Coto, E. San Cristóbal Velasco y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Conocer el tratamiento antitrombótico y los factores asociados de los pacientes mayores de ochenta años con fibrilación auricular que ingresan en una unidad geriátrica de agudos.

Métodos: Se analizan los pacientes que ingresan en la Unidad Geriatría de Agudos (UGA) en el periodo comprendido entre el 15 de noviembre del 2015 hasta el 15 de enero del 2016 y que presentan el diagnóstico de fibrilación auricular (FA). Se analizan factores demográficos (edad, sexo, vivir solo e institucionalización), situación funcional previa al ingreso, evaluada mediante el índice de Barthel (IB), clínicos (factores de riesgo de ictus/tromboembolia y evaluación del riesgo de sangrado mediante el índice CHA2DS2S-VASc y HAS-BLED respectivamente; y comorbilidad evaluada por el índice de Charlson) e historia farmacológica (numero y fármacos utilizados) en función de si el paciente recibía anticoagulación oral.
Resultados: En el periodo de estudio ingresaron en la UGA 209 pacientes con el diagnóstico de fibrilación auricular (FA). De estos se excluyen 25 (13,2%) por presentar una FA diagnosticada por primera vez, siendo la muestra final de 164 pacientes con FA paroxística y FA persistente/permanente (edad media 87,5 ± 4,6; 54,9% mujeres). El 53,7% de los pacientes estaban anticoagulados (25% con acenocumarol, 20,1% con warfarina, 4,3% con apixaban, 2,4% con rivaroxaban y 1,8% con dabigatran), el 41,4% con antiagregación (34,1% con acido acetil salicílico y 7,3% con clopidogrel) y un 15,2% sin tratamiento. Las variables que mostraron asociación estadística ($p < 0,05$) con ACO fueron edad (86,07 ± 4 con ACO vs 89,3 ± 4,7 sin ACO), IB previo (73,9 ± 30 vs 48,3 ± 36,9), institucionalización (11,4% vs 34,2%) presencia de deterioro cognitivo (19,3% vs 42,1%), EPOC (36,4% vs 21,1%). En el análisis de regresión logística, las variables que permanecieron con asociación estadísticamente significativa fueron la edad (OR: 0,865; 0,783-0,943), institucionalización (OR: 0,383; 0,149-0,987) y el IB previo (OR: 1,012; 1,000-1,023).
Conclusiones: De los pacientes ingresados en nuestra UGA la mitad tienen tratamiento anticoagulante, siendo estos más jóvenes, con mejor situación funcional y viven con mayor frecuencia en la comunidad.

PC-215. BACTERIEMIA POR *ESCHERICHIA COLI* EN EL ANCIANO: AUMENTO DE RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

M. Alcantud Ibáñez, C. Ramón, A. Areosa, F. Palacios, S. López, L.J. Carbajal y B.A. Cedeño
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Describir la incidencia y sensibilidad antibiótica de *Escherichia coli* aislado en los hemocultivos de pacientes ancianos hospitalizados en los últimos años.
Métodos: Estudio retrospectivo a partir de datos extraídos de proyecto WASPSS correspondientes a pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe con bacteriemia por *E. coli* entre los años 2012 a 2015. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: hemocultivos desde los años 2012-2014 (G1) y hemocultivos extraídos en el año 2015 (G2) Llevando a cabo un estudio comparativo entre los dos grupos, en función de los resultados.
Resultados: Se analizaron un total de 618 hemocultivos, de ellos, *E. coli* se aislaba en 117 (G1 13,29%, G2 29,4%), en ambos grupos el patógeno más frecuente fue S. coagulasa negativo. Cabe destacar el aumento de incidencia de *E. coli* en el año 2015 con respecto a años anteriores. En cuanto al análisis de la sensibilidad y resistencia de antibioterapia, entre los dos grupos se comparan los antibióticos usados con más frecuencia como tratamiento empírico: carbapenem, piperacilina/tazobactam, gentamicina, cefotaxima, amoxicilina/clavulánico y ciprofloxacino. Los carbapenems mostraron una eficacia del 100%, sin aparecer resistencias tanto en el G1 como en el G2. Piperacilina/tazobactam pasa de tener una resistencia de 9,52% en el G1 a 11,1% en el G2. Gentamicina 20% de resistencias en G1 a 44,4% en G2. Cefotaxima 25% de resistencias en G1 a 44,4% en G2. Amoxicilina/clavulánico 52,38% de resistencias en G1, en G2 50%. Ciprofloxacino presenta 70% en G1 y 55,5% en G2.
Conclusiones: La aparición de resistencias antibióticas entre la población anciana es un hecho que va en ascenso ya descrito en otros estudios. En este trabajo, cabe destacar el aumento de cepas resistentes de *E. coli* a antibióticos de amplio espectro como piperacilina/tazobactam en tan sólo en un año. Esta tendencia al alza se mantiene en otros grupos antibióticos. Llamativo el dato de la poca eficacia de antibióticos de uso frecuente como amoxicilina/clavulánico o ciprofloxacino frente a *E. coli* por el gran número de resistencias registradas. A día de hoy, sólo mantienen el 100% de eficacia los carbapenems.

PC-216. COMPLICACIONES MÉDICAS Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR

M.G. Pezo Morales, P. Mantilla y A. Masabeu
Hospital de Palamós, Palamós.

Objetivos: Describir las características de pacientes ancianos con fractura de fémur que continuaron intervención interdisciplinar en centro socio sanitario (CSS). Se destacan aspectos de funcionalidad, mejoría funcional y complicaciones médicas.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se estudian pacientes de 75 o más años ingresados con diagnóstico de fractura de fémur con ingreso en un hospital comarcal y posterior asistencia en CSS en el Baix Empordá durante el primer semestre del año 2015.
Resultados: De un total de 71 pacientes 55 (77,5%) continuaron intervención interdisciplinar en CSS. De estos 36 (65,5%) eran mujeres y tenían edad media de 86 ± 5 años (75-97). El índice de Charlson abreviado fue 1,6 ± 1 (0-5) y las comorbilidades más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca 20 (36%), enfermedad pulmonar crónica 18 (33%) y diabetes mellitus 12 (21,8%). El índice de Barthel al ingreso fue 31,5 ± 14 (5-55) y respecto a la mejoría funcional durante ingreso en CSS la ganancia funcional absoluta fue 38 ± 21 (0-70), la eficiencia rehabilitadora fue 1,5 ± 1 (0-3,7) y la ganancia funcional relativa 77 ± 41% (0-122). Las complicaciones más frecuentes durante estancia en CSS fueron las infecciones 22 (41%), delirium 11 (20,5%) y estreñimiento 11 (20,5%). Durante la estancia en CSS fallecieron 3 pacientes. La estancia media fue 37,7 ± 46 días (2-256).
Conclusiones: La mayoría de pacientes post-intervención por fractura de fémur ingresan a CSS para rehabilitación funcional. Las comorbilidades más importantes de pacientes que ingresan a CSS fueron cardiopulmonares. La intervención interdisciplinar en CSS en pacientes con fractura de fémur es eficaz y eficiente. Las variables de mejoría funcional son comparables a la de otras series publicadas.

PC-217. EFICACIA DEL USO DE LA *NINTENDO WII* EN EL TRATAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL PROPIA DEL ENVEJECIMIENTO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

A. Vidiella Piñol[1], E.M. Nieto Ramos[2] y M.F. Ortín Font[3]
[1]Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa. [2]Clínica Terres de l´Ebre-Carsa, Tortosa. [3]Institut Català de la Salut, Tortosa.

Objetivos: General: evaluar la eficacia de usar la *nintendo wii* como herramienta de rehabilitación en la mejora de la velocidad de la marcha como indicador de la discapacidad funcional. Específicos: relacionar los resultados de la velocidad de la marcha evaluada por el *10-meter walk test* con el riesgo de caídas. Relacionar los resultados con el sexo. Evaluar la satisfacción del usuario en relación con el nuevo método de trabajo.
Métodos: Ensayo de intervención que compara la mejora de la velocidad de la marcha en 59 ancianos, usuarios de centro de día y residencia de un centro socio sanitario, que usan la *nintendo wii*, como herramienta de rehabilitación, respecto a un control. Grupo intervención: realiza 2 sesiones semanales de 6 minutos de trabajo cada una con el juego *wii fit* (eslalon de esquí) de la *nintendo wii* durante 6 semanas. Se evalúa el *10-meter walk test* al inicio y al final de la intervención. Grupo control: realiza su actividad habitual de psicomotricidad con el fisioterapeuta del centro.

Resultados: El grupo control (n = 27) tiene una media de edad 82,85 ± 10,306 y el grupo intervención (n = 30) de 83,07 ± 7,090. En el grupo control no ha habido diferencias entre los resultados del test inicial i el final, mientras que en el grupo intervención ha aumentado el porcentaje de participantes que lo han realizado en menos de 17,02 segundos, concretamente se ha pasado de un 24,6% inicial a un 26,3% final. El grado de satisfacción es positivo, siendo mayor en el grupo intervención que en el control.
Conclusiones: La *nintendo wii,* puede ser una herramienta eficaz de rehabilitación en la mejora de la velocidad de la marcha, favoreciendo a su vez la mejora del equilibrio y la resistencia al esfuerzo y disminuyendo el riesgo de caídas. El trabajo con bioretroacción en la rehabilitación y el uso de las nuevas tecnologías aumenta el grado de satisfacción. Se debería favorecer la introducción progresiva de estos métodos de trabajo en centros socio sanitarios.

PC-218. REVISIÓN DE LAS DESCOMPENSACIONES DE EPOC EN PACIENTES MAYORES EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE BRONQUIECTASIAS

M.D.M. Pageo Giménez, I. de Torres Solís y A.M. Lazo Torres
Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Los pacientes ancianos con bronquiectasias suelen presentar frecuentes descompensaciones de su bronquitis crónica, por ello se diseñó un estudio para valorar las características clínico-microbiológicas de los pacientes con bronquitis crónica exacerbadores y analizar las diferencias existentes en función de que tuviesen o no bronquiectasias.
Métodos: Estudio transversal descriptivo sobre un grupo de pacientes mayores de 65 años con fenotipo exacerbador frecuente. Variables analizadas: datos antropológicos, datos clínicos, espirométricos, TAC torácico y microbiología del esputo. Los datos se analizaron mediante SPSS 15.
Resultados: Se estudiaron 37 pacientes mayores, 16 tenían bronquiectasias (43,2%). La mayoría (29 pacientes) eran exfumadores desde hacía más de un año (78,4%). Con respecto al estadio funcional GOLD, 18 pacientes se encontraban en grado funcional grave (48,6%), y se evidenció una tendencia a mayor estadio funcional de gravedad en pacientes con bronquiectasias. Referían expectoración diaria 20 pacientes (54%), de los cuales, el 80% tenían bronquiectasias (asociación estadísticamente significativa). La expectoración diaria también se asoció a una mayor puntuación en la escala de disnea. La extensión de las bronquiectasias no se relacionó con la positividad de los esputos, pero si la presencia de las mismas se relacionó con cultivos positivos y *Pseudomonas aeruginosa* fue el microorganismo aislado con mayor frecuencia.
Conclusiones: Los pacientes exacerbadores frecuentes presentaron un estadio grave de GOLD. Los pacientes que presentaban bronquiectasias tuvieron cultivos positivos con más frecuencia, mayor expectoración diaria y disnea que se asoció a una mayor producción de esputo. Los pacientes colonizados presentaron un fenotipo exacerbador más estable en el tiempo. *Pseudomonas aeruginosa* fue el germen aislado con más frecuencia en toda la muestra y sin embargo no se aisló más frecuentemente en pacientes con bronquiectasias más extensas, donde suelen producir colonización.

PC-219. EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON VÉRTIGO O MAREO

S. Gómez García[1], F.J. Serrano Aguilar[2] y M.D.M. Pageo Giménez[1]
[1]Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. [2]Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa.

Objetivos: El vértigo o mareo es causa frecuente de consulta médica en el anciano, dando lugar a mayor riesgo de caídas, discapacidad e incluso institucionalización. Nuestros objetivos son determinar la prevalencia de pacientes geriátricos atendidos en consulta de rehabilitación vestibular (RV) por vértigo o mareo, identificar las patologías que lo causan y valorar la eficacia del tratamiento.
Métodos: Estudio descriptivo transversal (estudio piloto) que incluye pacientes ≥ 65 años con vértigo o mareo derivados a consulta de RV durante 1 año. Variables registradas: edad, sexo, tiempo de evolución, factores de riesgo cardiovascular, hipotiroidismo, uso de sedantes vestibulares, patología psiquiátrica, traumatismo craneoencefálico (TCE), caídas, patología cervical, diagnósticos, tratamiento realizado y motivo de alta. Se valora mejoría en la discapacidad producida por vértigo mediante la escala Dizziness Handicap Inventory (DHI). Análisis estadístico utilizando SPSS 15.0: descriptivo de variables cualitativas (proporciones) y cuantitativas (media ± desviación estándar) y bivariante para identificar asociaciones significativas (test de la t de Student).
Resultados: De 90 pacientes valorados por vértigo o mareo, 22 son ≥ 65 años. Edad media 70,36 ± 5,16 años (rango 65-81). Sexo femenino 68,2%. Tiempo evolución desde 1 mes hasta > 20 años. Hipertensión arterial 72,7%. Dislipemia 54,5%. Diabetes 31,8%. Hipotiroidismo 13,6%. Uso de sedantes vestibulares 54,5%. Patología psiquiátrica 31,8%. TCE 18,2%. Caídas 40,9%. Patología cervical 77,3%. Diagnósticos: vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) 36,4%, mareo multisensorial 22,7%, migraña vestibular 13,6%, vértigo postraumático 9,1%, neuronitis vestibular 4,5%, enfermedad de Ménière 4,5% y otros no filiados 9%. Presentaban inestabilidad de la marcha 33,8%. Tratamiento: maniobras reposicionamiento partículas 50%, ejercicios RV domiciliaria 81,8%, fármacos 68,1%. Motivo de alta: mejoría 59,1%, desaparición de síntomas 13,6%, no procede tratamiento 27,3%. El índice de discapacidad inicial según DHI es 46,13 ± 15,01 (rango 8-72 puntos) y el final 18,63 ± 15,59% (0-40 puntos), mejorando la discapacidad con diferencias estadísticamente significativas (t = 7,34; p < 0,001).
Conclusiones: La prevalencia de pacientes geriátricos atendidos por vértigo o mareo en nuestra muestra es de 24,4%. Las patologías más frecuentes son VPPB y mareo multisensorial. Un 72,7% se beneficia de tratamiento vestibular. Estos resultados sugieren que este tipo de pacientes deben ser valorados en una consulta de RV para un manejo adecuado.

PC-220. REPERCUSIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LAS CAÍDAS EN ANCIANOS CON CAÍDAS DE REPETICIÓN DE LA COMUNIDAD

A. González Ramírez[1], M. Lázaro del Nogal[2] y J.M. Ribera Casado[3]
[1]Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. [2]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [3]Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Objetivos: Las caídas son uno de los principales síndromes geriátricos que provocan discapacidad y dependencia, generando a su vez un notable número de lesiones físicas y psicológicas y consumo de recursos sanitarios no siempre bien caracterizados. Pretendemos describir el perfil biomecánico de las caídas producidas en una cohorte de caedores residentes en la comunidad, así como las repercusiones físicas o psicológicas generadas por ellas.
Métodos: Estudio observacional descriptivo. 129 ancianos caedores de repetición. Recogida de datos demográficos, funcionales y de caracterización de las caídas: circunstancias externas, mecánica y actividad, tiempo de permanencia en el suelo y necesidad de asistencia posterior. Se registraron todo tipo de lesiones físicas y repercusiones psicológicas generadas. Análisis estadístico: SPSS versión 16.
Resultados: 129 caedores residentes en la comunidad con edad media de 77,84 ± 5,13 años. 244 caídas anuales (3,87 ± 2,24 episodios por cada paciente caedor). Katz: A-B 38%; C-E 60%; F-G 20%. Lawton: 0-3 12%; 4-5 27,2%; 6-8 60,8%. Barthel: dependencia severa 3,4%; moderada 72,6%; escasa o independencia 23,9%. Nivel de actividad física: sedentarios 28%; actividad ligera 38,4%; moderada 26,4%; vigorosa 7,2%. 47,2% precisan de ayudas para caminar, siendo la mayoritaria el bastón (43,1%). Lugar de la caída: 63,8% dentro del domicilio

(81 episodios; más del 50% en el dormitorio, seguidos por el pasillo en el 25% de ocasiones). Caídas en el eje anteroposterior: 78,3%. Actividad biomecánica más frecuente: deambulación (59,7%), seguida por las trasferencias de decúbito o sedestación a bipedestación (20,2%). Ayudad para recuperar la bipedestación: 70,5% del entorno cercano, 1,6% de los servicios sanitarios. 70,5% precisaron de asistencia médica (15,5% ingreso hospitalario). Lesiones físicas: 87,6% (contusiones 79,1%, hematomas 40,3%, TCE 27,9%, fracturas 27,1%). Síndrome de temor a caer: 89,9% de casos.
Conclusiones: 1) Nuestros ancianos con caídas tienen una media de 4 eventos anuales. 2) La mayoría de ancianos con caídas de nuestra muestra llevan un régimen de vida sedentario o con actividad física ligera, siendo moderadamente dependientes. 3) La deambulación es la actividad biomecánica más frecuente que genera caídas en esta muestra (más de 2/3 del total). 4) Las lesiones físicas generan asistencia médica en 7 de cada 10 episodios, siendo superadas por las repercusiones psicológicas.

PC-221. RENDIMIENTO DE LOS TEST CLÍNICOS Y EL ANÁLISIS POSTUROGRÁFICO EN EL ESTUDIO DEL EQUILIBRIO EN ANCIANOS CON CAÍDAS DE REPETICIÓN

A. González Ramírez[1], M. Lázaro del Nogal[2] y J.M. Ribera Casado[3]
[1]Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. [2]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [3]Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Objetivos: En el anciano, el envejecimiento fisiológico y la comorbilidad pueden alterar los sistemas de control postural que actúan de manera primordial en el mantenimiento del equilibrio y evitación de caídas. Pretendemos evaluar el distinto perfil clínico y comportamiento de ancianos caedores de la comunidad frente a no caedores en la ejecución de los test clínicos habituales de análisis de equilibrio y marcha y de los test posturográficos empleados en una Unidad de Caídas.
Métodos: Estudio observacional caso-control. 244 ancianos de la comunidad (129 caedores de repetición). Datos demográficos, Valoración Geriátrica Integral, evaluación biomédica y de consumo de fármacos. Test clínicos: Timed Up and Go (TUG), POMA-Tinetti y velocidad de la marcha. Test posturográficos: Distribución simétrica de cargas (DSC); Test clínico modificado de interacción sensorial del equilibrio (TCMISE); Test de traslado rítmico de cargas (TRC). Análisis estadístico: SPSS versión 16.
Resultados: 244 ancianos (Grupo A: 129 caedores; Grupo B: 115 controles). Edad media 77,84 ± 5,13 años (A) y 77,97 ± 5,55 años (B). Peor situación funcional basal para caedores (A) medida por el Índice de Katz, Barthel y Lawton frente a no caedores (B) ($p \leq 0,001$). Comorbilidades previas: 5,37 ± 1,78 (A); 4,30 ± 1,81 (B) ($p < 0,001$). Patología visual: 48,8% (A) vs 27,2% (B). Patología vestibular: 32% (A) vs 9,6% (B). Patología propioceptiva: 31,4% (A) vs 2,7% (B) (todas con diferencias estadísticamente significativas). Consumo de fármacos: 5,35 ± 1,17 (A) vs 4,89 ± 1,3 (B) ($p = 0,004$). TUG: 20,84 ± 7,83s (A) vs 12,10 ± 3,92 (B) ($p < 0,001$); POMA equilibrio: 11,89 ± 4,48 (A) vs 14,86 ± 2,01 (B); POMA marcha: 8,19 ± 2,43 (A) vs 10,84 ± 1,59 (B) ($p < 0,001$). Velocidad de marcha: 0,30 m/s (A) vs 0,20 m/s (B). DSC: mayor simetría en el grupo control (sin significación a 0° de flexión). TCMISE: mayor oscilación del centro de gravedad en (A) anulando aferencias visuales y propioceptivas. TRC: mayor velocidad de desplazamiento y mejor control direccional global en controles.
Conclusiones: 1) Las patologías de los sistemas de aferencias son más comunes en nuestra muestra de caedores frente a controles. 2) Las puntuaciones de los test clínicos de valoración de equilibrio y marcha son discriminativos por sí solos de pacientes con caídas. 3) El análisis posturográfico aporta información útil sobre el centro de gravedad y los eventuales déficits sensoriales y motores del paciente con caídas, fundamentales para establecer un tratamiento adecuado y prevenir nuevas caídas.

PC-222. UTILIZACIÓN DEL FENTANILO INTRANASAL EN EL CONTROL DE LA DISNEA DE MÍNIMOS ESFUERZOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA AVANZADA (EPOC)

J. Martos, F. Alzaga, F. Sancho, M. Mendez, E. Martínez, S. Font y N. Morón
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Objetivos: Valorar el uso del fentanilo intranasal comparándolo con morfina de liberación rápida para mejorar la percepción de disnea al inicio del esfuerzo en pacientes con EPOC grave.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo sobre 20 pacientes (> 80 años) ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría de enero a junio 2015, con el diagnóstico de infección respiratoria y diagnóstico de EPOC de > 10 años. Todos cumplían criterios de: disnea de mínimos esfuerzos sin respuesta a broncodilatdores; FEV1 < 30%; hipoxemia pO2 < 55 mmHg; hipercapnia: pCO2 > 50 mmHg; taquicardia en reposo; agudizaciones frecuentes (3 por año). Se hizo seguimiento durante los 6 meses siguientes en hospital de día y atención domiciliaria (PADES). Todos los pacientes tenían un índice de Charlson > 4 y de Walter > 6. Se aplicaba a la mitad de los pacientes antes del ejercicio morfina de liberación rápida (oscilaba entre 2 mg a 10 mg), y a la otra fentanilo + pectina intranasal a dosis de 100 μg. Todos llevaban morfina de liberación continua para control de disnea entre 5 a 20 mg/d sin diferencias significativas entre los dos grupos. Se interrogaba después sobre la percepción de mejora y distancia de recorrido a los pacientes una vez que volvían a la situación de reposo.
Resultados: No hubo diferencias significativas en cuanto la mortalidad al final del periodo (4 para el grupo de fentanilo y 3 para el grupo de morfina) ni en cuanto efectos secundarios entre los dos grupos, siendo los más frecuentes la somnolencia y el estreñimiento (22% y 45% respectivamente). Todos objetivaban mejora en la percepción de la disnea con el ejercicio. El grupo de fentanilo percibía más rápidamente la disminución de la disnea (5-10 minutos) frente a los 20-30 minutos del grupo de morfina. Además el grupo de fentanilo efectuaba mayor distancia de recorrido.
Conclusiones: El uso de fentanilo intranasal es una alternativa razonable a la morfina de liberación rápida en el control de la disnea del paciente EPOC evolucionado, consiguiendo un efecto de control sintomático más rápido y por tanto, mas motivante y efectivo para el paciente.

PC-223. EVOLUCIÓN FUNCIONAL DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA Y REHABILITACIÓN (UCR) CON DIAGNÓSTICO DE ICTUS

J.C. Heredia Pons, E.M. Nieto Ramos, M. Domínguez López, C. Muñoz Romero e I. Bueno Martín
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Objetivos: Valorar la recuperación funcional y factores asociados en pacientes con ICTUS ingresados en la unidad de UCR.
Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados durante el año 2014 en la UCR con diagnóstico de ICTUS, se excluyeron los exitus durante el ingreso. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad, situación cognitiva (Pfeiffer) y funcional al ingreso y al alta mediante Índice de Barthel (IB) y Días de estancia. Análisis descriptivo, t-Student para muestra relacionas y chi-cuadrado, mediante SPSS v22.
Resultados: N: 44, 57% mujeres, 75% ictus isquémicos, 50% > 80 años. El 48% tuvo una estancia entre 20 y 60 días. 13% diagnóstico previo de demencia, 45% presentaba deterioro cognitivo moderado-grave al ingreso (Pfeiffer > 5). 70% presentó mejora funcional al alta. Comparación del Barthel: previo (86 ± 21,8) vs ingreso (19,7 ± 24), $p < 0,0001$; IB ingreso (19,7 ± 24) vs alta (36,14 ± 29,7); $p < 0,0001$, IB previo (86 ± 21,8) vs alta (36,14 ± 29,7); $p < 0,0001$. El 76% de los pacientes sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve-

moderado mejoran el IB frente al 45% con deterioro cognitivo grave o diagnóstico previo de demencia. 78% de los hombres mejoran el IB frente al 64% de las mujeres. 91% de los hemorrágicos mejoran el IB frente al 64% de los isquémicos. Del grupo de mayor recuperación funcional (ganancia entre 35-45 puntos en el IB) el 60% eran menores de 81 años. De los pacientes con estancia mayor de 20 días más del 70% presentó mejora funcional frente a un 33% en los de estancia menor a 20 días. Ninguna variable de las analizadas mostró relación estadísticamente significativa con la mejoría en el IB.
Conclusiones: Los pacientes con mejor IB basal y al ingreso tienen una mayor recuperación funcional al alta. Los hombres, los menores de 81 años, los pacientes con menor deterioro cognitivo y los que tienen un ictus hemorrágico mejoran funcionalmente con mayor frecuencia, aunque sin significación estadística. La mayor recuperación funcional se observó en pacientes con ingreso superior a 20 días.

PC-224. PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA Y REHABILITACIÓN (UCR) CON DIAGNÓSTICO DE ICTUS

E.M. Nieto Ramos[1], J.C. Heredia Pons[2], M. Domínguez López[2], A. Vidiella Piñol[2] y C. Muñoz Romero[2]
[1]Hospital Verge de la Cinta, Tortosa. [2]Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Objetivos: Describir el perfil del paciente ingresado en la UCR que han presentado ICTUS.
Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes ingresado durante el año 2014 en la UCR con diagnóstico de ICTUS, se excluyen los exitus durante el ingreso. Se recogieron variables sociodemográficas, tipo de ICTUS, hemisferio afectado, hábitos tóxicos, comorbilidades, anticoagulante/antiagregante previo y situación funcional medida con el Índice Barthel (IB) y días de estancia. Datos procesados en SPSS v22.
Resultados: N: 44, 57% mujeres, 50% > 80 años, edad media de 78 ± 9,7 años. 75% ICTUS isquémicos, de estos 34% de origen aterotrombótico, 18% cardioembólicos y 64% de origen no establecido. Afectación hemisferio 50% y 31% izquierdo. 18,2% fumadores y 11% enolismo activo. Comorbilidades: 91% hipertensión arterial, 57% dislipemia, 34% diabetes mellitus, 41% cardiopatías, 23% antecedentes de neoplasias, 13% diagnóstico previo de demencia, ictus previos 30%, fibrilación auricular (FA) 30%, 14% anticoagulación previa, 55% antiagregación previa. De los que presentaban FA el 54% estaban antiagregados, el 38% anticoagulados y el resto sin tratamiento. Situación funcional: IB previo medio 86 ± 21,8, al ingreso 20 ± 24 y al alta 36 ± 30. 63,6% mejoran 10 puntos o más en el IB. A mayor edad presentaban menor IB al ingreso (R^2: -0,356; p < 0,05) y al alta (R^2: -0,320; p < 0,05). Estancia media 61 días.
Conclusiones: Entre los pacientes ingresados en la UCR predominan las mujeres y los mayores de 80 años. La edad se asocia a peor situación funcional al ingreso y alta. El ictus más prevalente fue el isquémico en el hemisferio derecho de origen aterotrombótico. Podemos considerar a nuestra población de gran complejidad por la alta frecuencia de comorbilidad. Los pacientes ingresan con una gran dependencia y un porcentaje importante presentan recuperación para más de una de las actividades básicas de la vida diaria.

PC-225. PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN ANCIANOS TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL HERRAMIENTA? ¿SARCOPENIA O FRAGILIDAD? PROYECTO ONCOSARCO

M.J. Molina Garrido[1], C. Guillén Ponce[2] y B.M. Fernández Félix[2]
[1]Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. [2]Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción y objetivos: La fragilidad en el paciente anciano implica una mayor vulnerabilidad ante situaciones que causan estrés. En el campo de la Oncología, el tratamiento con quimioterapia es la principal situación estresante, hasta el punto de que, la clasificación de Balducci aconseja que no se trate con quimioterapia al anciano frágil. En el ámbito de la Geriatría, el fenotipo de Linda Fried (FLF) permite identificar la fragilidad. Por otro lado, la sarcopenia juega un papel importante en la patofisiología de la misma. En nuestra Consulta de Cáncer en el Anciano (CCA) se ha elaborado el Proyecto ONCOSARCO, siendo, algunos de sus objetivos, los siguientes: 1) determinar la prevalencia de sarcopenia en la CCA; 2) conocer la relación entre fragilidad y sarcopenia; 3) identificar cuál de las dos es la principal diana en el anciano oncológico.
Métodos: Entre diciembre 2012 y diciembre 2014, se incluyeron 103 ancianos oncológicos (≥ 70 años). Previo al inicio del tratamiento con quimioterapia, se registraron la masa muscular (índice de masa muscular esquelética), la fuerza muscular (handgrip) y la función física (velocidad de la marcha). Para determinar la presencia o no de sarcopenia, se emplearon los criterios del *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP). Para detectar la fragilidad, se empleó el FLF. La asociación entre sarcopenia y fragilidad se determinó mediante un test Chi cuadrado y el análisis de supervivencia, mediante regresión de Cox.
Resultados: 47,6% de pacientes frágiles y 29,1%, sarcopénicos. De entre los sarcopénicos, el 50% eran frágiles. El 46,7% de los sarcopénicos no eran frágiles. No había asociación entre sarcopenia y fragilidad (p = 0,798). Ajustando por sexo y estado tumoral, la fragilidad se asociaba a supervivencia global (HR: 2,1; IC95%: 1,3-3,5; p = 0,005), no así la sarcopenia (HR: 0,9; IC95%: 0,5-1,6; p = 0,833). La supervivencia media en pacientes prefrágiles y frágiles era de 14,9 y 10,5 meses y la supervivencia a los 2 años fue del 42,3% y 26,7% respectivamente.
Conclusiones: La fragilidad se asocia con mortalidad en ancianos oncológicos tratados con quimioterapia, pero no la sarcopenia.
Proyecto financiado por Beca Nutricia 2010 (SEGG) y Beca Mutua Madrileña 2010.

PC-226. PAPEL DEL COMPLEJO INFLAMASOMA EN EL DEFECTO CARDIACO INDUCIDO POR DIETAS POCO SALUDABLES

D. Cañadas Lozano, L. Pavillard Rodríguez, E. Alcocer Gómez, F. Marín Aguilar, P. Bullón y M.D. Cordero
Universidad de Sevilla, Sevilla.

Objetivos: La enfermedad cardiovascular es una de las principales patologías asociadas al envejecimiento, donde la nutrición juega un papel relevante. Dietas altas en grasas han demostrado inducir un efecto perjudicial en modelos experimentos en los que el estrés oxidativo y la inflamación jugaron un papel preponderante. Nuestro estudio evaluó el efecto de dietas altas en grasas y en azúcar en la activación del complejo NLRP3-inflamasoma en el tejido cardíaco.
Métodos: Se utilizaron ratones macho C57BL/6 y NLRP3 alimentados con dietas estándar, alta en grasas, alta en azúcar y combinación durante 8 semanas. Se determinaron los niveles séricos de leptina y de adiponectina, valorando la ratio leptina/adiponectina (L/A) por ELISA, se determinó la expresión proteica de 8-oxoguanina ADN glicosilasa (OGG-1), superóxido dismutasa (SOD-2) y catalasa (CAT) mediante Western-Blot así como los niveles de proteínas carboniladas y peroxidación lipídica para la evaluación del estrés oxidativo en el corazón.
Resultados: Tras 8 semanas de ingesta se observó un significativo incremento del peso de los ratones WT y un incremento del peso del tejido cardíaco. Además, observamos un considerable incremento del estrés oxidativo en el tejido cardíaco de los ratones WT. Finalmente, observamos un incremento de los niveles de leptina con el consecuente incremente del ratio leptina/adiponectina. Todos estos cambios no fueron observados en los ratones NLRP3-/-.
Conclusiones: El complejo NLRP3-inflamasoma está involucrado en el deterioro metabólico inducido por dietas poco saludables. La inhibición de este complejo podría tener un efecto preventivo en el defecto cardíaco inducido por estas dietas.

PC-227. DELIRIUM EN ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO

J.M. Fernández Ibáñez, M.D.C. Morales Ballesteros, P.A. Hernández Zegarra, M.D.M. García García-Baltasar, C. Serrano Ortuño y A. Arias Arias
Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Objetivos: Una de las complicaciones más frecuentes durante la hospitalización por fractura de cadera es la aparición de delirium o síndrome confusional agudo, que ocurre en el 3 al 65% de los pacientes mayoritariamente en ancianos. Se asocia a una evolución desfavorable con más complicaciones y mortalidad, aumenta la estancia hospitalaria, mayor institucionalización al alta. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de delirium en los ancianos ingresados por fractura de cadera en el hospital La Mancha Centro y su evolución.
Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron todos los mayores 65 años ingresados en traumatología con fractura de cadera desde abril de 2015 a diciembre de 2015 en el Hospital General Mancha Centro (Alcázar de San Juan). Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables sociodemográficas y clínicas recogidas mediante el programa estadístico SPSS.
Resultados: Se incluyeron 137 pacientes mayores de 65 años ingresados con fractura de cadera. De estos, un 42,1% de pacientes sufrieron delirium; en los pacientes con deterioro cognitivo este porcentaje aumentó hasta el 64,7% de los casos siendo la asociación significativa ($p < 0,001$). Se observó una mayor asociación entre el delirium y una peor situación funcional al ingreso (Barthel menor de 60) que en los pacientes con una mejor situación funcional (58,5% vs 33,3%; $p = 0,007$). La presencia de delirium se asoció de forma significativa con una mayor derivación de los pacientes a estancias temporales ($p = 0,04$). También se asoció (aunque no de manera significativa) a más complicaciones médicas que motivaron el traslado de servicio, a una mayor estancia hospitalaria y mayor deterioro funcional al alta.
Conclusiones: En nuestro hospital el delirium es una complicación muy prevalente en los ancianos ingresados por fractura de cadera. Son factores predisponentes del delirium el deterioro cognitivo y una peor situación funcional al ingreso. El delirium se asoció de forma significativa a una mayor derivación a estancias temporales. También se observo una mayor frecuencia, aunque no significativa, de complicaciones médicas, mayor estancia hospitalaria y mayor deterioro funcional.

PC-228. PREVALENCIA DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE INICIO INDETERMINADO MAYORES DE 75 AÑOS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE URGENCIAS EN 1 AÑO

Y.B. Dionisio Coronel, J.L. Blázquez Carrasco, F. Solís Ovando, W. López Forero, T. Martínez Maroto, R. Rivas Espinoza y A.M. Cruz Santaella
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción: La fibrilación auricular significa un grave de problema de salud pública por sus complicaciones, y la prevalencia aumenta según avanza la edad.
Objetivos: El objetivo principal es estimar la prevalencia de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular de inicio indeterminado mayores de 75 años que acudieron al Servicio de Urgencias. Objetivos secundarios es estimar la prevalencia de uso de sintrom y nuevos anticoagulantes; y de los pacientes que no se anticoagularon ver los principales motivos por lo cual no se inició la anticoagulación.
Métodos: Observacional, transversal, retrospectivo de base poblacional. Fueron incluidos pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de fibrilación auricular de inicio indeterminado que acudieron al Servicio de Urgencias, en el periodo de enero a diciembre 2014. Se registraron valores sociosanitarios (edad, sexo) y valores según las escalas $CHAD_2DS_2$-VASC y HAS-BLED, razón internacional normalizada y motivos de no recibir tratamiento anticoagulante oral. Y también el destino del paciente ya sea ingreso o derivación a consultas externas.
Resultados: El 100% pacientes cumplían con los criterios de anticoagulación oral, según la escala de $CHAD_2SDS_2$-VAS. La prevalencia fue mayor en sexo femenino, fue de 54,7%. La prevalencia de pacientes anticoagulados fue de 67%, de los cuales el 50% se le pautó Sintrom y el otro 50% se inició con nuevos anticoagulantes. El 33% no se inició anticoagulación y la principal causa fue que los pacientes presentaban riesgo de hemorragia y como segunda causa tenían deterioro cognitivo moderado. El 92% pacientes fueron ingresados a hospitalización y el 8% fue derivado a Consultas Externas.
Conclusiones: Todos los pacientes cumplieron con criterios para inicio de anticoagulación, y se inicio anticoagulación de similar proporción con Sintrom y con nuevos anticoagulantes. De los pacientes que acudieron a Urgencias con fibrilación auricular de inicio indeterminado, la mayoría de pacientes fueron ingresados a planta de hospitalización y un porcentaje pequeño fue derivado a Consultas Externas. De los pacientes que no se iniciaron anticoagulación, la principal causa fue que tenían riesgo de hemorragia.

PC-229. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL GENERAL DE CASTILLA-LA MANCHA

J.M. Fernández Ibáñez, M.D.C. Morales Ballesteros, P.A. Hernández Zegarra, R.M. Molina Cano y A. Arias Arias
Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Objetivos: La fractura de cadera en el anciano es la complicación más grave de la osteoporosis. Por ello la prevención de la fractura de cadera además de prevenir las caídas incluye el tratamiento de la osteoporosis. Los beneficios del tratamiento con calcio, vitamina D y antirresortivos son apoyados por la evidencia científica actual. El objetivo de este trabajo es conocer los tratamientos de la osteoporosis más frecuentemente utilizados en ancianos con fractura de cadera ingresados en el Hospital La Mancha Centro.
Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron todos los mayores 65 años ingresados en traumatología con fractura de cadera desde abril de 2015 a diciembre de 2015 en el Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan). Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento recogidas mediante el programa estadístico SPSS.
Resultados: Se incluyeron 137 pacientes mayores de 65 años ingresados con fractura de cadera. Al ingreso, el 92,7% de los pacientes presentaban déficit de vitamina D siendo este grave (< 10 ng/ml) en el 69,3%. Un 12,6% recibían tratamiento con calcio y vitamina D, el 6,7% con vitamina D y sólo el 3% recibían bifosfonatos. Al alta se pautó predominantemente como tratamiento para la osteoporosis calcio y vitamina D en el 79% de los pacientes. Los bifosfonatos se pautaron al 8% de los pacientes.
Conclusiones: El déficit de vitamina D es muy prevalente en nuestra muestra. La osteoporosis como factor de riesgo de fractura de cadera no se suele tratar en pacientes ancianos. Después de la fractura de cadera el tratamiento dominante es el calcio y vitamina D siendo muy bajo el porcentaje de pacientes tratados con bifosfonatos quizás por la falta de un protocolo para el tratamiento de la osteoporosis.

PC-230. PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTE PARA REHABILITACIÓN FUNCIONAL TRAS FRACTURA DE CADERA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN EL PERIODO ENERO-AGOSTO DE 2015

C. Benítez González[1], E. Martín[2], A. Rodríguez[2], Y. Dávila[2], N. Gómez[1] y H. Azaña[2]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Hospital San Juan de Dios, San Andrés del Rabanedo.

Introducción: La hipovitaminosis D es frecuente en los países donde la estación del invierno es prolongada cuando los rayos del sol son más reducidos. Es un estado muy frecuente en los ancianos y especialmente prevalente en los pacientes con fractura de cadera. La insuficiencia de vitamina D se vincula con un descenso más rápido en las funciones cognitivas en los adultos mayores. La prevalencia y los factores asociados a este déficit vitamínico son poco conocidos en nuestro medio. Aunque se estipula que la prevalencia en España es alta, rondando el 74-91% en pacientes con fractura de cadera osteoporóticas.
Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, en conjunto con el departamento de análisis clínico de los pacientes que ingresaron para recuperación funcional tras fractura de cadera entre enero y agosto-2015. La recogida de datos se realizó a partir del IMDH, base de datos informatizada de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos.
Resultados: De un total de 70 casos se seleccionaron 41 (el resto fueron excluidos por no cumplir el criterio de haber tenido una fractura de cadera) con los siguientes resultados: población femenina en un 78%, edad media 86,7 (61% mayores de 85). 97,6% procedían de León. El 100% no tenían diagnóstico de osteoporosis previo. Un 97,6% no tenían tratamiento para la osteoporosis. El motivo de ingreso más frecuente fue la fractura de cadera con un 100%. Los niveles de 25-hidroxivitamina D medio fue de 14,27 ng/ml, Correspondiendo en su mayoría a un déficit severo con un 53,7%, seguido de un déficit moderado con un 36,5%, normales 9,8%. 58,5% no eran pluripatológicos, el 85,4 no tenía deterioro cognitivo y un 53,7% eran polimedicados.
Conclusiones: La concentración por debajo de la cual se considera que hay hipovitaminosis D es muy controvertida y variable entre publicaciones, hemos considerado déficit grave cuando los niveles están por debajo de 12 ng/ml, presentando una hipovitaminosis de 90,2%. Se plantea una relación directa entre la hipovitaminosis D y la incidencia de fracturas, como principal complicación. Aunque no encontramos asociación entre el deterioro cognitivo y la hipovitaminosis.

PC-231. REVALORACIONES DE PACIENTES POR UN EQUIPO UFIS DE GERIATRÍA

C.M. Béjar, C. Udina, H. Manjón, A. Digón, I. Pineda, R. Miralles y M. Pi-Figueras
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Describir las características de las revaloraciones que realiza el equipo UFIS en el Hospital del Mar.
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, de 115 pacientes revalorados por la UFIS durante el año 2015. Variables registradas: sexo, edad, estado funcional [Barthel, Lawton previos y actual (momento de valoración)]; existencia de deterioro cognitivo, servicio de procedencia, recurso solicitado, número de revaloraciones, causas de finalización, motivo de revaloraciones, causas y cambio de recurso al alta.
Resultados: Durante el 2015 la UFIS realizó 847 valoraciones, de las cuales, 115 precisaron revaloración. De éstas, 57 (49,6%) eran mujeres y 58 (50,4%) hombres, [edad media 76,63 ± 10,5]. Barthel previo 78,43 ± 23,01, actual 28,82 ± 20,89; Lawton 4 ± 3,8; 91 pacientes (80,53%) sin deterioro cognitivo conocido. Servicio solicitante: quirúrgicos 39 (33,91%) siendo el más frecuente C. General y COT (14,78% y 10,43 respectivamente); área clínica 76 (66,08%) predominando M. Interna y Neurología (17,39% y 11,34%). Recurso solicitado: Convalecencia 56 (48,69%), Larga estancia 36 (31,3%), Domicilio 11 (8,99%), Postagudos 7 (6,08%), Paliativos 4 (3,47%). Destino: Centro sociosanitario 87 (76,99%), Domicilio 12 (11,44%), Traslado a otro hospital 3 (2,58%), exitus 10 (8,85%). En 33 (28,69%) casos desde la primera vez se finalizó la interconsulta. La media de revaloraciones fue de 2 ± 1,03, con máximo de 5. Las causas fueron: complicación médica 22 (47,8%), aislamiento 6 (13,04%), pendientes de intervención 6 (13,04%), tratamiento e.v. 6 (13,04%), rechazo de la familia 5 (10,86%). El motivo más frecuente fue la reinterconsulta del equipo médico y el seguimiento del equipo, seguidos de la demanda de la familia. El recurso al alta se cambió en 18 (15,92%) de los casos por empeoramiento clínico en su mayoría, funcional o por negación de la familia.
Conclusiones: Un número considerable de pacientes son revalorados por la UFIS en una misma intervención. Desde el área clínica es desde donde más se reconsulta al equipo UFIS, siendo la media de revaloraciones en número de 2, y la causa más frecuente la complicación médica, seguida del aislamiento del paciente. Resalta que una gran cantidad de pacientes, no son valorables desde la primera intervención sobre todo por complicación médica o aislamiento.

PC-232. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS VALORADOS EN CONSULTA EXTERNA DE ONCOGERIATRÍA

M. Herrero Torrus[1], M. Pi-Figueras Valls[2], A.M. Digón Llop[2], A. Martínez Fernández[3], O. Vázquez Ibar[1], E. Lafuente[3] y L. Visa Turmo[5]
[1]Centro Fòrum del Hospital del Mar, Barcelona. [2]Hospital del Mar, Barcelona. [3]Hospital del Mar, Servicio de Oncología, Barcelona.

Objetivos: Describir prevalencia y características de pacientes mayores de 70 años diagnosticados de tumores colorrectales. Ver impacto de la valoración geriátrica integral (VGI) en dichos pacientes, tratamientos oncológicos recibidos, mortalidad debida al tumor y calidad de vida.
Métodos: Estudio aleatorizado con grupo intervención (casos) y grupo control de pacientes con cáncer colorrectal localizado o metastásico. El grupo control fue valorado por un oncólogo médico siguiendo el protocolo asistencial habitual. En grupo de intervención se realizó test de screening de fragilidad, para detectar necesidad de intervención geriátrica. Los pacientes con resultado negativo fueron evaluados por un oncólogo médico, a diferencias de los de resultado positivo que fueron remitidos para una VGI previa a la valoración por oncólogo. Se recogieron variables funcionales (Barthel (IB), Lawton (IL)), cognitivas (MMSE), sociales, nutricionales (MNA), localización y estadio del tumor, tipo de tratamiento y escalas de calidad de vida.
Resultados: Se analizaron 75 pacientes (38 casos, 37 controles); edad media casos 79,1 ± 5,6 y controles 77,6 ± 4,8 años. Presentaron: IB (94,4 ± 11,9 vs 85,8 ± 21,6), IL (5,5 ± 1,9 vs 5,2 ± 2,7), MMSE (26,8 ± 4,5 vs 24,2 ± 5,3), Gijón (5,7 ± 2,2 vs 5,1 ± 2,1), MNA 10,6 ± 2,2 vs 8,7 ± 2); los casos y controles respectivamente. De los 75 pacientes, se diagnosticaron de cáncer de colon en los casos 41,5% vs 58,5% controles; se diagnosticaron de cáncer de recto en casos 58,5% vs 41,5% controles. En el grupo de casos, 20 (52,6%) presentaron tumores colorectales en estadios localizados (E- II-III) y 18 (47,4%) en estadio metastásico (E-IV). En el contexto de tumores localizados, 15 casos (39,5%) recibieron tratamiento oncoespecífico complementario: quimioterapia (QMT) adyuvante/quimio-radioterapia neoadyuvante), vs 17 (45,9%) control. En la enfermedad metastásica, 16 casos (42%), vs 11(29%) control recibieron QMT paliativa de 1ª línea de tratamiento. Respecto al régimen de QMT, 47,6% casos vs 6% controles se administró una combinación QMT convencional + agente biológico. La valoración de la calidad de vida fue 5,3 ± 2 vs 5,5 ± 1,3 respectivamente.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes eran independientes para las ABVD y AIVD, sin deterioro cognitivo y con riesgo de malnutrición. En el escenario de enfermedad metastásica, el grupo de casos recibió más tratamiento con QMT paliativa y más combinaciones con agentes biológicos.

PC-233. INFORME SOBRE UN CICLO DE MEJORA: LAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA QUE ATIENDE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ANCIANOS

F.M. Gamboa Antiñolo
Medicina Interna. Hospital El Tomillar, Sevilla.

Introducción: La definición de paciente pluripatológico (PPP) identifica a aquellos individuos con dos o más enfermedades crónicas no curables que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía funcional, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas. La mayoría de los PPP está sometido a la prescripción simultánea de cinco o más fármacos, con un riesgo inherente de aparición de interacciones medicamentosas (causa fundamental y prevenible de eventos adversos a medicamentos). Cualquier medida que pueda reducir la morbilidad en este grupo de pacientes puede tener un gran impacto en el consumo de recursos y en la calidad asistencial, tanto en el nivel hospitalario como en atención primaria.
Objetivos: Presentar un ciclo de mejora para disminuir las interacciones farmacológicas en los pacientes pluripatológicos ingresados en una Unidad de Medicina Interna. La edad media de los pacientes atendidos en la unidad es 80 años.
Métodos: Tras revisión de la bibliografía y análisis del problema se identificaron las causas potenciales. Se establecieron seis criterios de calidad relacionados con la presencia de interacciones farmacológicas en PPP ingresados.
Resultados: Se evaluaron en una muestra de 60 pacientes. A la vista de los resultados se implantaron actividades de mejora en la Unidad. No se detectó ninguna interacción farmacológica significativa en la muestra y periodo estudiado. Se observa una mejora significativa en el cumplimiento de los criterios tras implantar medidas de mejora en la Unidad.
Conclusiones: La implementación de actividades de mejora de la calidad puede modificar el riesgo de interacciones clínicas significativas en PPP ancianos.

PC-234. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR BRONCOASPIRACIÓN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HAD)

A. Aguilera Zubizarreta[1], G. Alesia Sgaramella[1], Y. Díaz Hoyas[1], P. Sanroma Mendizábal[1], D. García Sánchez[1], L.A. García Secadas[2] y M.E. Aguilera Zubizarreta[2]
[1]Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. [2]Médico de Familia, SUAP, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: Los ingresos por broncoaspiración son frecuentes en los pacientes ancianos, especialmente en pacientes dependientes con deterioro cognitivo. Con frecuencia ingresan en el hospital con la consiguiente iatrogenia que ello conlleva, las unidades de HAD han demostrado ser una alternativa segura para estos pacientes, aportando ventajas ya que no se saca al paciente de su entorno.
Métodos: Se analizó retrospectivamente a los pacientes ingresados durante el año 2015 en nuestra unidad de HAD cuyo diagnóstico al ingreso fue broncoaspiración o neumonía por broncoaspiración. Se analizaron las características que presentaban sexo, edad media, procedencia, destino, antibiótico utilizado, capacidad funcional y polifarmacia.
Resultados: De los 1.520 pacientes ingresados en HAD en 2015, 19 (1,25%) fue por broncoaspiración. Suponían el 5,24% de todas las infecciones respiratorias. El 73% eran mujeres. La estancia media fue 7,2 días. La procedencia de los pacientes fue UCIAS en el 78,9% de los casos (2,1% directamente desde la residencia); el destino al alta fue el propio domicilio en el 63,1% de los casos, fueron exitus el 2,6% y requirieron reingreso en el hospital el 1,05%. Recibieron antibióticos endovenosos el 89,4%, de los cuales el más utilizado fue el ertapenem (47,1%). El 100% era muy dependientes para ABVD (Barthel medio; 10). Constaba en la historia que se seguía medidas anti reflujo en el 52,63%, de los cuales el 21% llevaba PEG. En el 89,9% de los pacientes existía polifarmacia. El número medio de fármacos era 7,78 (me:7) y cada paciente llevaba una media de 2,57 psicofármacos. En el 94,7% se detectó una enfermedad neurológica predisponente (57,8% Demencia; 15,7% Parkinson; 11,7% ACVA; 5,2% corea y un paciente con retraso mental (5,2%). El 57,89% había presentado episodios previos y el 57% presento episodios posteriores.
Conclusiones: En nuestra unidad probablemente estén infradiagnosticados los episodios de broncoaspiración que muchas veces se recogen como infección respiratoria. Es una patología muy frecuente en pacientes con deterioro neurológico previo y dependencia para ABVD. Cabe destacar que para ser pacientes muy deteriorados el alto número de fármacos por paciente y especialmente de psicofármacos.

PC-235. FISIOTERAPIA Y PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE

R. Prior Venegas, F. Sierra García, L. Merinero Casado, J.M. García Cabral, I. Ancizu García y M. Ollero Baturone
Equipo de Atención Psicosocial de Sevilla, Sevilla.

Introducción: En la literatura hay pocos trabajos que evalúen la intervención fisioterapéutica en el paciente oncológico avanzado y terminal, siendo esta carencia mayor en la literatura médica española. En marzo de 2015, un Equipo de Atención Psicosocial (EAPS Sevilla) del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas impulsado y financiado por la Obra Social "la Caixa" se integra en la UCP del HU Virgen del Rocío y Virgen Macarena. Por primera vez se incluye la figura del fisioterapeuta para obtener evidencia sobre los posibles beneficios de su intervención. Se revisan los estudios disponibles como base para el proyecto de investigación propio.
Objetivos: Revisión sistemática para determinar el impacto de las intervenciones de fisioterapia en los servicios de CP, tanto a nivel hospitalario como domiciliario.
Métodos: Búsqueda bibliográfica (marzo 2015 octubre 2015), en PEDro, ISI WEB OF SCIENCE (WOS), CareSearch, Pubmed y Biblioteca Cochrane Plus. Los descriptores utilizados han sido Fisioterapia, Fragilidad, Cuidados Paliativos y Rehabilitación. Criterio de inclusión en los estudios: Sujetos que requieren fisioterapia en algún momento de su proceso. Se obtuvieron 14 estudios. De ellos, 13 están comprendidos en el periodo 2002 y 2015, y uno es anterior al 2000.
Resultados: La demanda principal correspondió a impotencia funcional generalizada por síndrome de inactividad y desuso, un 78% del total. Las técnicas más empleadas fueron cinesiterapia (45%) y reeducación de la marcha (33%). En los estudios revisados la muestra utilizada se ha basado en 425 pacientes, de los cuales un 73% corresponden a pacientes oncológicos y un 27% a pacientes no oncológicos.
Conclusiones: Aumento progresivo de la demanda de fisioterapia en el paciente oncológico y no oncológico en general y, de forma más destacada, en el paciente avanzado y terminal. Señalar la poca bibliografía existente, por lo que serían necesarias futuras investigaciones que permitan demostrar la validez clínica de la fisioterapia en pacientes en situación de final de vida y la relevancia de la intervención educativa en familiares cuidadores.

PC-236. MORTALIDAD AL AÑO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA Y FRACTURA DE FÉMUR

M. Méndez Brich, A. Llopis Calvo, I. Crespo, S. Font, F. Alzaga y R. Cristòfol
Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró.

Objetivos: Analizar la mortalidad al año y los factores relacionados de pacientes mayores de 80 años con demencia evolucionada, tras una fractura de fémur.
Métodos: Estudio retrospectivo y seguimiento al año. Pacientes > 80 años, ingresados por fractura de fémur, afectos de demencia GDS 6-7 años 2013 y 2014.
Resultados: 55 pacientes. 7 hombres/48 mujeres. Mortalidad al año de la fractura: 24/55: 43,6%. Edad media 87,98%. Estancia media: 9,83 días. Pacientes fallecidos antes de un año de fractura: 24 pacientes (43,6%). Edad fallecidos antes del año 87,85 a/Supervivientes al año, edad media 88,08a. Mortalidad hombres 85,7% al año. Mujeres: 37,5% al año (p = 0,004). Mortalidad Charlson 1-2: 32,4%. Charlson > 2: 61,9% (p = 0,05).
Conclusiones: No se observan diferencias de mortalidad respecto a la edad. Mayor mortalidad en hombres. Mayor comorbilidad aumenta el riesgo de mortalidad.

PC-237. CARACTERÍSTICAS DE LAS INTOXICACIONES EN EL PACIENTE ANCIANO EN URGENCIAS

I. Arnau-Barrés, M. Pi-Figueras, C. Béjar, M.D. Aranda, O. Pallás y A. Supervía
Servicio de Geriatría; Servicio de Urgencias, Parc de Salut Mar, Barcelona.

Introducción: Las intoxicaciones son un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Habitualmente se trata de pacientes jóvenes pero en los últimos años se ha observado un incremento de las mismas entre la población mayor de 65 años.
Objetivos: Determinar las diferencias de las características de las intoxicaciones en los pacientes mayores y menores de 65 años.
Métodos: Estudio retrospectivo de todas las intoxicaciones atendidas en el Servicio de Urgencias de un hospital universitario desde 2009 a 2012. Se recogieron las siguientes variables: datos de filiación, intencionalidad, lugar y tipo de intoxicación, presentación clínica, necesidad de tratamiento, antecedentes psiquiátricos y destino final. Posteriormente se compararon en ambos grupos de edad.
Resultados: Se recogieron 2.673 visitas por intoxicación aguda, 2.453 (91,8%) en menores de 65 años y 220 (8,2%) en ≥ 65 años. La edad media de los ancianos fue de 78,9 (DE 7,8) años. En el grupo de mayor edad, había más mujeres (59,5% vs 36,3%; p < 0,001), menos porcentaje de extranjeros (2,7% vs 40%; p < 0,001), y acudían a urgencias más frecuentemente en ambulancia (88,2% vs 72,8%; p < 0,001). En este grupo, se encontró un mayor porcentaje de intoxicaciones accidentales (73,4% vs 23,7%; p < 0,001), principalmente por fármacos (63,9% vs 9%; p > 0,001). La mayoría se produjeron en domicilio (80,5% vs 32,5%; p < 0,001) y precisaron ingreso hospitalario más habitualmente (19,8% vs 8,7%; p < 0,001). Además, presentaron mayor necesidad de tratamiento activo (72,7% vs 51,9%; p < 0,001), mayor utilización de flumacenilo (82% vs 47,5%; p < 0,05) y menor necesidad de naloxona (10,7% vs 44,3%; p < 0,05).
Conclusiones: Existen diferencias importantes en las características de las intoxicaciones en los pacientes mayores y menores de 65 años, con un incremento en las consultas en urgencias por este motivo en el segundo grupo. Las intoxicaciones en pacientes ancianos suelen producirse en domicilio, ser de causa accidental y por fármacos, predomina el sexo femenino y requieren tratamiento e ingreso hospitalario con mayor frecuencia.

PC-238. NEUMONÍA ORGANIZADA Y TUBERCULOSIS PULMONAR: COEXISTENCIA O ENFERMEDAD ASOCIADA

R. Sander[1], V. Guerrero[1], A. Narvión[1], C. Gorgas[1], L. Borderias[2] y J. Galindo[1]
[1]Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca. [2]Hospital General San Jorge, Huesca.

Introducción: Inicialmente descrita en 1983 con el nombre de neumonitis organizada criptogénica. Actualmente se le conoce como neumonía organizada, ya que las lesiones son fundamentalmente alveolares, llegando a formar parte de las neumonías intersticiales idiopáticas. Tiene dos formas de presentación: primaria cuando no se identifica una asociación a otra enfermedad y la secundaria si es debida a diferentes agresiones como infecciones, tóxicos, fármacos, enfermedades del tejido conectivo o a otros procesos. La relación entre diferentes tipos de infección y el inicio de la neumonía organizada es desconocida. Hasta la fecha se han descrito unos pocos casos asociados a Mycobacterias como *M. avium, M. kansasii* y *M. tuberculosis*.
Caso clínico: Varón de 75 años, exfumador de 25 paq/año hasta hace 30 años con antecedentes de HTA, ACxFA. Actualmente independiente para ABVDs y residía en un ambiente rural. En tratamiento con acenocumarol, digoxina y valsartán. Cuadro clínico de tos, expectoración mucosa, disnea, fiebre y malestar general, objetivándose en una radiografía tórax infiltrados pulmonares en lóbulo inferior derecho e izquierdo. En la exploración, se auscultaban roncus y estertores crepitantes en base derecha sin otro tipo de alteraciones destacables. Los parámetros analíticos evidenciaron: 9.000 leucocitos/mm^3 (80% neutrófilos) y VSG 111 mm/1ª hora. En los parámetros bioquímicos destacaba una ALP de 133 UI/l, GGT 231 UI/l y LDH 392 UI/l. La TAC de tórax visualizó una condensación con aspecto de masa polilobulada en LID, infiltrados parcheados en língula, adenopatías parahiliares y derrame pleural derecho. Posteriormente la toracocentesis y la broncoscopia realizadas no fueron concluyentes, por lo que se realiza biopsia pulmonar cuyo informe histológico era compatible con neumonía organizada. Se inicia tratamiento con 40 mg/día de metilprednisolona con desaparición de la condensación y derrame pleural. Tras objetivar crecimiento de M. tuberculosis en el lavado broncoalveolar, se inició tratamiento con tuberculostáticos.
Discusión: No podemos concluir si es una coexistencia en el mismo paciente de ambas enfermedades o bien la neumonía organizada es secundaria a M. tuberculosis pero en cualquier caso es obligado la búsqueda de este germen en todos los casos de neumonía organizada por la trascendencia en el tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

PC-239. LINFOMA B EN GLÁNDULA TIROIDES: INFORME DE UN CASO EN PACIENTE NONAGENARIO

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

Introducción: El linfoma primario de tiroides es una enfermedad rara en nuestro medio, presenta una mayor incidencia en mujeres mayores de 60 años. Aproximadamente el 5% de todos los tumores malignos de la tiroides y menos del 3% de todos los linfomas son extra nodales. Por lo general se presenta como un bocio, manifestándose rápidamente con síntomas compresivos. El ultrasonido de tiroides, la aspiración por aguja fina, la citometría de flujo y la inmunohistoquímica siguen siendo las principales modalidades utilizadas para el diagnóstico de esta patología.
Caso clínico: Presentamos una paciente de 92 años, dependiente parcial para ABVDs; Cruz Roja mental: 1; con antecedentes personales de HTA, dislipemia, ERC III. Ingresa por cuadro de insuficiencia respiratoria global en el contexto de tos, expectoración, disfonía y disfagia de aproximadamente tres semanas de evolución. La exploración física evidencia taquicardia 103 lpm, TA 124/78 mmHg, FR de 20

rpm, temperatura 36,3 °C, SO_2 91% aire ambiente. Se aprecia hiperemia faríngea; a nivel de cuello no se palpan masas pero se llegan a palpar adenopatías cervicales a nivel cervical izquierdo y a la auscultación pulmonar se evidencian roncus dispersos, el resto de la exploración es poco contributiva. En los análisis efectuados se objetiva una anemia normocítica normocrómica conocida, una VSG 70 mm/1ºh, una gasometría arterial con una pCO_2 51 mmHg, pO2 50 mmHg, HCO_3 34,6 mmol/L, SO_2 86%, siendo resto de análisis dentro de la normalidad. La radiografía de tórax muestra un aumento de mediastino, la cual sugiere la presencia de un bocio intratorácico. La ecografía de tiroides pone en manifiesto el lóbulo izquierdo con prolongación intratorácica. Se realiza PAAF de tiroides con resultado posterior de la anatomía patológica de: linfoma B tiroideo de células grandes. De forma programada se realiza hemitiroidectomía izquierda, confirmando un linfoma B difuso de célula grande de origen centrofolicular. Se propone tratamiento quimioterápico, pero el mismo es desestimado debido al buen estado general de la paciente, brindando posteriormente tratamiento paliativo con corticoide oral.
Discusión: El linfoma primario de glándula tiroides debe sospecharse en mujeres que presenten disfagia en el contexto de un crecimiento tiroideo rápido con clínica compresiva asociada.

PC-240. PIOMETRA EN ANCIANA FRÁGIL Y TRATAMIENTO CONSERVADOR FAVORABLE

M. García Moreno, S. Tellez García, I. Sarmiento Maqueda, S. Buiza Montero, M.A. Gómez Cuellas y A. Paniagua Daza
Residencial San Nicolás, Cantillana.

Objetivos: La piometra es una acumulación de pus en la cavidad uterina. Es una patología infrecuente y que predomina en mujeres posmenopáusicas. La tríada de síntomas clásicos son: secreción purulenta vaginal, sangrado posmenopáusico y dolor abdominal bajo. Son debidas a neoplasias ginecológicas malignas y en la otra mitad de los casos son por atrofia miometrial y cervical, lo que se conoce como piometra senil benigna o idiopática.
Métodos: A continuación se expone el caso de una mujer de 90 años, institucionalizada, antecedentes personales: enfermedad de Alzheimer, ictus isquémico sin secuelas, anemia de repetición, déficit visual e hipoacusia. A nivel funcional deterioro leve. Barthel 70/100. Presenta infecciones de orina de repetición y aparece un sangrado de repetición. La paciente no mejora con antibioterapia empírica. Presenta caídas de repetición y presenta deterioro funcional agudo severo, se decide, remitir a urgencias por metrorragias a filiar. Por su deterioro mental, presenta grandes dificultades para su valoración hospitalaria. Resultando imposible realizarle especuloscopia, ecografía abdominal y eco transvaginal. Finalmente con ecografía transrectal se objetiva piometra benigno senil.
Resultados: El tratamiento es el drenaje por vía vaginal. Los microorganismos más frecuentes causantes de esta infección son *E. coli, Klebsiella, Proteus* y *Bacteroides* (en muchas ocasiones son polimicrobianas), por lo que el antibiótico debe estar principalmente dirigido a anaerobios (clindamicina 300/6h 6 días + metronidazol 500/12h óvulos vaginales 5 días). En nuestro caso por las dificultades de colaboración de la paciente se optó por tratamiento antibiótico empírico conservador, siendo favorable su evolución tras el tratamiento. Se ha conseguido su recuperación funcional previa y no ha vuelto a presentar caídas de repetición.
Conclusiones: Se puede concluir que la piometra senil idiopática solo es sintomática en la mitad de las pacientes. Se debe sospechar en pacientes con infecciones urinarias de repetición o que no responden al tratamiento antibiótico, sobre todo en ancianas con déficits cognitivos importantes que tienen dificultad para explicar los síntomas. Lo recomendando es realizar drenajes periódicos para evitar sucesivas recidivas. En nuestro caso se ha optado por actitud conservadora y se ha conseguido recuperación funcional previa.

PC-241. SARCOMA RETROPERITONEAL: HALLAZGO CASUAL EN NONAGENARIO

V. Mazoteras Muñoz, J. Martín Márquez, E. García Carreño, J. Gil Moreno, J.L. Esquinas Requena, G. Martinón Torres y N. Fernández Martínez
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Paciente de 90 años presenta cuadro de astenia y prurito generalizado.
Métodos: AP: HTA bien controlada. Sincope por BAV de 2º grado, Mobitz 1 e implantación de marcapasos bicameral. Tratamiento actual: Seguril 40 mg/24h, Atarax 25 mg. S. basal: Barthel 100. No deterioro cognitivo. Vive en domicilio con esposa. P. complementarias: Analítica: creatinina 4,6 mg/dl, urea 22, Na 170, LDH 430, Hb 9,3 g/dl, B12 1900, proteínas totales 6,2, albúmina 3,3 y resto incluido Hr tiroideas, fólico y marcadores tumorales, proteinograma, inmunoglobulinas y complemento normales. ECG: ritmo de MCP. Rx de tórax y abdomen anodinas. S orina: pH 5,5, 8-10 leuc. Orina 24 horas: 1.700 ml, Na 49, K19, microalbuminuria 34, ácido úrico 139 y proteínas totales 2.330. Ecografía abdominal: riñones de tamaño, situación y morfología normales con corticales conservadas, no dilatación de vía excretora ni litiasis. Quiste de 3 cm en riñón izquierdo y vejiga desplazada lateralmente por masa inguinopélvica izquierda que engloba a los vasos iliacos izquierdos permeables. TAC toraco-abdominal: Gran masa sólida polilobulada lateral a los vasos ilíacos y que es extiende a pelvis y región inguinal izquierda de 133 mm (AP), 104 mm (transverso) y 111 mm (CC). Vasos retroperitoneales sin alteraciones de interés, no adenopatías de tamaño patológico.
Resultados: Nos encontramos con gran masa compatible con probable sarcoma retroperitoneal (SR) en regiones pélvicas e inguinales izquierdas y un fracaso renal agudo obstructivo secundario. No es necesaria la nefrostomía percutánea por no encontrar hidronefrosis. Dado la complejidad del tratamiento quirúrgico se decide de acuerdo con Servicio de Cirugía General y Oncología tratamiento conservador y seguimiento por parte de Unidad de Cuidados Paliativos, falleciendo al mes.
Conclusiones: Los SR son neoplasias infrecuentes y heterogéneas que se originan a partir de células mesenquimales localizadas en tejido conectivo. El 15% son retroperitoneales. Son tumores muy agresivos cuyo único tratamiento cuando es la resección quirúrgica en bloque con márgenes libres. La principal causa de muerte es la recidiva locorregional y la supervivencia a los 5 años es de un 3-5%. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente pero otros síntomas como en el caso de nuestro paciente, fue la sintomatología de compresión vecina.

PC-242. ¿ES ALGO MÁS QUE UNA DIARREA?

M.L. Morillo Blanco, K. Reynoso de los Santos, J. Caballero Palacio, E. Núñez Vaquerizo y J.L. González Guerrero
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Destacar la importancia de las manifestaciones atípicas de enfermedades sistémicas en los pacientes mayores, lo que dificulta su diagnóstico, y con ello las posibilidades terapéuticas.
Métodos: Mujer de 94 años con antecedente de HTA y fibrilación auricular. Situación basal previa: independiente para las ABVD y sin deterioro cognitivo. Es hospitalizada por diarrea crónica (más de tres meses de evolución), junto astenia intensa, presentando escasa deambulación y pérdida de peso objetivable. Se extrae analítica: deterioro de función renal, anemia normocítica, inmunoglobulinas y complemento normales. Autoinmunidad negativa (ANA y ANCA), igual que coprocultivos y toxina de *Clostridium*. Se realiza colonoscopia no objetivándose neoplasia, pero sí informándose en biopsia de vasculitis necrosante de colon, por lo que se inicia pauta de corticoides orales como tratamiento, con buena respuesta.

Resultados: La diarrea crónica es un problema frecuente en Geriatría. Se une además la dificultad en la anamnesis y el uso de pruebas complementarias más conservadoras (dada la edad y comorbilidad). Las vasculitis constituyen un reto diagnóstico y terapéutico todavía hoy debido a su carácter sistémico y variedad de presentación, más aún en el anciano. En esta paciente lo primero es pensar en un cuadro constitucional por proceso neoplásico o infeccioso. Distintas entidades cursan con vasculitis necrosante, por ejemplo: PAN clásica y PAN micro, granulomatosis de Churg-Strauss y granulomatosis de Wegener. Necesitaríamos ampliación de estudios para filiar de cuál se trata. No tener ANCAs positivos no lo excluye; de hecho, es bastante frecuente en la PAN clásica, donde el tracto digestivo suele afectarse. El tratamiento incluye primero los corticoides en casos leves, precisando inmunosupresores asociados en función de la gravedad del proceso.
Conclusiones: Debemos pensar en lo más habitual al estudiar un paciente, sin olvidar que los mayores pueden estar infradiagnosticados e infratratados en situaciones donde la patología subyacente es inusual. Aunque en muchos casos no contamos con biopsia, se puede establecer un diagnóstico de sospecha y, valorando riesgo-beneficio, probar un tratamiento empírico, lo cual podría mejorar la situación del enfermo.

PC-243. *K. PNEUMONIAE* CARBAPENEMASA TIPO KPC EN PRÓTESIS TOTAL DE CADERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

K. O'Hara, N.M. González, D.Y. Peña, J. Zuluaga, N. Montero y J.A. Serra Rexach
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Mujer de 79 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, estenosis aórtica moderada asintomática y demencia tipo Enfermedad de Alzheimer, de diez años de evolución. Situación basal previa a fractura de fémur: Índice de Barthel 85. Caminaba de manera independiente. Demencia moderada con alteraciones psicoconductuales asociadas, tratadas con dosis altas de quetiapina. Vivía con dos cuidadoras privadas las 24h del día en Venezuela. No realizaba AIVD. Seis meses atrás en Venezuela, tras fractura de fémur se coloca PTC izquierda con posterior reintervención debido a infección de prótesis de cadera donde se aisló *K. pneumoniae* carbapenemasa tipo KPC (cepa no descrita en nuestro hospital). Durante su segundo post-operatorio, la paciente presento además síndrome coronario agudo con elevación del ST, que se trato médicamente. Tratamiento habitual: glimepirida, pantoprazol, Adiro, bisoprolol, rosuvastatina, quetiapina 600 mg. Enfermedad actual: ingresa en M. Interna por bajo nivel de conciencia en probable relación a sepsis de PTC izquierda y farmacológica secundario a dosis altas de quetiapina. Dos días posteriores al ingreso en M. Interna, COT la traslada a su servicio y realiza limpieza quirúrgica donde se aísla nuevamente *K. pneumoniae* carbapenemasa Tipo KPC. Con los resultados, se interconsulta al servicio de Microbiología y se decide en conjunto reintervención donde se realiza resección de prótesis y colocación de espaciador de colistina además de iniciar cobertura antibiótica, según resultados de antibiograma. Durante su post-operatorio presenta cuadro confusional agudo hiperactivo y anemización aguda requiriendo cinco transfusiones de concentrados de hematíes. Tras estabilización, la paciente es trasladada al servicio de COT, donde nos interconsultan por bajo nivel de conciencia. Tras nuestra primera valoración ante multimorbilidad, se realiza valoración geriátrica exhaustiva donde además de objetivar los problemas mencionados anteriormente destaca desnutrición calórico-proteica severa y deterioro funcional grave. Con respecto al cuadro de bajo nivel de conciencia se pone en relación a hipoglucemia, estreñimiento y persistencia de altas dosis de quetiapina.
Discusión: El motivo de presentación de este caso es mostrar una cepa nunca antes descrita en nuestro hospital y destacar la cascada de complicaciones médicas que pueden surgir tras una fractura de cadera en un paciente geriátrico.

PC-244. DELIRIUM FATAL. EXPRESIÓN DEL GLIOBLASTOMA MULTIFORME

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

Caso clínico: Paciente de 81 años que acude a urgencias por presentar síndrome confusional agudo de varios días de evolución. Antecedente médico de ansiedad, en tratamiento con lorazepam 1 mg ocasional. Valoración geriátrica: Viuda, tiene dos hijos. Vive sola en domicilio, independiente para ABVD e AIVD. Adecuado nivel cognitivo. Exploración en urgencias: Desorientación temporo-espacial y cierta inestabilidad de la marcha, sin otros hallazgos. Pruebas complementarias normales (analítica de sangre, orina, electrocardiograma, radiografía de tórax). Valoración cognitiva: MEC: 14/35 puntos. Reloj Shulman: 0 puntos. TC cerebral: Tumoración frontal izquierda de 5 cm con edema de sustancia blanca y efecto masa con compresión de asta frontal del ventrículo lateral izquierdo y cierto grado de herniación subfalcial. Capta contraste intravenoso fundamentalmente en zona periférica. Compatible con glioblastoma multiforme. Evolución: valorada por Neurocirugía desestimando cualquier tipo de tratamiento activo por mal pronóstico. Iniciamos dexametasona por edema cerebral y trazodona por insomnio. Pérdida de autonomía (I. Barthel 60/100), asesoramos a familia sobre opciones al alta (Trabajo Social), decidiendo vuelta al domicilio con ayuda privada. Contacto con el equipo de soporte a domicilio (ESAD) para control de síntomas según evolución. Dada de alta, con buen control de síntomas a domicilio. Evolución posterior progresiva, con deterioro funcional y cognitivo, que imposibilitan el cuidado en domicilio, siendo institucionalizada. A los tres meses, derivada a urgencias por sospecha de infección respiratoria. Se instaura tratamiento antibiótico empírico y soporte respiratorio. Presenta fiebre elevada refractaria a tratamiento, mala evolución a pesar de tratamiento, decidiendo adecuación del esfuerzo terapéutico y tratamiento sintomático por vía subcutánea, falleciendo en el hospital.
Discusión: El glioblastoma multiforme es el más frecuente de los tumores del sistema nervioso central. Edad media de aparición, sexta década de vida. Síntomas derivados en relación al aumento de presión intracraneal. Mal pronóstico, supervivencia media 12 meses con tratamiento. Tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia; Importancia de valoración geriátrica integral adecuando tratamiento, sopesando riesgos-beneficios.

PC-245. FLEGMASÍA CERULEA DOLENS EN EL ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

N.M. González Senac, D.Y. Peña, K. O'hara, V. Romero, D. Torres y M.T. Vidán
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Varón de 92 años con antecedentes de hipertensión arterial, demencia, ictus isquémico, parkinsonismo farmacológico, carcinoma de colon (remisión) y carcinoma de próstata (tratamiento conservador). Ingreso reciente por neumonía. Situación basal: Barthel 20/100 (independiente para marcha y alimento). Previo a último ingreso 40/100 (independiente para alimento, aseo, transferencias y marcha). Demencia degenerativa GDS6, alteraciones psicoconductuales y agitación recientes en tratamiento con altas dosis de quetiapina. Vive con su hija. Tratamiento habitual: furosemida, omeprazol, quetiapina, amlodipino-olmesartán, simvastatina y tamsulosina. Enfermedad actual: remitido a urgencias desde el centro de salud por eritema, edema, tumefacción y calor en miembro inferior derecho. Inicialmente se sospecha celulitis. Tras obtener resultados de

D-dímero de 21.933 ng/mL, se solicita ecografía doppler donde se objetiva trombosis venosa femoral aguda con extensión al cayado de la safena interna, vena femoral superficial y poplítea. Se inicia heparina de bajo peso molecular y se cursa ingreso en Geriatría. A su llegada a planta, debido al aspecto cianótico y frío del miembro y a la ausencia de pulsos distales palpables, se realiza interconsulta a cirugía vascular por sospecha de isquemia arterial añadida Tras su valoración se establece el diagnóstico de flegmasía cerúlea dolens, se inicia tratamiento con heparina sódica en perfusión 24.000 UI diarias y se alerta a la familia del mal pronóstico. Tras cuatro días de tratamiento, el paciente presenta mejoría clínica con desaparición del edema, dolor y cianosis del miembro afectado. Se retira la heparina sódica, se pauta enoxaparina y, posteriormente, sintrom para mantener anticoagulación a dosis terapéuticas. Tras mejoría de los síntomas el paciente fue capaz de caminar con ayuda de una persona, y se controlaron las alteraciones psicoconductuales, pudiéndose reducir la dosis de quetiapina. Tres semanas después del alta, la familia consulta por imposibilidad de mantener INR en rango.
Discusión: Se presenta el caso por ser una patología infrecuente en el anciano, su elevada tasa de mortalidad, la importancia de la instauración precoz de tratamiento para evitar gangrena, la ausencia de un tratamiento estandarizado, y la posibilidad de discutir distintas pautas de anticoagulación en un paciente tan anciano y frágil.

PC-246. DEBUT DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL SECUNDARIA EN PACIENTE OCTOGENARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Ortega Morente, P. Martínez Velazco, J. Caballero Palacios, M.L. García Martín, J.L. González Guerrero y E. Jaramillo Gómez
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Exponemos a continuación un caso clínico de un déficit aislado de ACTH, presentando una insuficiencia suprarrenal secundaria, debutando por medio de una hiponatremia grave.
Métodos: Se trata de una paciente mujer de 89 años, con factores de riesgo cardiovascular (HTA y dislipemia) y exfumadora desde hace un mes, ERC secundaria a nefroangioesclerosis. EPOC. Estreñimiento crónico y artrosis. Respecto su situación basal: Barthel 95, Lawton-Brody 11, Pfeiffer 0. Acude a Urgencias para valoración por deterioro del estado general y desorientación, tras un ingreso reciente en Medicina Interna, aportando una analítica de control ambulatoria con una natremia 108 mmol/L, que se confirma posteriormente junto una osmolalidad sérica 235,2, urinaria 109,33, sodio orina 22 mmol/L y potasio en orina 18 mmol/L; habiendo sido atendida en dos ocasiones más desde el alta, objetivándose hipotensión 80/40 mmHg; y tres días previos a la consulta tuvo un episodio de desconexión del medio junto movimientos tónico-clónicos en miembro superior derecho. Por lo que ingresa en la UGA, con una alta sospecha de una Insuficiencia Suprarrenal, para tratamiento, evolución y estudio.
Resultados: A su ingreso recibe tratamiento con supresión de diuréticos, dieta rica en sal y suero salino fisiológico; mejorando su nivel cognitivo, así como recuperación parcial de la natremia, sin llegar a obtenerse niveles normales, e incluso disminuyendo a la retirada de medidas en los sucesivos controles. Analíticamente: ACTH < 0,5 picogramo/mL, cortisol 12,2 μg/dL, prueba de provocación a la hora 26,4 μg/dL. Sin detectarse otros déficits hormonales añadidos, ni otras alteraciones. En las pruebas de imagen, radiografía de tórax, TAC de cráneo y RMN, no se observaron datos de interés. Diagnosticándose por tanto de insuficiencia suprarrenal secundaria, con déficit asilado de ACTH. Iniciándose durante el ingreso tratamiento con mineralocorticoides, con resolución del cuadro.
Conclusiones: Si revisamos la literatura existente vemos que el déficit aislado de ACTH es una causa muy poco frecuente de insuficiencia suprarrenal secundaria. Puede observarse de modo aislado o asociado a otras deficiencias hormonales de la hipófisis anterior. En muchos casos su etiología es incierta, en otros se ha atribuido a causas genéticas, autoinmunes o incluso traumatismos.

PC-247. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TABAQUISMO Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

M.D.C. Sánchez García[1], G. Bejarano Avala[2], E. Reyes Gilabert[2] y L.G. Luque Romero[2]
[1]Distrito Sevilla Sur, Sevilla. [2]Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Sevilla.

Objetivos: La periodontitis es una enfermedad multifactorial. El tabaquismo es uno de los factores ambientales que cambia más la susceptibilidad del individuo al desarrollo de la enfermedad. Objetivar mediante el reporte de un caso clínico como la detención del tabaquismo afecta a la periodontitis crónica.
Caso clínico: Varón de 78 años que acude a consulta de odontología por movilidad en los dientes antero-inferiores, con dificultad en la ingesta optando por alimentos de fácil masticación conllevando un aumento ponderal en los últimos meses. Ha intentado dejar el hábito dos veces. La última tras el fallecimiento de su esposa hace 2 años. Refiere infecciones respiratorias de repetición. Vive con su hija quien está presionando para que deje el tabaco y pierda peso. Antecedentes personales: hipertensión arterial, hipercolesterolemia. Tratamiento enalapril y simvastatina. Fumador de 20 cigarrillos/día.
Resultados: Exploración: en el examen intrabucal se objetivaron alteraciones en la encía. Se deriva al médico de familia, toma medidas antropométricas (168 cm de altura y 80 kg de peso, sobrepeso con índice de masa corporal 28,3 kg/m^2), tensión arterial 145/105 mmHg. Test de Fagerström 7 (dependencia moderada). Test de Yesevage 4 (normal). Pruebas complementarias. Analítica con glucemia basal 124 mg/dl, colesterol total de 250 mg/ml, triglicéridos 152 mg/dl, resto normal. Ortopantomografía (pérdida ósea horizontal y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal). Juicio clínico: periodontitis crónica generalizada y síndrome metabólico mal controlado asociado a tabaquismo. Plan de actuación: tratamiento odontológico y pautas de higiene oral. Consejo sanitario con entrevista motivacional. Intervención psicosocial. Tratamiento farmacológico con terapia sustitución de nicotina. Dieta y ejercicio físico aeróbico. Evolución: se mostró colaborador, controló el tabaquismo y la tensión. Las características de la encía fueron compatibles con salud.
Conclusiones: El tabaco puede influir negativamente en la salud periodontal, pues aparecen efectos sistémicos y locales, lo que puede ser debido a sustancias en el tabaco, como la nicotina, con acción vasoconstrictora e inmunosupresora, todo el proceso se acentúa con el transcurso del tiempo. Se debería incluir en la terapia periodontal, programas educativo-preventivos para el cese o eliminación del hábito de fumar, todo ello ayudaría al mejoramiento de la salud bucal.

PC-248. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: DEL CASO AL PROCEDIMIENTO

I. Etxebarria Zurbanobeaskoetxea[1] e I. Garaizar Bilbao[2]
[1]Centro de Salud Rekalde, Bilbao. [2]Centro de Salud Deusto, Bilbao.

Objetivos: Analizar puntos fuertes y débiles en coordinación sociosanitaria. Revisar itinerarios sociosanitarios tomando como ejemplo el caso.
Caso clínico: Mujer de 81 años, viuda, convive con hijo diagnosticado de esquizofrenia. Dos hermanos, con poca relación a causa del hijo. Sospecha de que se encuentra en situación de desprotección y desnutrición. 2011: consulta por problemas de memoria (olvidos de citas con médicos, medicación...). Confiesa que convivir con su hijo se hace insoportable. El neurólogo diagnostica demencia primaria. 2012: alguna consulta telefónica nada más. 2013: vuelve. Su médica aprovecha para comentar la situación en el hogar. La convivencia con su hijo es cada vez más insostenible: ella incluso ha tenido que perma-

necer dos días fuera de casa. La médica propone contactar con la trabajadora social. Está de acuerdo pero prefiere acudir ella por miedo a la reacción de su hijo. La trabajadora social le ofrece ayuda domiciliaria, teleasistencia y realizar una valoración de dependencia. No acepta nada. El neurólogo informa de mala evolución. 2014: se contacta con sus hermanos para intentar nuevamente la valoración de dependencia. No quiere. Posteriormente la trabajadora social contacta con la médica tras aviso de una vecina sobre lo alarmante de la situación. Médica, trabajadora social y una hermana acuden al domicilio. Como no se encuentra su hijo en ese momento acepta la ayuda. Se procede a ingreso hospitalario y disponiendo de recursos económicos, al alta ingresa en residencia privada.
Métodos: Análisis del caso. Revisión de protocolos sociosanitarios. Revisión bibliográfica en Atención Sociosanitaria.
Resultados: Se constata: poco trabajo de prevención para retrasar la situación de dependencia; existencia de colaboración sociosanitaria a nivel primario; falta de seguimiento en el tiempo; falta de incorporación en la coordinación de otros profesionales y familiares, necesaria ante esta situación sociofamiliar.
Conclusiones: Es necesario: realizar más trabajo preventivo. Mejorar la coordinación: valoración integral de la persona en su entorno, implicando en la medida de lo posible a todos/as los/as profesionales, familiares y allegados. Visitas y plan de atención conjunto cuando sea necesario. Sistematizar el trabajo (protocolos) estableciendo seguimientos.

PC-249. UN CASO DE CEGUERA CORTICAL Y ANOSOGNOSIA VISUAL: UN SÍNDROME NEUROLÓGICO POCO COMÚN

J.L. Esquinas Requena, N. Fernández Martínez, J. Martín Márquez, G. Martinón Torres, J. Gil Moreno, V. Mazoteras Muñoz y E. García Carreño
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La ceguera cortical completa y anosognosia visual, conocido como síndrome de Anton-Babinski, constituye un cuadro neurológico raro donde los pacientes afectados niegan su déficit visual y confabulan para rellenar la información sensorial que falta. Sus principales causas son: la enfermedad cerebrovascular isquémica que implica a ambos lóbulos occipitales, el síndrome de encefalopatía posterior reversible y las lesiones ocupantes de espacio, entre otras.
Caso clínico: Varón de 85 años que ingresa por alteración del nivel de conciencia brusca. Antecedentes: HTA; hiperuricemia; Cardiopatía isquémica crónica con VI dilatado ligeramente y disfunción sistólica moderada; I. Mitral moderadamente-severa; I. Ao levemoderada; I. Tricúspide grave con HTP de grado grave y FA crónica. Tratamiento crónico: Acenocumarol, bisoprolol, omeprazol, hidroxil, alopurinol, simvastatina, enalapril, trimetazidina, furosemida y metamizol. Situación basal: Barthel 95/100, FAC 5, Lawton 3/8. CF II/IV NYHA. Sin deterioro cognitivo filiado. Sin problemática sociofamiliar. Exploración física: estuporoso con Glasgow 8/15, Fc 50 lpm, pupilas mióticas con reflejo fotomotor conservado; RCP flexor bilateral, resto muy difícil valoración. Evolución: El TC craneal de las primeras horas no manifestó ninguna lesión aguda, encontrando en la RM cerebral al 4º día lesiones isquémicas subagudas en corteza occipital bilateral, mesencéfalo izquierdo, pedúnculo cerebral izquierdo y ambos cerebelos. En días sucesivos tras estabilidad clínica, los síntomas más característicos fueron ceguera cortical con anosognosia visual, fabulaciones, y alucinaciones visuales asociadas a delirium agudo hiperactivo con ciclos de hipoactividad y somnolencia de difícil manejo clínico.
Discusión: Con los hallazgos clínicos y de imagen se diagnóstica un síndrome del top de la basilar asociando múltiples infartos en regiones dependientes de la arteria basilar de probable origen cardioembólico dado a los antecedentes descritos, destacando el daño bilateral de la corteza calcarina y regiones visuales asociativas causante de este síndrome neurológico.

PC-250. SÍNDROME SEROTONINÉRGICO. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sola Mateos[1], M.J. Hernández Sanz[1], J. Alonso Renedo[2] y M. Gonzalo Lázaro[2]
[1]Residencia Vergel, Pamplona. [2]Hospital de Navarra, Pamplona.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 92 años institucionalizada por dependencia para ABVD en contexto de probable enfermedad de Alzheimer. Presentaba, habitualmente, labilidad emocional con predominio de tristeza y ansiedad-angustia. Por exacerbación de síndrome ansioso-depresivo se aumentó la dosis de venlafaxina. A los días presentó cuadro de rigidez, temblores y mioclonías espontáneas, inquietud grave, taquicardia y 'mirada perdida'. Afebril. Analítica: elevación moderada de enzimas hepáticos con leucocitosis discreta y elevación de CPK (1.500 U/l). Se estableció el diagnóstico de síndrome serotoninérgico, suspendiendo trazodona y venlafaxina. Se inició tratamiento con diazepam y fluidoterapia IV con mejoría de síntomas a excepción de inquietud. Posterior empeora con exitus a la semana en relación a ITU e insuficiencia cardiaca descompensada por sobrecarga hídrica... El síndrome serotoninérgico es una emergencia médica asociada al aumento de la actividad serotoninérgica, generalmente, relacionada con el uso de fármacos con o sin intencionalidad terapéutica. Son muchos los fármacos relacionados con este síndrome y distintos los mecanismos por los que lo producen: acción agonista directa, aumento de síntesis-liberación o de sensibilidad del receptor y disminución de recaptura o metabolismo. Su incidencia real es desconocida e infravalorada, aunque se aprecia un aumento de incidencia, paralelo al uso de agentes serotoninérgicos, con una mortalidad de 2-12% casos. El diagnóstico es clínico y la intensidad de síntomas refleja la actividad serotoninérgica. Debe buscarse una relación temporal: la mayoría de casos aparecen en las primeras 24 horas de cambios o aumentos de dosis de fármacos responsables que son de uso habitual entre nuestros pacientes. La tríada clásica incluye cambios en el estado mental, hiperactividad autonómica y alteraciones neuromusculares, manifestados por un estado neuromuscular hiperquinético, temblor, clonus e hiperreflexia que deben hacer sospechar al clínico un síndrome serotoninérgico. El diagnóstico diferencial incluye, entre otros, al síndrome neuroléptico maligno, la toxicidad colinérgica o la meningoencefalitis. Las medidas terapéuticas incluyen la retirada de agentes serotoninérgicos, el soporte de los parámetros vitales y, ocasionalmente, la administración de antagonistas de la serotonina.

PC-251. TRASPLANTE FECAL MICROBIÓTICO EN LA INFECCIÓN RECIDIVANTE POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN PACIENTE NONAGENARIA

S. Martínez Flores[1], I. Ariza[1], D.Y. Peña[1], K. O'Hara[1], E. Ocaña[2] y F.J. Ortiz[1]
[1]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [2]EAPS San Camilo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: En los últimos años la incidencia y severidad de la diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DACD) ha aumentado de forma dramática, especialmente en los ancianos. La recurrencia de DACD se asocia a una disminución de la diversidad microbiológica fecal. El trasplante fecal de donante sano restaura esta flora y rompe el ciclo de recurrencias. Presentamos el caso de una mujer de 93 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, osteoporosis y estenosis aórtica severa asintomática con buen estado funcional basal. El primer episodio de DACD no027, ocurrió durante un ingreso hospitalario por colecisto-pancreatitis

aguda tratada con ertapenem y posteriormente piperacilina-tazobactam. Inicialmente responde bien a metronidazol. Reingresa en otras 3 ocasiones por recurrencia de DACD, a los pocos días de finalizado el tratamiento con vancomicina. Las dos primeras recurrencias son tratadas con vancomicina en descenso gradual durante 7 semanas, la tercera recurrencia es tratada con fidaxomicina. Después del tercer ingreso la paciente experimenta un deterioro funcional físico y psíquico y se propone tratamiento mediante trasplante microbiótico fecal, de donante anónimo, que la paciente y su familia aceptan. Se valora la calidad de vida, antes y después del trasplante, mediante la escala SF12, observándose mejoría tanto en la percepción de salud física como mental. El trasplante fecal se realiza ingresada, mediante sonda nasoyeyunal, con buena tolerancia, con leve disconfort abdominal que cede en los siguientes días. A los 3 meses del trasplante, no ha presentado ninguna recurrencia de DACD, ha recuperado su estado funcional físico y psíquico y ha mejorado la calidad de vida.

Discusión: La eficacia del trasplante fecal en la resolución de las recurrencias de DACD es conocida y este caso podría extender estos hallazgos a la población nonagenaria. El protocolo óptimo no está claro, pero la administración mediante sonda nasoyeyunal en este caso es eficaz, con resultados inmediatos, bien tolerado y aceptado y asociado a mejoría en la calidad de vida.

PC-252. FRACTURA DE ESTRÉS DEL SACRO

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

Objetivos: Describir la implicación en el correcto tratamiento de la osteoporosis y la fractura de estrés, así como su relación con el deterioro funcional del anciano.

Métodos: Mujer de 89 años con osteoporosis grave y múltiples fracturas vertebrales, que ingresa en la unidad de agudos de Geriatría por insuficiencia cardiaca y dolor intenso en glúteo derecho irradiado a cara posterior de miembros inferiores de una semana de evolución, sin traumatismos previos. Presentaba importante deterioro físico a consecuencia del dolor (ECR 4/5 y Barthel 40/100), buena situación física previa, (Barthel 95/100, ECR 2/5), sin deterioro cognitivo y vivía sola. Recibió tratamiento años anteriores para la osteoporosis con bifosfonatos y teriparatida, tras esta última no recibió ningún otro tratamiento. Se realizó radiografía simple de columna cervical, dorsal, lumbar y pelvis, aparte de osteopenia severa y múltiples fracturas vertebrales crónicas, no se encontró ningún hallazgo agudo que justificase el deterioro físico de la paciente; por lo tanto se solicitó resonancia magnética de columna cervical, dorsal y lumbar. Se observó en columna lumbar edema de médula ósea en alas sacras con morfología en "H" en relación con fractura de estrés del sacro. La paciente recibió analgesia e inició tratamiento rehabilitador en planta, trasladándose posteriormente a Unidad de Recuperación Funcional (URF). Tras el tratamiento en URF la paciente presentó una mejoría de su situación física (Barthel 75/100, ECR 3/5).

Resultados: Observamos una fractura de estrés del sacro osteoporótica, siendo una localización atípica y que su diagnóstico requiere la realización de TC o de RMN, ya que son difícilmente observables en la radiografía simple. La teriparatida es un fármaco osteoformador que tras la finalización del tratamiento, requiere de la asociación de un fármaco antiresortivo para evitar la pérdida acelerada de masa ósea a posteriori.

Conclusiones: El diagnóstico de la fractura de estrés del sacro puede que esté infradiagnosticada al no ser observable en la radiografía simple. Es esencial el correcto tratamiento de la osteoporosis, para evitar las fracturas a largo plazo, el deterioro funcional del anciano y la dependencia, y así conseguir aumentar los años de vida útil.

PC-253. AMELOBLASTOMA MANDIBULAR GIGANTE EN UN PACIENTE NONAGENARIO

E.M. García Carreño, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, V. Mazoteras Muñoz, N. Parras García de León, N. Fernández Márquez y J.L. Esquinas
Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: El ameloblastoma es un tumor benigno, muy infrecuente (incidencia de 0,18 casos/millón), que progresan lentamente. Raramente son malignos o metastásicos. Suelen ser más frecuentes en la segunda a la cuarta década de la vida y afecta a hombres y mujeres por igual. Pueden aparecer en mandíbula o en el maxilar (con una relación 5:1), con mayor frecuencia en la región molar. Existen cuatro subtipos: sólido y multiquístico, uniquístico, periférico. Los ameloblastomas están asociados frecuentemente con la presencia de dientes no erupcionados. Los síntomas incluyen edema indoloro, deformidad facial en casos severos, dolor si la hinchazón comprime otras estructuras, perdidas dentales, úlceras, y enfermedades periodontales. El diagnóstico es radiológico y el tratamiento de elección el quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 90 años, IABVD, sin deterioro cognitivo con AP de HBP, tratamiento habitual con adiro y omeprazol. Consulta en febrero del 2015 por tumoración en tercer cuadrante mandibular de crecimiento progresivo desde hacía 3 meses. Refiere un absceso al inicio del cuadro que no ha repetido. Presenta dolor a la palpación en la zona. En la exploración física: abombamiento vestibular a nivel de 35 hasta teórico 38, con tumoración indurada, no móvil y doloroso a la palpación. No fístulas productivas, ni adenopatías palpables. En las pruebas complementarias: Ortopantomografía: imagen radiolúcida loculada desde 35 ángulo mandibular. TAC Febrero: lesión lítica expansiva a nivel de la arcada mandibular izquierda, de 28 × 22 × 30 mm que rompe la cortical bucal y la lingual con invasión de las partes adyacentes. Biopsia: ameloblastoma de tipo sólido. Inicialmente se opta por tratamiento conservador. Siete meses después consulta por crecimiento muy marcado de la tumoración con dolor, que le produce dificultad para tragar y para hablar. En el TAC con: 73 × 63 × 69 mm, con invasión muscular y adenopatías laterocervicales, por lo que se plantea RT, que se suspendió por mucositis.

Discusión: El ameloblastoma es un tumor benigno muy infrecuente, y mucho más en edades avanzadas. Tras la revisión bibliográfica sólo hemos encontrado otros dos casos descritos en esta década. Este caso es inusual no sólo por la edad de la presentación sino por su rápida evolución y aparición de extensión ganglionar.

PC-254. VARÓN DE 108 AÑOS CON FRACTURA DE CADERA INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Romero Estarlich, J. Zuluaga Gómez, D.Y. Peña Lora, N. Montero Fernández, A. Díaz Vila y J.A. Serra Rexach
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Varón de 108 años de edad con diagnóstico de fractura pertrocantérea de fémur derecho tras caída accidental tras transferencia. Ingresa a cargo de Traumatología para cirugía reglada en la unidad de fractura de cadera de nuestro centro, donde recibe valoración específica y seguimiento médico por parte de Geriatría. Sin antecedentes de interés, era dependiente para la ducha y el aseo personal, manteniendo la independencia para el resto de las ABVD. Barthel 60/100. Caminaba con bastón y supervisión de otra persona. FAC 3. Presentaba deterioro cognitivo leve, de probable etiología neurodegenerativa. Exploración física anodina en el ingreso, salvo soplo sistólico panfocal. Analítica preoperatoria normal. El mismo día del ingreso es intervenido mediante la colocación de enclavado gamma corto. Presentó las complicaciones siguientes: hematoma en miembro inferior derecho, con anemización secundaria que requirió transfusión de 2 concentrados de hematíes, fracaso renal agudo prerrenal y cuadro confusional agudo hiperactivo severo que requirió cuida-

doso manejo farmacológico, logrando completa resolución previa al alta. Tras estabilidad clínica, se inicia proceso de rehabilitación y recuperación funcional de la marcha, presentando buena respuesta y adherencia a programa específico de rehabilitación por lo que se decide traslado a unidad de media de estancia para priorizar recuperación de deterioro funcional. Tres meses después de la cirugía el paciente es capaz de mantener la carga con ayuda de otra persona caminando unos pasos con ayuda de andador y de otra persona. Estable clínicamente sin cuadro confusional.
Discusión: Aunque las fracturas de cadera en centenarios sólo representan un pequeño porcentaje del computo global del total de fracturas de cadera en ancianos (no superior a 0,7-0,8%), sin duda, constituyen el grupo etario geriátrico más complicado, siendo un auténtico desafío tanto para los traumatólogos como para los propios Geriatras. Sin duda, son pacientes con menor reserva funcional y mayor riesgo para el propio procedimiento quirúrgico, durante el postoperatorio y recuperación funcional posterior. Una adecuada valoración geriátrica integral, optimización del tratamiento médico pre- y postoperatorio priorizando la detección precoz de potenciales complicaciones y la recuperación funcional, así como, el trabajo conjunto y diario con traumatología, suponen los ejes centrales y prioritarios del manejo perioperatorio en estos pacientes.

PC-255. FRACASO RENAL AGUDO Y AMILOIDOSIS SISTÉMICA TIPO AA EN NONAGENARIA

V. Romero Estarlich, A. Hernández Benito, S. Martínez, I. Ariza y J.A. Serra
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Mujer de 90 años de edad que ingresa por cuadro de infección respiratoria, fracaso renal agudo y descompensación de insuficiencia cardíaca crónica. Entre sus antecedentes médicos destacan hipertensión arterial, disfunción ventricular diastólica, sin valvulopatías significativas y FEVI preservada con hipertensión pulmonar moderada, fibrilación auricular paroxística anticoagulada y dislipemia. Además contaba con el antecedente de EPOC tipo bronquitis crónica, de aproximadamente 15 años de evolución, estadio III de la GOLD. Desde el punto de vista funcional era dependiente para todas las ABVD. Barthel 25/100. No caminaba.FAC 0/5. Sin deterioro cognitivo. El estudio analítico demostraba elevación de reactantes de fase aguda a expensas de: 30.400 leucocitos (Neu 95,4%) y PCR de 10,8 mg/dl. Asoció fracaso renal agudo severo con creatinina de 4,95 mg/dl y FG 15 ml/min con urea de 221 mg/dl, de etiología parenquimatosa presentando proteinuria en rango nefrótico de aproximadamente 6 g en 24 horas. Función renal preservada con indicios de proteinuria seis meses antes. Resto de pruebas complementarias anodinas. Estudio de autoinmunidad extenso negativo. Durante el ingreso destaca deterioro progresivo de función renal (creatinina máxima 6,11 mg/dl), anemización que requirió transfusión sanguínea, desarrollo de anasarca a pesar de intensificación de tratamiento diurético intravenoso y corticoterapia, así como bacteriemia por *Campylobacter fetus*. Dada la situación basal, sus múltiples comorbilidades y la tórpida evolución clínica fue desestimada para iniciar diálisis por lo que finalmente fallece por fracaso multiorgánico nueve días después del ingreso. Debido a la tórpida evolución clínica y a la ausencia de una etiología clara que explicara el rápido deterioro de la paciente se decidió la realización de necropsia para estudio anatomopatológico que reveló amiloidosis sistémica tipo AA.
Discusión: Cabe destacar de nuestro caso la ausencia de etiología clara que explique el desarrollo del proceso amiloidótico, así como, el curso renal rápidamente progresivo experimentado por nuestra paciente. Probablemente la tórpida evolución clínica experimentada por nuestra paciente sea debido a una conjunción multifactorial en la que el cuadro de descompensación cardio-respiratoria sería el principal protagonista. Concomitantemente el proceso amiloidótico, junto con la edad avanzada y el deterioro funcional grave previo, actuaron como factores decisivos en dicha evolución a pesar de los esfuerzos terapéuticos iniciales. En casos como estos, la realización de una necropsia puede ser acertado.

PC-256. SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO COMO MANIFESTACIÓN DE MICOSIS BUCAL Y OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

M.D.C. Sánchez García[1], E. Reyes Gilabert[2], G. Bejarano Ávila[2] y L.G. Luque Romero[2]
[1]Distrito Sanitario Sevilla Sur, Sevilla. [2]Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte, Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome geriátrico, su prevalencia aumentan con la edad, puede acompañar a otras enfermedades y problemas muy habituales en la vejez. En la práctica clínica muchas veces se comporta como un síntoma sobrevenido en el transcurso de situaciones patológicas. En nuestro caso describiremos el SCA propiciado por micosis oral.
Caso clínico: Acude a consulta de atención primaria una paciente de 85 años traída por su hija, quien refiere que desde hace siete días la notan diferente, presenta insomnio, abandono de sus actividades cotidianas, se irrita con facilidad y se le olvida donde deja las cosas, ha presentado febrícula y se queja de ardor bucal desde hace dos semanas. Pérdida ponderal en los últimos meses y ánimo bajo. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Último ingreso hace 4 meses por neumonía donde le indicaron terapia antibiótica. Tratamiento actual: candesartan, diazepam. Exploración física: desorientación temporal, trastorno de la percepción (alucinaciones visuales), afectación de la memoria reciente y cambios en la escritura lo que denotó lesión cognitiva. En el examen intrabucal se observó placa eritematosa de bordes difusos, superficie depapilada, engrosada, localizada en el dorso de lengua; en la mucosa de paladar placa eritematosa difusa. Pruebas complementarias: analítica discreta leucopenia, albúmina, proteínas y colesterol por debajo de la normalidad. Cultivo de muestra obtenida por raspado de la lengua, paladar y prótesis aislándose *Candida albicans*. Juicio clínico: síndrome confusional agudo. Candidiasis eritematosa (por uso prolongado de antibióticos) y estomatitis subprotésica. Malnutrición proteico-calórica. Tratamiento: nistatina y haloperidol. Tratamiento dietético. Evolución: revisión las dos semanas, donde se observó ligera mejoría de la lesión en lengua y paladar y de la sintomatología. Se autolimitó el cuadro confusional. Se realiza una valoración geriátrica integral (test MNA 17: malnutrición y test de Yesavage 6: depresivo leve). Se programan visitas de seguimiento, se continúa con antimicótico.
Discusión: El SCA puede ser la carta de presentación de una infección localizada como lo fue en este caso. Habitualmente tiene una causa multifactorial. Es importante considerar aquellos cambios que predisponen a un sujeto a presentar SCA e identificar los factores que pueden precipitarlo.

PC-257. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CAÍDAS EN UN PACIENTE GERIÁTRICO

M.T. Domínguez Castillo, M.D.C. Sánchez García y A. Beltrán Martínez
Distrito Sanitario Sevilla Sur, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los síndromes geriátricos son formas especialmente frecuentes de presentación de la enfermedad en la edad avanzada. De origen multicausal, precisan abordaje multifactorial y conllevan alto riesgo de pérdida de autonomía e independencia. La prevalencia aumenta con la edad y la incapacidad, y es frecuente que coexista más de un síndrome geriátrico en el mismo paciente. Describiremos a través de un caso clínico un síndrome geriátrico y un posible abordaje del mismo.
Caso clínico: Acude a consulta un varón de 85 años, refiriendo caída de la cama. Refiere varias caídas recientes, adormecimiento por las mañanas y deterioro estado general en los últimos meses. Antece-

dentes: Ateroma carótida izquierda, accidente isquémico transitorio recurrente, deterioro cognitivo perfil vascular, hipertensión arterial, hiperuricemia, fractura vertebral, fractura cadera derecha, insuficiencia renal. Tratamiento calcio colecalciferol, haloperidol, lorazepam, omeprazol, ácido acetilsalicílico, enalapril, absorbentes. Solicitamos analítica y electrocardiograma. Comentamos caso con enfermera en enlace y trabajador social. Se realiza una valoración geriátrica integral. Funcional: test Barthel 55 (dependiente grave), Índice Lawton 4 (no usa transportes, no asuntos bancarios, no prepara comidas, no hace compras). Social: vive con su esposa de 82 años (muestra carga psico-física), domicilio con barreras arquitectónicas. Cognitiva: Pfeiffer (deterioro cognitivo leve) y Yesavage 6 (depresivo leve). Nutricional: pliegue tricipital por debajo del límite normal, MNA test 17 (malnutrición). Exploración: hipotensión arterial, Norton 11 (alto riesgo úlcera por decúbito), resto de la exploración por aparatos anodina. Analítica: albúmina, proteínas y colesterol por debajo límite inferior de la normalidad, déficit vitamina B12. Electrocardiograma: signos de hipertrofia ventricular izquierda. Diagnóstico: Deterioro cognitivo y síndrome depresivo leve. Malnutrición proteico-calórica. Déficit vitamina B12. Polifarmacia. Caídas de repetición/inestabilidad. Tratamiento: seguimiento de su pluripatología. Ajuste medicación, suspendiendo enalapril. Vitamina B12 intramuscular mensual. Intervención sobre el estado de ánimo. Dieta hiperproteica. Medidas de rehabilitación domiciliaria. Intervención y valoración sobre el cuidador. Enfermera enlace proporciona ayudas técnicas. La trabajadora social gestiona centro diurno de forma temporal.
Discusión: Los síndromes geriátricos originan importante deterioro en la calidad vida y dependencia. El abordaje diagnóstico y terapéutico requiere un valoración integral interdisciplinaria y correcto uso de los niveles asistenciales.

PC-258. A PROPÓSITO DE UN CASO DE FALLO RENAL INDUCIDO POR ANTIHIPERTENSIVO EN ANCIANO

M.T. Domínguez Castillo, C. Barroso Recasens, M.D.C. Sánchez García y J.L. Castro Aragón
Distrito Sanitario Sevilla Sur, Sevilla.

Objetivos: Ilustrar mediante un caso clínico el fallo renal inducido por ARA Ii en ancianos y su manejo.
Caso clínico: Mujer de 88 años con insuficiencia renal crónica (IRC) que acude a Urgencias derivada por su médico por el deterioro acelerado de la función renal y cifras de tensión arterial sistólica (TAS) elevadas de forma mantenida 150-160 mmHg, que no se controlan con el tratamiento con telmisartán. Desde los 3 meses previos a su llegada a urgencias, las cifras tensionales controladas en el domicilio por su hija han permanecido siempre superiores a 140 mmHg e inferiores a 200 mmHg. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, insuficiencia renal grado III. Dependiente por poliartrosis invalidante, vida cama-sillón. Tratamiento habitual: alopurinol, lormetazepam, glibenclamida, omeprazol, acido acetilsalicílico salicílico, telmisartan, duphalac. Exploración física: auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos con soplo sistólico en foco aórtico. Crepitantes en base pulmonar izquierda. Miembros inferiores con edemas simétricos. Se le realiza sondaje uretral en urgencia. Tensión arterial 150/85. Analítica: glucosa 47, urea 123, urato 6,3, creatinina 4,5, bilirrubina 0,16, colinesterasa 4.768, HDL 33, LDL 159, colesterol total 240, PCR 17,3, Hb1Ac 5,5%, TSH 5,67. Leucocitos 9.600 (linfocitosis, eosinofilia) Hb 7,7, plaquetas 179.000, VSG 61. Resto de los parámetros normales. Gasometría arterial: pH 7,44, pCO2 40, pO2 84, Sat O2 97%. Juicio clínico: Insuficiencia renal crónica agudizada por mal control tensional. Diabetes mellitus 2 con buen control. Anemia de trastorno crónico secundaria a insuficiencia renal crónica que ha requerido transfusión.
Discusión: Ante un paciente anciano con enfermedad renal crónica es recomendable, por una parte, efectuar anualmente un cribado de filtrado glomerular y de albuminuria. Resulta también de especial atención evitar la yatrogenia ajustando fármacos al filtrado glomerular, evitando siempre que sea posible el uso de AINE y también la asociación de fármacos que retienen potasio, entre los que se encuentran tanto IECA como ARA II, por lo que la administración de fármacos bloqueadores del sistema renina-angiotensina, en estos pacientes, puede empeorar la patología renal.

PC-259. NEURALGIA POSTHERPÉTICA Y LA IMPORTANCIA DE INDIVIDUALIZAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.I. Porras Guerra[1], J. Pérez-Jara[2], M.A. Helguera[2], M.A. Urbón[1], M.N. Gómez[1] y C.E. Benítez[1]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Hospital de El Bierzo, Ponferrada.

Introducción: Neuralgia postherpética: difícil de tratar y si afecta, a ancianos, mucho más. Por las características de esta población, hay grupos de fármacos a evitar, pero una recomendación de evitar no es una prohibición absoluta de no usar, hay que individualizar, no dejar de tratar.
Caso clínico: Motivo de la consulta: mujer de 93 años acude a urgencias por deterioro general, incapacidad para deambular y negativa a la ingesta. Antecedentes: alergia mórficos. TBC. Depresión. Artrosis. I.R.C. Gammapatía monoclonal/MM. Anemia macrocítica. Valoración social: vive con una hija y su marido. IABIVD. Tratamiento habitual: condrosan, sertralina, pantoprazol, calcio, lorazepam. Enfermedad actual: deterioro general de 1 mes de evolución, no camina, tendencia a ojos cerrados, cefalea moderada-intensa, pulsátil, continua. Herpes zoster oftálmico derecho 4 semanas antes. Acudió 2 veces a urgencias por cefalea, reajustan analgesia y alta por evolución favorable y tratamiento adecuado. Resolución herpes pero persiste deterioro; la familia decide ingreso en centro privado sin mejoría. En domicilio persiste empeoramiento y negativa a la ingesta. Acuden a urgencias. Exploración: consciente, colaboradora, desorientada en tiempo, responde órdenes simples. Tendencia ojos cerrados. No focalidad. Dudosa rigidez de nuca. Palidez, sequedad piel y mucosas, dolor a la palpación hemiabdomen inferior. Pruebas complementarias. Bioquímica: sodio 130. Hemograma: Hb 9,2, VCM 100,5. Coagulación, gases, orina: normal. ECG: sinusal, 78 lpm. Radiografías tórax, abdomen: sin hallazgos. TAC craneal: leucoaraiosis. Punción lumbar: bioquímica normal, células: 1 mononuclear. Microbiología LCR: negativa. PCR: VHS, Enterovirus, VVZ: negativo. Test Coombs directo: (-). Evolución: diagnóstico: neuralgia postherpética, con pobre respuesta a tratamiento analgésico. Ante mala situación añadimos amitriptilina y lidocaína tópica. La paciente mejora. Al alta, independencia para actividades vida diaria. Mantenemos lidocaína y paracetamol. Revisión: recuperación funcional; esperaba leyendo una revista.
Discusión: Prescribir algunos fármacos en mayores está desaconsejado pero debemos individualizar, evitar no es prohibición absoluta. No utilizar los recursos terapéuticos disponibles, aunque el paciente sea mayor, y lo mejor sea evitarlos, puede conducirnos a la claudicación, como en este caso. Diagnóstico/tratamiento correctos; evolución; no la esperada y hospital, familia y paciente claudicaron ante la no mejoría; la edad era causa y motivo para un fatal desenlace en vez de modificar y/o dar tiempo al tratamiento.

PC-260. INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL COMO PREVENCIÓN DE CAÍDAS

N. García Grossocordon, L. Núñez, P. Lorenzo-Fernández, C. Alonso-Bouzon y L. Rodríguez-Mañas
Hospital de Getafe, Getafe.

Introducción: Las caídas constituyen un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por sus consecuencias. Entre las medidas preventivas eficaces destacan las intervenciones multifactoriales.

Objetivos: Mostrar un ejemplo de una intervención multifactorial.
Métodos: Evaluación multidimensional e intervención multifactorial.
Caso clínico: Mujer de 84 años, derivada por caídas de repetición. Son pérdidas de equilibrio con sensación de mareo inespecífico, sin otros síntomas y sin consecuencias graves. Trastorno marcha progresivo de 5-6 años de evolución, con miedo que le inmoviliza. Vida activa hasta institucionalización voluntaria (5 años). Trastorno afectivo secundario con ideas de minusvalía, anhedonia, y apatía. Evaluación terapia ocupacional: áreas desempeño afectadas (autocuidado, roles, ocio) así como los componentes que interfieren en ellas. Contextos y entornos afectados. AVD: I. Barthel modificado 68/100I.Lawton 0/8 SPPB (0.1.1) 2 Velocidad marcha (6 m). 0,42 m/sg (andador). Marcha: dependiente de andador (manejo incorrecto), precisa supervisión continuada por caídas frecuentes, deslizamiento de pies, trayectoria desviada (FAC 2). Falls Efficacy Scale 68/100. Equilibrios y giros inseguros. Fuerza de prensión 10,3 Kg IMA 5,16 Kg/m^2 IME 11,8 Kg/m^2. Cognitivo: LOBO 26/35. Estado emocional: sentimientos de inutilidad y tristeza (secundario a situación funcional y a institucionalización). Diagnóstico: paciente con riesgo alto de caídas en relación a: Factores modificables; sedentarismo, sarcopenia, trastorno depresivo mayor reactivo, síndrome postcaída, psicofármacos. Factores no modificables; déficit visual. Osteoartrosis. Objetivos en la intervención (inicio): aumentar fuerza muscular, corregir equilibrio, corregir y afianzar patrón de marcha, reeducar escaleras, cambiar ayuda técnica. Aumentar autoestima. Fomentar contacto social. Métodos: modelo biomecánico, rehabilitador y perceptivo-sensorial. Resultados (alta). Marcha, con bastón (uso correcto), elevando pies durante su ciclo, buena trayectoria. (FAC 4). Falls Efficacy Scale 21/100. Equilibrios y giros: seguros. AVD; IBarthel modificado 98/100 Lawton 5/8. SPPB (0.2.2) 4. Velocidad marcha (6 m). 0,66 m/sg (bastón). Fuerza de prensión 15 Kg IMA 7,16 Kg/m^2. IME 15,8 Kg/m^2. Revisión (tres meses). Mantiene y continúa con la ganancia funcional. Sin caídas. Realiza ejercicios programados por terapeuta ocupacional (Hospital de Día) y fisioterapeuta (residencia). SPPB (1.2.4) 7 Velocidad de la marcha (6m) 0,7 m/seg (bastón).
Discusión: Con este caso queremos mostrar como una intervención multifactorial mejora el estado funcional y disminuye el riesgo de caídas.

PC-261. MUJER DE 89 AÑOS CON TUMOR RENAL METASTÁSICO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

D.Y. Peña Lora[1], K. O'Hara[1], M. Picher[1], J. Zuluaga[1], A. Hernández[1], E. Ocaña[2] y J. Ortiz[1]
[1]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [2]EAPS San Camilo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Mujer de 89 años con antecedentes de HTA, dislipemia, y cardiopatía isquémica crónica. Situación funcional basal: I. Barthel 90/100. Deambulación normal con bastón. No deterioro cognitivo. Vive sola con buen apoyo de familia. Tratamiento habitual: adiro, omeprazol, atorvastatina, losartan, hidroclorotiazida. E. actual: ingresa en Geriatría, tras alta reciente por absceso renal izquierdo. Valorado por urología se decidió tratamiento con levofloxacino hasta completar 3 semanas, sin necesidad de drenaje. Al persistir fiebre > 38 °C y malestar general vuelve a urgencias. Analítica en urgencias: hemoglobia 9,8 g/dl, leucocitos 18.700 con neutrofilia, plaquetas 365.000, fibrinógeno 957, PCR 17, bioquímica sin alteraciones. Ecografía renal: ectasia pielocalicial con contenido ecogénico en su interior, sospechosos de colección purulenta. Radiografía de tórax: nódulos pulmonares múltiples, con sospecha de metástasis pulmonares. TC tórax-abdomino-pélvico: tumoración renal izquierda necrótica con diseminación metastásica peritoneal, suprarrenal izquierda, pulmonar y trombosis de la vena renal izquierda. Discutido el caso en comité de tumores se recomienda tratamiento paliativo, estando de acuerdo los familiares. Según sus propios deseos, la paciente es informada de los hallazgos y opciones de tratamiento que entiende y acepta y solicita valoración y tratamiento por psicóloga. Empeora clínicamente de forma rápida y es trasladad a la Unidad de Paliativos donde fallece a los pocos días de manera confortable y buen control de síntomas.
Discusión: Este caso despierta un claro interés en el ámbito de la Geriatría, por ser un ejemplo de presentación atípica de las enfermedades en el anciano con un retraso en el diagnóstico por la sospecha de absceso renal. Obliga a reflexionar sobre las múltiples presentaciones nosológicas de una misma entidad, por lo que hay que ser cauteloso en el diagnóstico diferencial cuando al anciano se refiere. Del mismo modo reseñamos, la importancia de la evaluación integral y aproximación holística. En nuestro caso, el trabajar también en sus necesidades psicoespirituales, otorgó a la paciente mayor capacidad de afrontar la enfermedad y confort en los últimos momentos de su vida.

PC-262. PRESENTACIÓN DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO COMO CRISIS HIPERPARATIROIDEA

D.Y. Peña Lora, M. Hidalgo, K. O'Hara, N. González, V. Romero, I. Ariza y J. Ortiz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Varón de 85 años, que como antecedentes de interés presenta hipertensión arterial, Ictus de ACM izquierda con leve disfasia residual, fibrilación auricular, litiasis renal tratado mediante litotricia e hiperplasia benigna de próstata. Funcionalmente era independiente y sin deterioro cognitivo previo. Tomaba acenocumarol, digoxina, hidroclorotiazida, alopurinol y finasteride. Remitido a urgencias por "mareos" sin giro de objetos y con inestabilidad en la marcha, confusión y empeoramiento en el lenguaje. En urgencias presentaba creatinina 1,5 mg/dl e hipercalcemia (15,4 mg/dl). TC cerebral sin cambios agudos. Tras confirmarse la calcemia se inicia tratamiento correctivo y se cursa ingreso en Geriatría para estudio y tratamiento. Refería que desde hace 1 año presentaba esta sintomatología y que 2 meses antes del ingreso inició tratamiento con vitamina D (hidroferol), tras lo cual la sintomatología empeoró. Aporta analítica de unas 3 semanas antes: Vitamina D 21 ug/L, calcio 13,6 mg/dl y PTH 326 ng/L. Analítica en planta destaca: calcio 12,6, vitamina D 113 ug/L, PTH 326 ng/L, fosfato 2,0 md/dl, marcadores tumorales negativos, proteinograma normal. Se sospecha de un hiperparatiroidismo Primario (HPTHP) sintomático, empeorado por tratamiento con vitamina D e hidroclorotiazida. El diagnóstico se confirmó, mediante ecografía y gammagrafía de cuello donde se objetivó un adenoma paratifoideo derecho de 22 mm, iniciándose tratamiento con Mimpara, previa valoración de endocrinología. Se realizó TC body, sin objetivarse ninguna otra alteración. En planta mejora neurológicamente y se corrige metabólicamente con función renal y calcio normales.
Discusión: La presentación aguda de un HPTHP es rara y más aún en los ancianos. Suelen presentarse cambios en el estado mental y calcio mayor de 15 mg/dl. Este caso probablemente está relacionado con la intoxicación por vitamina D además de HPTHP. Un segundo aspecto a resaltar es poner énfasis en evitar errores en la toma de medicaciones.

PC-263. SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER EN PACIENTE ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. González Medina, M.E. González Medina, A.B. Palomo Cañestro, F. Villanueva Pardo, A. Salinas Barrionuevo y M. Franquelo Vega
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar un cuadro de neuralgia amiotrófica en anciano tras una infección por herpes zoster.
Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer de 81 años, que acude a urgencias por dolor súbito e intenso en hombro de varios

días de evolución sin antecedente traumático previo seguido de pérdida de fuerza y de movilidad de hombro afecto. Ha tenido un cuadro catarral reciente. Niega fiebre. Antecedentes personales: alérgica a piroxicam. Hipertensión. Diabetes mellitus tipo II. Síndrome ansiosodepresivo. Osteoporosis. Anemia ferropénica. No hábitos tóxicos. Tratamiento: glicazina 30 miligramos cada 8 horas, lormetazepan 2 mg antes de acostarse. Latanoprost 2 gotas cada 24 horas. A la exploración: Buen estado general. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Piel: lesiones vesiculosas desde región cervicodorsal hasta mano derecha a lo largo del miembro superior derecho, sugestivas de herpes zoster y alteración en movilidad: paresia a la elevación y abducción del hombro. Ante la sospecha de complicaciones posibles del herpes zoster: neuralgia postherpética y parálisis motora segmentaria, se solicitó radiografía, ecografía y electromiografía de la extremidad superior izquierda. La radiografía y la ecografía no mostraron alteraciones significativas. La electromiografía fue informada como indicativa de neuralgia amiotrófica del hombro izquierdo en su variante de mononeuritis múltiple (afectación de los nervios axilar y supraescapular derechos). Se inició tratamiento con aciclovir y gabapentina. Durante su estancia hospitalaria presentó evolución favorable con mejora de la movilidad del miembro superior derecho y buena progresión hacia la curación de las vesículas del herpes zoster. A los 7 días de terapia se derivó a rehabilitación para inicio de tratamiento fisioterápico.

Discusión: El síndrome de Parsonage-Turner es un cuadro de etiología desconocida que en algunos casos debuta tras una infección vírica, como la del herpes zoster. Es poco frecuente en ancianos, pero debemos valorar su diagnóstico ante dolor súbito de hombro sin antecedente traumático, seguido de debilidad proximal del brazo. El estudio electrofisiológico es clave para la confirmación del cuadro.

PC-264. PACIENTE ANCIANO Y DIAGNÓSTICO TARDÍO DE VIH

V. Guerrero Cedeño[1], R. Sander[1], C. Jimeno[2], T. Omiste Sanvicente[2], A. Narivion[1], M. Egido[2] y J. Galindo[1]
[1]Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca. [2]Hospital General San Jorge, Huesca.

Introducción: La infección por el virus inmunodeficiencia adquirida (VIH) afecta principalmente a personas, activas sexualmente o adictas a drogas por vía parenteral; sin embargo, en la actualidad es evidente un envejecimiento progresivo de la población infectada. Actualmente se define como paciente VIH/SIDA de edad avanzada a aquellos personas mayores o iguales a 50 años y como "paciente mayor" al paciente que supere los 65 años. En España, el porcentaje de casos de SIDA notificados al Registro Nacional de SIDA cuya edad al diagnóstico era de 50 años o más aumentó desde el 3,2% en 1986 hasta el 28,1% en 2013. Entre el 2008-2013, el porcentaje de fallecidos por VIH/SIDA con 50 años o más ascendió del 12,8% al 44%.

Caso clínico: Varón de 69 años, independiente para ABVD, ECRM 1. APP: HTA, dislipemia, parálisis facial izquierda y hematoma subdural parietal derecho. Ingresa por disnea de 10 días de evolución, progresiva hasta hacerse de reposo con tos y expectoración abundante. "Lengua sucia", pérdida de aproximadamente 6 kg de peso y lesiones cutáneas múltiples, no pruriginosas, desde hacía 6 meses, que iban aumentando en número. Exploración física: afebril, TA: 105/70 mmHg, FC: 115x', FR: 26x', Sat O2 (FiO2 21%): 78%. En cavidad oral, placa blanquecina espesa con aspecto aterciopelado dorso de la lengua. A la auscultación pulmonar, crepitantes finos dispersos bilaterales. En EII edemas bimaleolares. En piel, múltiples lesiones cutáneas violáceas, sobreelevadas, que no desaparecían a la digito presión, resto poco contributivo. En los análisis, hipoproteinemia, insuficiencia respiratoria global e infiltrados intersticiales con componente alveolar en la Rx tórax. Se obtuvo biopsia cutánea con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi, esputo inducido positiva para *Pneumocystis jiroveci*, lengua con leucoplasia vellosa y serología VIH positiva para VHI-1, con carga viral: 17.959 copias y CD4: 56. Se inició tratamiento con buena evolución clínica, sin embargo, a los 12 días de tratamiento empeora requiriendo UCI.

Discusión: Se puede afirmar que la población anciana con VIH representa un grupo sustancial dentro del total de casos con VIH en la actualidad y que está en continuo crecimiento.

PC-265. CARCINOMA NEUROENDOCRINO TÍMICO EN VARÓN DE 80 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Díaz Vila, S. Martínez, J.A. Serra y E. Marañón
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Varón de 80 años con antecedentes de EPOC sin OCD, vasculopatía arterial periférica intervenida y ulcus gástrico operado hace 30 años. Situación basal previa al comienzo de la clínica del caso: independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Deambulación con ayuda de bastón. Sin deterioro cognitivo. Viudo, vivía con una hija. Tratamiento habitual: hierro oral. Enfermedad actual: se encontraba en seguimiento en nuestras consultas por deterioro del estado general y síndrome constitucional, por lo que se solicitó TAC toraco-abdomino-pélvico que mostraba una voluminosa masa mediastínica anterior. Se programa ingreso para estudio, no llegando al mismo ya que acude antes por urgencias por disnea, donde se detecta neumonía y se ingresa para tratamiento y completar estudio. En las pruebas complementarias no se detectaban metástasis a distancia, pero sí adenopatías torácicas. La masa mediastínica sólida y muy vascularizada planteaba diagnóstico diferencial de tumores agresivas de mediastino anterior, debiéndose considerar linfoma, timoma invasor, tumoraciones germinales agresivas y sarcomas. Se objetivaron además en la analítica sanguínea datos de malnutrición con marcadores tumorales normales. Inicialmente presenta clínica favorable, pero al séptimo día del ingreso comienza con disnea intensa y agitación que requieren altas dosis de morfina y midazolam para control sintomático. Ante el deterioro progresivo y la masa con datos de agresividad se decide en conjunto con la familia abordaje paliativo falleciendo en los siguientes días. Se solicita necropsia que revela carcinoma neuroendocrino bien diferenciado tímico.

Discusión: Se presenta este caso por la baja incidencia de este tipo de tumores a nivel mundial, sobre todo en el rango de edad del paciente, demostrando la agresividad del mismo, puesto que el fallecimiento en este caso se produce a los 3 meses del comienzo de la clínica.

PC-266. CONSECUENCIAS DEL MAL CONTROL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN UN PACIENTE CON DEMENCIA

M. Asenjo Cambra[1], M.A. Caballero Mora[1], M. Valdés Aragonés[1], B. Contreras Escámez[1], J. Peco Torres[1], N. Fernández[1] y L.M. García Santos[2]
[1]Hospital Universitario de Getafe, Getafe. [2]Complejo Hospitalario, Toledo.

Introducción: Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias son un conjunto heterogéneo de alteraciones de la conducta, percepción, contenido del pensamiento o del ánimo, de gran repercusión asistencial y sociofamiliar. Su tratamiento se basa en medidas no farmacológicas y farmacológicas, previa evaluación del paciente y sus peculiaridades.

Objetivos: Ilustrar la variabilidad de síntomas neuropsiquiátricos, el difícil manejo farmacológico en casos de refractariedad, y los problemas familiares y asistenciales generados.

Métodos: Exposición de un caso clínico, revisión de la historia clínica y farmacológica de un paciente con demencia tipo Alzheimer.

Caso clínico: Mujer de 70 años. Institucionalizada. Probable demencia tipo Alzheimer Severa GDS 6/7, DABVD. Intenso vagabundeo. MAP

indica haloperidol gotas (5-5-10), sin mejoría tras 40 días y al que se añade posteriormente bruxismo. Acude a Neurología, retira haloperidol e inicia memantina 20/24h, mirtazapina 15/24h y quetiapina 25/12h. Tras 5 meses sin mejora acude a Urgencias por delirium hiperactivo, se añade olanzapina 5/12 h. En el mes siguiente, 3 visitas a Urgencias por caídas de repetición que generan ingreso en Geriatría por TCE. Al alta acude de nuevo a Urgencias con contractura cervical por lo que añaden diazepam 5/12h y Enantyum 25/8h. Tornó a los 7 días, adicionando Tranxilium 5/12h e Ibuprofeno 600/8h. Volvió a Urgencias, se solicitó PIC a Geriatría para valoración de paciente con caídas de repetición, vagabundeo, agitación psicomotriz, bruxismo y contractura cervical. Se retiró progresivamente diazepam, clorazepato dipotásico, mirtazapina y olanzapina. Además, se sustituyó Enantyum e Ibuprofeno por paracetamol alternando con metamizol, parches de lidocaína y medidas físicas locales. Se añadió pregabalina y mantuvo quetiapina. Mejoría del cuadro tras los ajustes.
Discusión: El mal control de los trastornos de conducta en demencia es frecuente; conlleva un aumento de visitas a Urgencias, la consiguiente polifarmacia, ingresos hospitalarios, sobrecarga familiar y aumento de costes sanitarios. Una adecuada formación psicogeriátrica puede optimizar estos aspectos.

PC-267. CISTITIS ENFISEMATOSA SECUNDARIA A APENDICITIS EVOLUCIONADA EN UN PACIENTE CON NEOVEJIGA

P.A. Hernández Zegarra, S.M. Carmona Lambooy
y J. González-Spínola San Gil
Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: La cistitis enfisematosa (CE) es una patología infecciosa del tracto urinario poco frecuente que se caracteriza por la presencia de gas en la luz y paredes de la vejiga.
Caso clínico: Varón de 82 años con los siguientes antecedentes: alergia a sulfamidas, HTA, DM tipo 2, EPOC enfisematoso leve, fibrilación auricular permanente, enfermedad coronaria, miocardiopatía hipertrófica, cistectomía por carcinoma vesical hace 30 años con neovejiga ileal ortotópica, ingreso 30 días previos por neumonía adquirida en la comunidad cursando con sepsis con bacteriemia por ITU por *E. coli* tratado con imipenem; en tratamiento habitual: acenocumarol, AAS, diltiazem, vildagliptina, atorvastatina, omeprazol y formoterol-budesonida. VGI: Katz A, Barthel 95, FAC 4, sin alteración cognitiva. Ingresa con cuadro clínico compatible con una insuficiencia respiratoria aguda con insuficiencia cardiaca descompensada y derrame pleural derecho secundaria a infección respiratoria no condensante, iniciándose antibioticoterapia empírica con levofloxacino y amoxicilina-ácido clavulánico con buena evolución clínica. Presentando como complicación rectorragia filiándose a través de colonoscopia adenocarcinoma rectal, con estudio tomográfico de extensión que mostraba una apendicitis evolucionada con colecciones intraabdominales, iniciándose ceftriaxona y metronidazol. En días posteriores presenta neumaturia y elevación de reactantes aguda, realizándose control radiológico que evidencia gas masivo en la luz y pared de la neovejiga, así como autodigestión del apéndice que ha perforado la neovejiga. Siendo esto compatible con CE se inicia imipenem, colocación de sonda vesical y drenaje por ecografía de colección subcapsular hepática visualizada previamente. La evolución es favorable con remisión de la clínica y de los marcadores inflamatorios completándose tratamiento oral con ciprofloxacino y metronidazol durante 14 días.
Discusión: A pesar de ser una patología infrecuente, no encontramos referencias a que dicho proceso se desarrolle en una neovejiga y de forma secundaria a una apendicitis evolucionada. El paciente cumple todos los factores de riesgos descritos, edad avanzada, diabetes, inmunosupresión por adenocarcinoma de recto, disfunción de la vejiga e instrumentación urológica, salvo que es de mayor presentación en mujeres. La neumaturia se presenta en una cuarta parte, no presentándose dolor abdominal que se describe en el 80% de los casos, siendo la radiología necesaria para el diagnóstico especialmente la tomografía.

PC-268. ÍLEO BILIAR, UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

P.A. Hernández Zegarra, S.M. Carmona Lambooy
y J. González-Spínola San Gil
Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: El íleo biliar (IB) es una obstrucción intestinal mecánica infrecuente secundaria a la presencia de un cálculo biliar en la luz intestinal.
Caso clínico: Varón de 84 años, con los siguientes antecedentes: no alergias conocidas, dislipemia, parkinsonismo: posible EP idiopática vs PSP, enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso, miocardiopatía hipertrófica, disfunción diastólica, aplastamiento vertebral L3, colelitiasis con episodio de coledocolitiasis resuelto con CPRE hace años e HBP, en tratamiento con: carbidopa, entacapona, levodopa, rotigotina, rivastigmina, dutasterida, tamsulosina, AAS y pantoprazol; VGI: Katz E/F, Barthel 30, FAC 2-3, demencia moderada con disfagia neurógena. Presenta cuadro de 5 días con estreñimiento, vómitos oscuros sin dolor abdominal y disminución de la ingesta las últimas semanas. La exploración física destaca SNG con débito de 500 ml bilioso, abdomen blando y depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreo escasos. Los exámenes complementarios destaca leucocitosis, ligera azoemia sin alteraciones electrolíticas con marcadores tumorales digestivos normales, la radiografía abdomen presenta dilatación de asas de intestino delgado y cámara gástrica con niveles hidroaéreos; solicitándose tomografía abdominopélvico objetivándose aerobilia central, aumento de densidad de la grasa perivesicular con vesícula biliar con gas y contraída en contacto con bulbo duodenal y presencia de cálculo hipodenso en la luz intestinal de 3 cm en flanco izquierdo. Ante los hallazgos se realiza de carácter urgente una laparotomía exploradora con enterotomía y extracción de cálculo a las 24 horas de hospitalizado, presentando como complicaciones al cuarto día evisceración que se repara con colocación de malla supraaponeurótica además de cuadro sepsis urinaria en el postoperatorio.
Discusión: Como se describe en la literatura, su incidencia se asocia con edad avanzada, pacientes con comorbilidades y antecedente de patología biliar como es el caso, salvo que se describe una mayor presentación en mujeres. La radiografía simple de abdomen es poco sensible y específica, solo objetivamos signos de obstrucción de intestino delgado en este caso de la triada descrita en la bibliografía, siendo la tomografía el estudio diagnóstico de elección. El tratamiento es quirúrgico, en dos fases tal como se realizó, la enterolitotomía es la indicación en pacientes con alto riesgo quirúrgico para posteriormente valorar un procedimiento biliar.

PC-269. PSICOSIS INDUCIDA POR L-DOPA

M. Perelló Alonso, P. Ivanov, M. Guerrero y D. Torres
Sagrat Cor Serveis de Salut Mental, Martorell.

Introducción: Uno de los problemas que se ha asociado con el tratamiento antiparkinsoniano tras periodos largos de administración ha sido la aparición de síntomas psicóticos. Estos cuadros suelen asociarse a edades avanzadas, presencia de deterioro cognitivo, antecedentes de enfermedad psiquiátrica y dosis elevadas de anticolinérgicos.
Caso clínico: Descripción de un caso clínico de paciente con diagnóstico de enfermedad de Parkinson que tras aumentar la dosis de L-dopa presenta sintomatología compatible con un episodio psicótico. Se trata de un paciente de 78 años con antecedentes patológicos de: ACxFA, DB tipo II, HTA y enfermedad de Parkinson que se muestra progresivamente más irritable y ansioso, empeorando su autonomía para las ABVD y llegando a presentar heteroagresividad física y verbal

que desbordó la capacidad de contención en el Centro de Día a donde acudía diariamente, siendo necesaria la intervención de las Fuerzas de Orden Público y el SEM. Se descartó cualquier proceso orgánico agudo que pudiera causar el cuadro. Al no responder al tratamiento con neuroléptico en dosis y tiempo adecuados se procedió a realizar limpieza farmacológica, retirando progresivamente el tratamiento con L-dopa y manteniendo al mismo tiempo el tratamiento con neuroléptico. Al retirar el tratamiento con L-dopa, fluoxetina y omeprazol, mejoró paulatinamente su capacidad de orientación, el contacto interpersonal y la tolerancia a la frustración, llegando a hacer crítica del episodio de agitación psicomotriz.
Discusión: Un síndrome confusional en un paciente en tratamiento con L-dopa y en el que se han descartado procesos orgánicos agudos debe considerarse la posibilidad de que se trate de una psicosis provocada por este fármaco, ya que la L-dopa puede causar en un 18% de los casos un estado de psicosis con desorientación, agresividad y dependencia para las ABVD por excesiva estimulación de las vías dopaminérgicas mesocorticales y mesolímbicas y que es reversible al retirar el tratamiento.

PC-270. ANCIANO CON FRACTURA PATOLÓGICA SECUNDARIA A LA EVOLUCIÓN MALIGNA DE UNA PARAPROTEINEMIA

G. Martinón Torres, N. Parras García de León, J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, E. García Carreño, V. Mazoteras Muñoz y J.L. Esquinas Requena
Hospital General Universitario, Ciudad Real.

Caso clínico: Varón 85 años, IABVD, HTA, FA crónica, insuficiencia aórtica, exfumador, hiperplasia nodular prostática. Diagnosticado hace años de gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI), que por decisión propia y familiares recusaron seguimiento. Ingresa en S. Geriatría por pérdida de peso y hombro doloroso con limitación funcional progresiva. Los meses anteriores, infecciones urinarias de repetición. Analítica: SS: leucos 4,9 (70% N, 14%L) Hb 10,2, plaq 233.000, VSG 70. BQ: urea 98, creat 3,44, Ca 14, 2 bglob > 20. Orina 24 h: vol 1100 cc, prot totales 413, prot 24h: 4.543, microalbuminuria 24h: 112,31, creat 24h: 616. aclar creat:12,44, cociente MA/creat 0R 24h:182,32. Cadenas ligeras lambda orina: 975. Proteinograma: prot 5,6 alb 47.4% a1 glob 8,9% a2 glob 14,2% bglob 16% dglob 13,5%. Banda monoclonal región d 4,8% (0,27 g/dl) Cadenas ligeras lambda. Banda monoclonal región d 1,6% (0,09 g/dl). IgA lambda. TAC tórax: lesiones líticas algunas con masa de densidad partes blandas adyacentes, en múltiples cuerpos vertebrales, múltiples arcos costales y ambos huesos ilíacos. Fractura patológica a nivel tercio distal de clavícula izquierda. Próstata de tamaño normal con múltiples calcificaciones. TAC columna: lesión lítica en porción lateral derecha D11 y otra lesión lítica hiperinsuflante en arco costal derecho adyacente. Mielograma: plasmocitosis 83%. Inmunofenotipo: 37% células plasmáticas con fenotipo mielomatoso. Durante el ingreso se controla el dolor y se trata la hipercalcemia maligna. Se mantuvo tratamiento con dexametasona y se inició bortezomib. Presentó buena tolerancia y mejoría del dolor, aunque persistía inmovilidad. A los 20 días, presenta episodio brusco de desaturación y parada cardiorrespiratoria, y fallece con sospecha de tromboembolismo pulmonar.
Discusión: Ya que se trata de una patología de curso indolente, es necesario un seguimiento periódico e indefinido de la gammapatía monoclonal de significado incierto, dada la imposibilidad de definir la transformación a mieloma múltiple. En el seguimiento es de interés la monitorización del hemograma, VSG, proteinograma, función renal, calcemia, así como la sintomatología ósea de nueva aparición. Es importante identificar factores predictivos de la posible progresión (tamaño de la proteína monoclonal, tipo de Ig, proporción células plasmáticas) para establecer estos controles periódicos, teniendo en cuenta la adhesión del paciente a sus regímenes de controles seriados.

PC-271. INFARTO EN TERRITORIO ESTRATÉGICO EN PACIENTE QUE ACUDE POR DETERIORO FUNCIONAL DE INICIO BRUSCO

B.A. Cedeño Veloz, B. Contreras Escámez, J. Illán Moyano, N. Fernández González, J. Peco Torres y M. Asenjo Cambra
Hospital de Getafe, Getafe.

Introducción: El deterioro cognitivo secundario a infarto estratégico es una entidad clínica que afecta a un territorio cerebral responsable de funciones cognitivas muy concretas, siendo los casos en ancianos una presencia testimonial en la bibliografía. A propósito de ello exponemos un caso clínico representativo.
Caso clínico: Paciente de 86 años, sin antecedentes de interés salvo: HTA esencial con cardiopatía hipertensiva secundaria e ictus aterotrombótico en territorio vertebro-basilar izquierdo hace 2 años, con trastorno de la marcha y caídas residuales; motivo por el cual está antiagregada con Adiro y realiza seguimiento en nuestra Consulta Monográfica de Caídas. Consulta por cuadro de desorientación temporal y abandono de las actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria; así como inquietud y déficit de atención no fluctuantes. Niegan signos o síntomas acompañantes en días previos. Dado todo ello, se realiza de forma urgente ECG con hallazgo de flútter auricular de conducción variable y cronología incierta; así como TC de cráneo sin alteraciones con respecto a sus previos. Ingresa a nuestro cargo para estudio con sospecha de infarto en territorio estratégico. Realizamos RMN en la que se objetiva lesión isquémica aguda que afecta de manera extensa al cuerpo del hipocampo izquierdo y giro hipocampal ipsilateral, alcanzando la crura del fórnix y el esplenio del cuerpo calloso. MEC de Lobo 23/35. EEG: sin anomalías epileptiformes. Diagnóstico final: deterioro cognitivo secundario a ictus cardioembólico en territorio estratégico. Se retira Adiro, introduciendo anticoagulación y sertralina por síndrome ansioso-depresivo. Situación funcional al alta: ECRF 3 puntos, ECRM de 2 puntos; pasa a vivir con sus hijas. Realizamos seguimiento en nuestra Consulta Externa, pautando ejercicios de Estimulación Cognitiva y actividad física. En controles posteriores la paciente recupera su función física previa al ictus, quedando deterioro cognitivo leve y trastorno depresivo bien controlado con desvenlafaxina (se retira sertralina por ineficacia).
Discusión: El deterioro cognitivo secundario a ictus en territorio estratégico puede presentar una gran variabilidad clínica, con una importante repercusión a nivel funcional en nuestros pacientes. Es preciso por tanto tener presente esta entidad clínica en el diagnóstico diferencial.

PC-272. PRIMERA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO CON APÓSITOS DE FIBRAS DE POLIACRILATO CON HIDROCOLOIDE Y COMPONENTES LIPÍDICOS

F. Pozo Rodríguez y M.I. Bujosa Taylor
Hospital General de Mallorca, Palma de Mallorca.

Introducción: Las heridas crónicas cada vez son más prevalentes por la mayor fragilidad de nuestros pacientes y están cada vez más presente en el ámbito sociosanitario, que hace necesario el estudio y búsqueda de nuevos elementos que ayuden a mejorar la recuperación tisular en sus úlceras y heridas. Carmen, ingresa para su rehabilitación y convalecencia en el Hospital General, el 21/01/2015, tras intervención de fractura de cadera izq. A.P: Alzheimer, síndrome inmovilismo, HTA, Barthel: 10, Braden: 12. Presenta UPP Estadio II en región sacrolumbar de 8 cm. de diámetro y UPP Estadio II en talón izquierdo.
Objetivos: Demostrar la eficacia del tratamiento en la desbridamiento y curación de las UPP, para: eliminar la fibrina de las úlceras, evitar los sangrados, mantener el medio húmedo óptimo, proteger la piel perilesional, retirada del apósito de forma atraumática e indolora.
Métodos: Estudio observacional con hoja de registro y fotos de las úlceras para un seguimiento correcto y estricto, estableciéndose la pauta de curas en base a los apósitos de poliacrilato microadherente lipo-coloidal y los apósitos de hidrofibra pura en tira (Mecha), juntamente con los apósitos de espuma de poliuretano con gel y silicona

adhesivos. Se realizan las curas cada 72h, un total de 8 curas desde el inicio hasta el final del estudio (duró 21 días).
Resultados: Desbridamiento inicial de la úlcera, dejando al descubierto la herida interna, con evidente mejoría de la fibrina, exudados y limpieza completa de la herida, en un tiempo más rápido y con menor nº de curas que usando otros tipos de desbridantes y alginatos.
Conclusiones: Con estos productos se ha conseguido una evidente mejora en la cura de úlceras tórpidas de difícil curación, junto a la rapidez de una evolución favorable y la cicatrización de las UPP, suponiendo una importante disminución en la carga de trabajo del profesional en pacientes altamente dependientes. Por ello, disponer de apósitos que disminuyen el nº de curas y acortan el tiempo de cicatrización a un coste razonable, representa una clara eficiencia para la mejora en los cuidados sociosanitarios.

PC-273. HIPOTERMIA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

E.M. García Carreño[1], G. Martinón Torres[2], D. Prada Cotado[2], J. Gil[2], J. Martín Márquez[2], J.L. Esquinas Requena[2] y N. Parras[2]
[1]Capio Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès. [2]Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: Hipotermia es un síndrome geriátrico que se define como el descenso de la temperatura corporal por debajo de 35 °C.
Casos clínicos: Caso clínico 1: mujer de 89 años que hasta fallecimiento de su consuegra con la que convivía era IABVD, tras esto deterioro progresivo funcional hasta dependencia total los últimos días. Previamente presentaba un síndrome depresivo de larga data, pero a raíz de esto presenta pérdida de memoria de hechos recientes, apraxias, agitación psicomotriz y vagabundeo. Vive en C. Real en piso sin calefacción con su hijo y una cuidadora desde años. AP: HTA y sdr depresivo. Tratamiento: omeprazol, AAS, enalapril, mirtazapina, bromacepam, lormetazepam y risperdal. En noviembre es encontrada en su domicilio en el suelo desnuda con bajo nivel de conciencia, disartria, bradicardia y contusión frontal. A su llegada a Urgencias no se le detecta la temperatura, tras calentarla como primera toma temperatura de 32 °C, TA 93/50, bajo nivel de conciencia, no focalidad y bradicardia sinusal a 40 lpm con QT alargado y onda J de Osborn. La paciente está caquéctica y presenta roncus dispersos en todos los campos pulmonares. En TAC craneal: atrofia cortical, no datos de ECV. Caso clínico 2: mujer de 86 años, con deterioro funcional progresivo en los últimos meses y caída de repetición. No deterioro cognitivo y vive con su esposo en C. Rea. Ap de HTA; DM e hipertiroidismo. Tto: tirodril, olmersartan/hidroclortiaida y competac. Había presentado caídas de repetición, y los días previos cuadro catarral. La encuentran en el suelo caída, donde ha estado al menos 20 minutos, sin aperiente pérdida de conciencia disártrica, bradipsicuqica, con disminución de fuerza en hemicuerpo derecho, 33 °C, normotensa, fc 15, bradicaria sinusal 40 lpm, infiltrado basal derecho en Rx tórax, no datos de ECV en TAC urgente, desnutrición calórico proteica.
Discusión: En ambos casos tras medidas de calentamiento se normalizaron las alteraciones presentadas en ECG y constantes, y nivel de conciencia. La disartria desapareció en el primer caso, no así en el segundo que fue debida también a ECV agudo. En ambos cansos concurrían varios factores de riesgo y se manifestó en la alteración de diferentes aparatos.

PC-274. FEOCROMOCITOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

M.M. Andrade Colorado[1], U. Castro Ortega[1], S.O. Pazarán Zanella[2] y M.C. Gómez Ramírez[2]
[1]Secretaria de Salud, Primer Nivel. [2]Sector Salud, Enseñanza e Investigación.

Introducción: El feocromocitoma es un tumor poco común en la práctica médica, tiene su origen en las células cromafines de la medula supra-renal, que sintetizan y liberan niveles elevados de catecolaminas. Análisis y revisión de feocromocitoma en el adulto mayor.
Caso clínico: Mujer de 53 años de edad, con síntomas de un año de evolución; caracterizado por cefalea universal pulsátil, sensación de opresión retroesternal, palpitaciones, palidez de las manos; relacionados con el esfuerzos y disnea en reposo. El 0,1% de hipertensos tiene esta neoplasia, la medida de la edad se estima a los 40 años. Se rige por la regla de los dieces (10% bilaterales/10% extra-adrenales, 10% son malignos). Las catecolaminas actúan: sistema vascular (vasoconstricción arteriolar/aumento de las resistencias periféricas totales/hipertensión). Corazón: aumento del ritmo cardiaco, de la contractililidad y de la conductibilidad. Riñón: estimula el sistema RAA aumenta la reabsorción de sodio. Metabólicos: gluconeogénesis y supresión de insulina producen elevación de la glucosa. Diagnóstico: resultados de Laboratorio: metanefrinas en orina de 24h 4.066 mg/24h ácido vanilmandélico 12.7. RMN lesión tumoral localizada en la glándula suprarrenal derecha.
Discusión: Comunicar la necesidad de realizar una adecuada semiología y diagnóstico diferencial de feocromocitoma en el adulto mayor.

PC-275. CONSECUENCIAS NEFASTAS EN LA DEMORA DE LA CIRUGÍA DE LA HIPERPLASIA DE PRÓSTATA

G. Martinón Torres, L. Calahorra Fernández, J. Martín Márquez, J. Gil Moreno, N. Parras García de León, D. Prada Cotado y N. Fernández Martínez
Hospital General de Ciudad Real.

Caso clínico: Varón 81 años, médico jubilado, HTA, hipotiroidismo, síntomas tracto urinario inferior (STUI) de larga evolución, que no había querido consultar, desoyendo los consejos de compañeros de profesión. E. actual: acude a urgencias por astenia, pérdida 7 kg, náuseas y vómitos, en los últimos 3 meses. Desde 5 meses antes refería dolor abdominal, incontinencia urinaria nocturna, frecuencia miccional diurna cada hora y nicturia 5 veces. Dificultad para inicio micción, sensación vaciado incompleto. Ingresa en Geriatría para estudio de S. Constitucional y corrección alteraciones metabólicas. E. física: crepitantes bibasales; efecto masa hipogastrio: globo vesical; edemas maleolares; próstata muy aumentada de tamaño de consistencia adenomatosa. Analítica: Creat 12 mg/dl, K 6,8 mmol/l, Hb 9 g/dl, Hcto 28%, G.ven: pH: 7,30, bic 14 mEq/L. SO: leucocituria, bacteriuria. Urocultivo: *E. coli.* Rx abdomen: gran efecto masa en hipogastrio con desplazamiento de asas intestinales. Rx tórax: pinzamiento senos costofrénicos. Ecografía: vejiga muy aumentada de tamaño (1.100 cc) ureterohidronefrosis bilateral, próstata 110 cc. Residuo postmiccional 900 cc. Manejo hospitalización Geriatría: tras sondaje, poliuria postobstructiva, diuresis 24h: 4.500 cc. Corrección acidosis e hiperK, creat: 4,5 mg/dl. PSA: 4,9 ng/dl. Es derivado a Urología, con diagnóstico de insuficiencia renal postrenal probablemente 2ª a evolución de hiperplasia benigna de próstata (HBP). Manejo Urología: adenomectomía retropúbica (técnica de Millin), que aceptó para liberarse de la sonda. Al mes orinaba espontáneamente, sin dificultad, pero persistía sensación de vaciado incompleto. Después de 3 meses, fiebre y disuria. CO: *Candida albicans*, creat: 5,5; Ecografía: residuo postmiccional (500 cc). Estudio urodinámico: flujo bajo, detrusor hipocontráctil. De nuevo precisa colocación de sonda vesical con carácter permanente. Manejo Nefrología: deterioro progresivo función renal por nefropatía tubulointersticial crónica secundaria a obstrucción infravesical por HBP. Se realizó diálisis peritoneal, después hemodiálisis. Porta sonda porque vaciado es incompleto y presenta infecciones urinarias de repetición.
Discusión: No tratar los STUI por HPB, puede traer graves consecuencias. Un residuo postmiccional aumentado y sensación de vaciado incompleto son signos de alerta. La incontinencia por rebosamiento obliga a descartar retención crónica de orina. Es aconsejable realizar

estudio urodinámico para descartar afectación del detrusor antes de proponer cirugía.

PC-276. *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* COMO AGENTE CAUSAL DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE

N. Fernández González, J. Peco Torres, M. Asenjo Cambra, B.A. Cedeño Veloz, M.A. Jurestchke y M.T. Río
Hospital de Getafe, Getafe.

Introducción: Se han publicado numerosos casos de anemias hemolíticas autoinmunes (AHAI) asociadas a *Mycoplasma* en la población general. Existe evidencia de algunos casos clínicos asociados a infección por *Streptococcus pneumoniae* en la infancia y tan sólo un caso clínico descrito en ancianos. En pacientes de edad avanzada la mayoría de los casos de AHAI se asocian a neoplasias.
Objetivos: Describir el segundo caso de la bibliografía en pacientes ancianos diagnosticados de neumonía por *Streptococcus pneumoniae* con anemia hemolítica por aglutininas frías.
Caso clínico: Mujer de 79 años con excelente situación funcional basal, hipertensa, portadora de marcapasos tras enfermedad del seno y con hipotiroidismo subclínico. Acude con clínica de fiebre, tos y expectoración verdosa, disnea de moderados esfuerzos y dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas. Presenta saturación de oxígeno al 86% basal con disminución del murmullo vesicular en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho de aspecto complicado y loculado con atelectasia pasiva subyacente y aumento de densidad en lóbulo superior derecho compatible con un infiltrado neumónico. Ecografía de tórax: se confirma la presencia de una colección multitabicada y loculada de aspecto complicado (7 × 7) con ocupación del espacio pleural derecho. Antígeno del Neumococo: positivo en orina. Analítica sanguínea: leucocitosis 27,94 10^3/uL con elevación de PCR > 190 mg/l, procalcitonina de 2,04 ng/ml, así como cifras de hemoglobina de 7,3 mg/dl no presentes en analíticas previas recientes. Estudio de anemia y estudio transfusional: presencia de crioaglutininas. Interconsulta a Hematología: anemia hemolítica por aglutininas frías. Título 512. Especificidad anti-H.
Discusión: En las anemias que en ocasiones se detectan en los pacientes con neumonía, no debemos olvidar a la hora de realizar el diagnóstico diferencial que el *Streptococcus pneumoniae* también puede producir anemias hemolíticas autoinmunes en pacientes ancianos.

PC-277. HERIDA CRÓNICA EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

M.I. Bujosa Taylor, F. Pozo Rodríguez, F.R. Domingo Accensi, G. Prieto Fernández, M. García Álvarez y F. Llinas Gual
Hospital General de Mallorca, Palma de Mallorca.

Introducción: Las heridas crónicas son cada vez más prevalentes, entre otros motivos debido a la mayor fragilidad de nuestros pacientes. Estudios realizados en nuestro medio, identificaron que el 34,6% de las heridas crónicas estaban presentes en el ámbito sociosanitario.
Objetivos: Disminuir el proceso de hospitalización y mejorar la calidad de vida de la paciente.
Caso clínico: Se realizó una hoja de registro con un seguimiento de un caso de lesión crónica, con una pauta de cura en base a apósito de composición de hidrofibra de hidrocoloide. Corresponde a una paciente de 83 años de edad con antecedentes de HTA, insuficiencia venosa, caídas frecuentes y gran problemática social. Registro fotográfico 1ª cura (11-12-2015), último registro fotográfico con fecha de (23-02-2016). Seguimiento completo del caso observándose la evolución favorable y cicatrización de la herida realizando esta pauta de curas.
Discusión: Es bien conocido que las lesiones crónicas representan, incomodidad para la paciente, dolor, disminución en la calidad de vida y en algunos casos puede comprometer la evolución desfavorable de la persona, en el caso de los profesionales, supone un incremento en la carga de trabajo, en paciente altamente dependientes. Por ello, disponer de apósitos efectivos que puedan disminuir el número de curas y acortar el tiempo de cicatrización a un coste razonable, representa una mejora en los cuidados sociosanitarios.

PC-278. DEPRESIÓN MAYOR CON DEBUT DE SÍNTOMAS ATÍPICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

D.E. Torres García[1], M. Perelló[2] y M. Guerrero[3]
[1]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [2]Sagrat Cor Serveis de Salut Mental, Martorell. [3]Hospital Santa Ana, Motril.

Introducción: La prevalencia de la depresión en personas mayores de 65 años oscila entre el 5-20%. La detección no es simple, ya que en su mayoría existe comorbilidades y/o se asocia una presentación atípica (irritabilidad, apatía, quejas somáticas, síntomas psicóticos, agitación o inhibición). Se presenta un caso de depresión mayor con síntomas atípicos y psicóticos, en un paciente sin antecedentes personales psiquiátricos previos. Estudio descriptivo transversal.
Caso clínico: Acude a nuestra Unidad de Psicogeriatría una mujer de 69 años con antecedentes de HTA y psoriasis cutánea. Presenta clínica de mutismo, negativa a la ingesta y deterioro funcional de manera aguda desde hace unos 10 días. Previamente era autónoma para las ABVD e instrumentales. La familia relata que la clínica se inició en el contexto de estresores sociofamiliares (desahucio). En la exploración física la paciente está consciente pero no colabora a la exploración, no se detecta focalidad neurológica. ECG: Ritmo sinusal, sin alteraciones, Analítica normal (perfil hepático, lípidico, glucosa, Vit. B12, H. tiroideas en rango). TAC craneal sin alteraciones. MEC: No valorable al ingreso por falta de colaboración. Durante el ingreso poco colaboradora, utiliza monosílabos, hipoproséxica, refiere ideas de ruina, desesperanza incapacidad e inutilidad. Se realiza diagnóstico diferencial con cuadro demencial de rápida progresión VS psicosis aguda reactiva VS depresión con síntomas psicótico. Se inicia tratamiento con olanzapina 10 mg, lorazepam 1 mg y sertralina 50 mg. Se progresa el tratamiento con olanzapina hasta 20 mg y 100 mg de sertralina, en cuatro semanas, pasa del mutismo a expresarse mediante monosílabos, mejora la funcionalidad y tolerancia a la vía oral. La paciente presenta mejoría progresivamente, expresándose al inicio con monosílabos, tolerando poco a poco los alimentos y mostrándose más activa y colaboradora. Al alta la paciente había recuperado las ABVD, presentaba un MEC 26/35 y mantenía un buen contacto interpersonal.
Discusión: La clínica presentada solo se aparece aproximadamente en un 10% de los casos con depresión mayor. Es oportuno identificar la semiología de depresión mayor de manera temprana, recordando que puede debutar con sintomatología atípica, especialmente en ancianos.

PC-279. CUIDADOS Y EVOLUCIÓN EN UNA CURA DE GANGRENA DE FOURNIER

A.M. Seguí Geordi, M.I. Bujosa Taylor y F. Pozo Rodríguez
Hospital General de Mallorca, Palma de Mallorca.

Introducción: La gangrena de Fournier es una infección perineal fulminante y progresiva de elevada mortalidad. Las heridas crónicas son cada vez mas prevalentes, un gran porcentaje está presente en el ámbito sociosanitario. Se considera a la gangrena peno-escrotal de Fournier como una de las formas de fascitis necrotizantes más invalidante, siendo un cuadro clínico de infrecuente aparición, descrito por primera vez por Fournier en 1.886.
Objetivos: Disminuir el tiempo de hospitalización y mejorar la calidad de vida del paciente de gangrena de Fournier en el periné.
Métodos: Estudio longitudinal en paciente con lesión de gangrena de Fournier habiéndose realizado penectomía y limpieza quirúrgica, se

realiza pauta de curas con apósito de hidrofibra de hidrocoloide con fibra reforzada. Es un paciente de edad avanzada con antecedentes de diabetes Mellitus, IRC, HTA, en tratamiento de diálisis. Presenta herida extensa de forma fusiforme de 18 × 10 cm de diámetro, con tejido esfacelado y de granulación, además de un alto volumen de exudado. Las muestras de cultivo fueron negativas.
Resultados: Se realiza una pauta de curas con hidrofibra de hidrocoloide, se lleva a cabo un seguimiento completo del caso, observándose la evolución favorable y la cicatrización de la herida.
Conclusiones: Las heridas crónicas y su tratamiento presentan un malestar importante para el paciente, en el que el dolor y disminución de la calidad de vida pueden estar presentes. Respecto a los profesionales de la salud, supone un incremento en la carga de trabajo en pacientes con alto grado de dependencia, por lo que disponer de apósitos eficientes para disminuir el número de curas y el tiempo de cicatrización a un coste razonable, supone una importante mejora en la calidad de los cuidados en los pacientes sociosanitarios.

PC-280. USO DE LAS CURAS A PRESIÓN NEGATIVA (PN) EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME)

M.P. García Caselles, M. Cabello, J. Leal, S. Burcet, P. Sánchez, M. Riera y O. Vázquez
Centre Fòrum de l´Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Analizar el uso de curas a PN en pacientes con patología vascular ingresados en una UME.
Métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron procedentes del Servicio de Cirugía Vascular en una UME durante 1 año (junio de 2014-mayo de 2015). A todos ellos se les realizó una valoración e intervención geriátrica, así como seguimiento conjunto semanal con un cirujano vascular en la unidad.
Resultados: Se analizaron 92 pacientes; en 20 se hizo cura a PN (21,74%). En éstos la edad media fue de 71,1 ± 8,41 vs 73,55 ± 11,9 la de aquellos en los que que se hizo cura convencional (p = 0,39); la distribución por sexos fue muy similar. Por motivo de ingreso, la PN se instauró en la amputación digital (50%), bypass (15%), curas (15%), otras amputaciones (15%), otros (5%); p = 0,036. La desnutrición se dio en un 80,56% de cura convencional vs 60% de cura a PN (p = 0,05) y la infección en un 65,28% vs 75% respectivamente (p = 0,41). La comorbilidad fue superior en el grupo de curas a PN (4,7 ± 1,8 vs 3,65 ± 2,85; p = 0,02) y reingresaron más (45% vs 26,39%; p = 0,10). La intervención social fue mayor en el grupo de cura convencional (63,38% vs 55%; p = 0,49) y la estancia media fue inferior (30 ± 14,67 vs 36,2 ± 12,73; p = 0,11). Tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas en el Barthel al ingreso (44,26 ± 23,26 vs 52 ± 26,91; p = 0,2), al alta (66,3 ± 26,35 vs 73,9 ± 28,26; p = 0,26), Lawton (3,55 ± 2,85 vs 2,8 ± 2,8; p = 0,29) o número de síndromes geriátricos (5,59 ± 1,7 vs 5 ± 1,29; p = 0,14).
Conclusiones: El diagnóstico que más frecuentemente motivó la cura a PN fue la amputación digital. Entre los pacientes con cura convencional existió más desnutrición y comorbilidad.

PC-281. SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO CON INUSUALES Y GRAVES COMPLICACIONES EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN TRATAMIENTO CON DONEPEZILO

M. Alcantud Ibáñez, B. Contreras, M.A. Illán, C. Ramón, B.A. Cedeño y S. López
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una entidad grave e infrecuente. El objetivo del siguiente caso, es describir la asociación entre donepezilo y haloperidol para su desarrollo (existen aproximadamente 10 casos en la literatura de SNM inducidos por inhibidores de acetilcolinesterasa, en tratamiento único o en combinación con antipsicóticos), así como determinar, la posible aparición de complicaciones más graves e inusuales en pacientes ancianos tratados con ambos fármacos.
Caso clínico: Mujer de 89 años con enfermedad de Alzheimer en tratamiento con donepezilo, ingresada por fractura de cadera para intervención quirúrgica. Como antecedentes personales destacan: enfermedad de Alzheimer en tratamiento con donepezilo y síndrome ansioso depresivo en tratamiento con alprazolam y zolpidem a dosis bajas. A las 12 horas del ingreso, se le administran 10 gotas de haloperidol para control de delirium leve, presentando posteriormente fiebre de hasta 39 °C, HTA, taquicardia, rigidez, diaforesis y disminución de nivel de conciencia. En analítica destaca elevación de CK, LDH, creatinina, enzimas hepáticas, así como leucocitosis, y mioglobinuria. En los días posteriores presenta IAM no Q sin poseer previamente factores de riesgo cardiovascular ni datos de IC; así como sangrado gastrointestinal que se resuelve de forma espontánea sin encontrar alteraciones en TC de abdomen que justificaran el sangrado. Los hemocultivos resultaron negativos, el ecocardiograma no mostraba disfunción ventricular, TC cráneo sin hallazgos significativos y EEG sin evidencia de actividad eliptógena. Ante la sospecha de SNM, se retira donepezilo, no se vuelven a administrar antipsicóticos, es tratada con medidas de soporte y benzodiacepinas, con buena evolución clínica, normalización de parámetros analíticos y constantes vitales. Se llego a realizar intervención quirúrgica, con alta hospitalaria posterior.
Discusión: El uso conjunto de inhibidores de acetilcolinesterasa con antipsicóticos puede precipitar SNM en pacientes susceptibles (incluso a dosis tan bajas como la descrita) por lo que debe hacerse con precaución para evitar complicaciones graves que pueden ser fatales. Este caso es además particularmente interesante al coexistir varias complicaciones infrecuentes y graves en un mismo paciente IAM, rabdomiolisis con insuficiencia renal, sangrado intestinal).

PC-282. TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL EN EL ANCIANO (GIST). A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. García Salmones Fragoso y M. Lázaro del Nogal
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son poco frecuentes en la población geriátrica, aún siendo el tipo de tumor no-epitelial más frecuente del tracto intestinal (1% de todos los tumores digestivos), generados por mutaciones en el gen Ckit (95%) con sobreexpresión de la tirosinquinasa. Mayoritariamente benignos aunque asintomáticos (70%) lo que genera retraso diagnóstico siendo en dicho momento hasta el 50% metastásicos, con una supervivencia media en estos casos de 18 a 24 meses. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica en tumores localizados y quimioterapia neoadyuvante en caso de irresecabilidad o tumores metastásicos con inmunohistoquímica positiva.
Casos clínicos: Caso 1: mujer de 77 años que acude a consultas de Geriatría por anemia ferropénica. Como antecedentes médico-quirúrgicos: Glaucoma. Síndrome depresivo. Osteoporosis. Caídas de repetición. En última caída sufrió fractura de codo izquierdo. Tras la intervención quirúrgica y suplementos de hierro persiste con anemia. Se realiza gastroscopia y se evidencia una tumoración sangrante tipo GIST en intestino delgado. Se deriva a cirugía general para resección sin tratamiento quimioterápico coadyuvante por ausencia de mutaciones genéticas en el estudio. A los 5 meses presenta metástasis hepáticas y se inicia tratamiento con masitinib. Caso 2: Mujer de 79 años con antecedentes de bocio multinodular, demencia degenerativa probable tipo Alzheimer en estadio moderado, síndrome depresivo, osteoartrosis generalizada. Acude a consultas de Geriatría para estudio de anemia ferropénica. Se solicita colonoscopia y TAC que evidencian una gran masa en el tabique rectovaginal cuya biopsia

revela tumor de recto tipo GIST fusocelular positivo para mutaciones en Ckit y CD4. Dada su localización se desestima tratamiento quirúrgico y se inicia tratamiento con imatinib neoadyuvante 400 mg/día 12 semanas tras la que en seguimiento con PET-TAC muestra reducción de la tumoración rectal y no evidencia lesiones metastásicas.

PC-283. SÍNDROME DE FARH. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Martínez Velasco[1], J.M. Ortega Morente[1], F. Suescun Calderón[2], E. Núñez Vaquerizo[1], K. Reynoso de los Santos[1], J. Caballero Palacio[1] y E. Jaramillo Gómez[1]
[1]Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres. [2]Hospital Santa Luzia ULSNA de Elvas, Elvas.

Objetivos: Exponemos un caso de ferrocalcinosis cerebrovascular de un paciente cuyo diagnóstico se realizó de manera tardía.
Caso clínico: Varón de 80 años en seguimiento en consulta externa de Neurología de deterioro cognitivo desde el 2005 por cuadro disartria y asimetría facial, ligera hemiparesia izquierda e inestabilidad, es diagnosticado inicialmente de ictus lacunar, presentando una situación basal de Barthel 90, GDS 1 y trastorno depresivo en tratamiento. En seguimiento durante 10 años en consulta, se le diagnostica de probable demencia de etiología mixta, sufriendo deterioro cognitivo y funcional progresivo hasta hacerse totalmente dependiente para las ABVD con imposibilidad de deambulación (Barthel 0) y deterioro cognitivo grave GDS 7. Es valorado en la actualidad en el Servicio de Urgencias por cuadro de deterioro del estado general, desviación de comisura facial y pérdida de fuerza en las cuatro extremidades, ingresando en Geriatría por cuadro insuficiencia renal y deshidratación secundaria a negativa a la ingesta. El paciente falleció en el trascurso de la hospitalización. En la analítica durante su ingreso, se objetiva Cr 2,86 mg/dl, U 209 mg/dl, Ca 9,2 mg/dl, P 4 mg/dl, FA 62 UI/L, vitamina D 28,9 ng/ml, descartándose alteración del metabolismo del fósforo-cálcico. En el TAC craneal se aprecian extensas calcificaciones en ganglios basales, así como en la sustancia blanca subcortical ya presentes en estudios previos. De acuerdo con la clínica y los resultados de las pruebas complementarias se diagnostica de síndrome de Farh.
Discusión: El síndrome de Farh o ferrocalcinosis cerebrovascular es una entidad de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de calcificaciones en los ganglios basales de manera bilateral y simétrica que asocia deterioro cognitivo, parkinsonismo, alteraciones de la marcha y ataxia cerebelosa.

PC-284. HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA

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

Caso clínico: Varón ochenta y ocho años. Ingresa por vómitos y dolor abdominal con fiebre de 38 °C. Antecedentes médicos: HTA, ACxFA, IRC, litiasis biliar, enfermedad de Paget con fractura vertebral L3 e hipocalcemia con hiperparatiroidismo secundario. Test de Pfeiffer: 1 error, índice de Barthel: 70. Vive solo en su domicilio, tiene tres hijos. Tratamiento: rivaroxabán, bisoprolol, alopurinol, ácido risendrónico, carbonato cálcico y colecalciferol, fentanilo y lansoprazol flash. Exploración física: consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, normoventilación. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en todos los cuadrantes de manera difusa, timpánico, signo de Murphy negativo, peristaltismo presente. Diagnóstico diferencial inicial: Colelitiasis, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, gastroenteritis vírica. Ecografía abdominal: colelitiasis múltiple y colecistitis. Leucocitosis (19.000 10^9/L) y fracaso renal agudo (urea 166 mg/dl, creatinina 4,98 mg/dl y FGE 11,1 ml/min/1,73 m^2). Se añade antibiótico (piperazilinatazobactam 4.000/50 mg/12 horas) y sondaje nasogástrico(SNG) por vómitos. En el TC cérvico-torácico hipertrofia en la cara anterior de los cuerpos vertebrales C4-C5 y C5-C6 y cuerdas vocales fijas posición paramediana con estenosis importante. Otorrinolaringología decide realizar traqueostomía de urgencia por intensa disnea debido a la compresión faríngea. Presenta una disfagia completa con imposibilidad de colocación de nueva SNG por lo que se realizar gastrostomía percutánea (PEG). Por RMN se diagnostica de hiperostosis idiopática esquelética difusa como causa de la patología anterior. Se va de alta con fentanilo 12 μg, acetilcisteína 200 mg, sertralina 50 mg y loracepam 1 mg. Incorporación a Hospital de Día Geriátrico para continuar rehabilitación por síndrome de inmovilidad.
Discusión: La hiperostosis esquelética difusa idiopática es una enfermedad reumatológica con afectación sistémica, que se caracteriza por la neoformación de hueso en las inserciones de ligamentos, tendones y cápsulas articulares y que se manifiesta como dolor, rigidez cervical y dorsal. Entre las complicaciones se encuentran la disfagia y de menor prevalencia la disfonía, la disnea y el estridor. Aunque nuestro paciente ingresó por una patología digestiva aguda que se resolvió sin complicaciones, la convalecencia en planta fue debido a la gravedad del cuadro y a la disnea y disfagia súbita que motivaron la realización de traqueostomía y colocación de PEG.

PC-285. EMBOLIA PULMONAR EN DOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)

P. Martínez Velasco, L. Morillo Blanco, J.M. Ortega Morente, E. Núñez Vaquerizo, T. Alonso Fernández y J.L. González Guerrero
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Exponer 2 casos clínicos de pacientes que presentaron embolia pulmonar bilateral (EP) en relación al tratamiento con moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM).
Casos clínicos: Caso 1: mujer de 88 años con antecedentes de HTA, DM y osteoporosis (OP) en tratamiento con bazedoxifeno. Sin alteraciones a nivel funcional, cognitivo ni social. Acude por deterioro del estado general, debilidad y astenia, siendo diagnosticada de insuficiencia cardiaca aguda e insuficiencia renal. Destaca en la exploración aumento de tamaño y tumefacción del miembro inferior derecho (MID). En analítica presenta Dímero D > 5.000 ng/mL, NT-proBNP > 35.000 pg/ml, Sat O_2 80%, PO_2 60 mmHg y PCO_2 22 mmHg. En TAC torácico se objetiva EP masiva bilateral, y en Eco-doppler del MID trombosis venosa profunda (TVP) a nivel poplíteo. Tras estudio etiológico es diagnosticada de EP/TVP de probable origen farmacológico (SERM). Caso 2: mujer de 86 años con antecedentes de TVP y osteoporosis, en tratamiento con Adiro y con bazedoxifeno desde hace un año. Sin alteraciones a nivel funcional, cognitivo ni social. Acude por cuadro sincopal. No presenta signos de TVP en MMII. Analíticamente destaca Dímero D > 5.000 ng/mL, NT-proBNP 967,8 pg/ml, $SatO_2$ 90%, PO_2 62,3 mmHg y PCO_2 33,8 mmHg. En TAC torácico se objetiva EP aguda bilateral y signos de sobrecarga derecha. En ambos casos se retiró bazedoxifeno y fueron dadas de alta anticoaguladas con dicumarínicos.
Discusión: En pacientes con EP sin factores predisponentes es importante el estudio etiológico. Además de descartar posible origen tumoral, hay que revisar los antecedentes farmacológicos. Ambas pacientes estaban en tratamiento con bazedoxifeno (SERM), fármaco aprobado para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica pero que, dado su efecto procoagulante, favorece la presencia de fenómenos tromboembólicos, estando contraindicado en pacientes con dichos antecedentes. En mujeres posmenopáusicas se sugieren inicialmente medidas no farmacológicas para el tratamiento de la osteoporosis (dieta y ejercicio). En las candidatas a recibir medicación los bifosfonatos serían de primera elección, siendo los SERM una alternativa en casos de mujeres más jóvenes (< 70), con riesgo moderado de fractura vertebral y escaso de fractura de cadera, debiendo valorarse el riesgo-beneficio del tratamiento conjuntamente con la paciente.

PC-286. RARO CASO DE NEUMOPERITONEO: NEUMATOSIS QUÍSTICA

L. Bárcena Goitiandia[1], L.M. Klein Klein[1], M.J. Esteban Dombriz[1], M. Hornillos Calvo[1], F. Cordido Henríquez[2], M.I. Rodríguez-Miñón Otero[1] y L. Gijón de la Santa[1]
[1]Hospital Universitario, Servicio de Geriatría, Guadalajara. [2]Fundación Hospital Alcorcón, Servicio de Radiodiagnóstico, Alcorcón.

Caso clínico: Paciente de 94 años con los antecedentes de interés: diverticulosis colónica que ingresa en unidad de agudos de geriatría con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia respiratoria por cuadro infeccioso respiratoria de vías bajas. Tras iniciar tratamiento con diuréticos y antibiótico la paciente presenta mejoría progresiva tanto clínica como analítica. Se realiza Rx de control torácico donde evidencia aparición de niveles hidroáereos subdiafragmáticos, ante este hallazgo y la no concordancia con la clínica se presenta caso a radiología que confirma la sospecha de neumoperitoneo por lo que se realiza TAC abdominopélvico y se realiza Interconsulta a cirugía general para valoración. TAC informado como hallazgos radiológicos de neumatosis quística intestinal con marcado neumoperitoneo y leve cantidad de ascitis y derrame pleural derecho. Tras este resultado y ser valorada de nuevo por cirugía general, se descarta patología quirúrgica urgente en ese momento. Por su parte pudiendo reiniciar tolerancia oral y recomendando control radiológico para seguimiento del neumoperitoneo. Dada la mejoría del paciente y la estabilidad clínica se decide su alta hospitalaria. Control radiológico posterior a los tres meses persiste neumatosis quística con mejoría del neumoperitoneo. Paciente continúa asintomática.
Discusión: La neumatosis quística es una enfermedad muy rara, de etiología desconocida, que se define como la presencia de quistes subserosos o submucosos llenos de gas que pueden estar localizados en todo el tracto digestivo, y es más frecuente en el intestino delgado y el colon. En el 15% de los casos la causa es desconocida, 85% por causas sistémicas (isquemia mesentérica, enfermedad pulmonar, enfermedades del colágeno y fármacos). Existen teorías para explicar el caso (teoría mecánica: pase de gas intraluminal a pared por perdida de integridad, Teoría pulmonar: paciente con asma y EPOC por rotura de alveolos tras aumentos de presión que dan paso al mediastino y disecan retroperitoneo llegan al mesenterio y de ahí a la serosa intestinal, Teoría química: aumento de la fermentación bacteriana con la producción de gas y aumento de presión que difunde a los tejidos.

PC-287. SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO SECUNDARIO A ENDOCARDITIS TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.N. Gómez González[1], C. Benítez González[1], I. Porras Guerra[1] y J. Pérez-Jara Carrera[2]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Hospital El Bierzo, Ponferrada.

Introducción: La incidencia de infección de dispositivo intracardíaco oscila entre el 1-5,7%. Especies de *Staphylococcus* se han asociado como causa de endocarditis en un 89%. La presentación clínica incluye fiebre, síndrome constitucional. Pruebas diagnósticas: hemocultivos, Ecocardiograma. Se recomienda iniciar antibiótico empírico, cubriendo *Staphylococcus* meticilín resistente (Grado 1B) y extracción del dispositivo con cables (Grado 1A).
Caso clínico: Mujer 89 años, tras 3 días de colocación de marcapasos, inicia con cuadro de disnea a moderados y posterior a pequeños esfuerzos, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edemas MMII asociado a anorexia, debilidad generalizada y gran agitación psicomotriz. Antecedentes patológicos: NAMC. HTA. Bradicardia sintomática secundaria a bloqueo AV de alto grado con implante de MCP VVI. (tres días antes del ingreso). Situación funcional: Barthel 100 previa colocación de MCP. Situación cognitiva: Alzheimer grado moderado hace 7 años. Situación social: vive en domicilio con dos hijas. Tratamiento habitual: candesartán 4 mg, AAS 125. Exploración: TA 176/76, FC 53, T 37.3, sat. 95%. Agitada, Consciente, desorientada en tiempo, espacio, persona, discurso incoherente y repetitivo. AC: arrítmico a frecuencia de 53x'. AP: crepitantes en bases. EEII: edemas bimaleolares. Pruebas: Leuc 20,1 (89N) Hb 12,6, VSG 27, PCR 8,3. Hemocultivos 4: negativos. LCR: cultivo negativo. Ecografía abdominal: derrames pleurales bilaterales. Scanner craneal: normal Ecocardiograma: imagen dependiente de cable de MCP a su paso por la AD de 15 × 4 mm con movimiento errático compatible con vegetación. Tratamiento: daptomicina más cloxacilina. Evolución: tórpida, y posterior exitus.
Discusión: Se trata de un caso de endocarditis, secundario a vegetación en cable de marcapasos, que debutó con síndrome confusional agudo, la importancia radica en la búsqueda constante de una causa desencadenante en la población anciana, como la infección sistémica. A pesar del tratamiento la evolución fue desfavorable.

PC-288. ESTENOSIS DE LAS ARTERIAS RENALES EN EL ANCIANO: ¿LA INFRADIAGNOSTICAMOS?

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

Caso clínico: Varón, 84 años. Ingresa por insuficiencia cardiaca congestiva NYHA IV. Antecedentes: HTA, ACxFA, IC, miocardiopatía hipertensiva, IRC, DM tipo 2, EPOC, ACV, fractura de fémur, isquemia arterial grado III. SPMSQ 1 error, Índice de Barthel: 45/100. Tratamiento: amlodipino, doxazoxina, furosemida, bisoprolol, pentoxifilina, valsartan, acenocumarol, nitroglicerina parches e insulina. Exploración: Consciente e hidratado, ruidos cardiacos arrítmicos, crepitantes gruesos bibasales con hipofonesis generalizada. Taquipneico. Edemas en EEII hasta raíz del muslo con fóvea. Úlceras grado IV sobreinfectadas en talones y cara lateral pie izquierdo. Rx tórax: Cardiomegalia y derrame pleural bilateral. Analítica de urgencias: U 116 mg/dL, creatinina 2,25 mg/dL, leucocitos 11700. Diagnóstico: Infección respiratoria con insuficiencia cardiaca descompensada. Al ingreso se instaura tratamiento antibiótico endovenosa y terapia deplectora intensiva manteniendo las otras drogas cardioactivas. Persiste la clínica de episodios de disnea de predominio nocturno y anasarca. Se mantiene tensiones arteriales, principalmente sistólicas 180, refractarias a tratamiento. Se repite ecocardiograma por sospecha de taponamiento cardiaco que descarta el mismo, persiste la severa disfunción diastólica y la hipertensión pulmonar moderada. Los parámetros analíticos de función renal y sufrimiento miocárdico persisten en cifras de ingreso. Se decide añadir perfusión de nitroglicerina con mejoría clínica progresiva, pudiéndose retirar, tras conseguir pérdida ponderal de 8 kg en 6 días. Se realiza interconsulta a Angiología por 5ª dedo pie izquierdo, que recomienda angioTAC. Resultado: estenosis grave de la arteria renal derecha y estenosis leve de izquierda. El paciente fallece debido a la múltiple y severa patología que presenta. Diagnóstico principal: síndrome de Pickering.
Discusión: La evidencia científica actual sobre el síndrome de Pickering, descrito en 1998, se asocia fundamentalmente a displasia fibromuscular jóvenes. La segunda causa del síndrome es la arterioesclerosis, de alta prevalencia en ancianos, pero desconocemos datos objetivos de su presencia entre la población anciana. La asociación de hipertensión refractaria al tratamiento con disfunción diastólica con/sin daño de la función renal y episodios recurrentes de edema agudo de pulmón debe hacernos sospechar de origen renovascular como mecanismo fisiopatológico. El angioTAC sería la prueba de elección y el tratamiento incluiría angioplastia y vasodilatadores. Contraindicados IECA y ARA II.

PC-289. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ CON RECAÍDA EN UN PACIENTE GERIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Nadal Bares, M. Martínez Toribio, M. Serrano Godoy, N. Prats Pascual, S. Castro Ruiz y M. Bonvehi Torres
Hospital Santa Maria, Lleida.

Objetivos: Presentación de un caso de síndrome de Guillain Barré con recaída en un paciente geriátrico y revisión de la literatura al respecto.
Caso clínico: Varón de 86 años, independiente para las ABVD, sin deterioro cognitivo. Refería desde hace 10 días sensación de debilidad a nivel de MMII con caídas de repetición. Antecedentes: prótesis mitral, HTA, ERC estadio III. Exploración física: fuerza MMSS 4/5 bilateral, MMII 4/5 bilateral, RCP indiferentes y ROT y aquíleos ausentes. A las 48h de ingreso el paciente precisa sondaje por RAO, parestesias, dolor y empeoramiento de la fuerza a nivel de MMII (2/5). No clínica respiratoria. Pruebas complementarias: analítica, TAC cerebral, punción lumbar, EMG. Se instauró tratamiento con plasmaféresis (PMF) y rehabilitación funcional. Al mes de ingreso presenta recaída. Se instaura tratamiento con inmunoglobulina endovenosa (IGIV) y rehabilitación funcional con buena respuesta. Diagnóstico: clínica, LCR (disociación albumino-citológica), EMG con cambios típicos. Progresión variable. Clínica: debilidad progresiva, arreflexia, evolución menor a 1 mes, disautonomía. Otros signos: debilidad simétrica, afección sensitiva, cambios LCR y EMG. Factores de mal pronóstico: > 60 años, progresión rápida, extensión y severidad del daño axonal, enfermedad cardiorrespiratoria previa y tratamiento tardío. PMF o IGIV son los tratamientos de elección, con igual resultado. El tratamiento con inmunoglobulinas es un 60% más caro. Recaídas en un 10% de los casos.
Discusión: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de tetraparesia flácida aguda. Evoluciona en 3 fases: progresión, estabilización y regresión. Es el prototipo de enfermedad postinfecciosa. El intervalo entre la infección prodrómica y el comienzo de los síntomas de SGB varía entre 6 días y 6 semanas. Aumento de la incidencia en el anciano dados los mecanismos de inmunosenescencia. Repercusión en su funcionalidad, pudiendo progresar a complicaciones derivadas del inmovilismo. Diagnóstico, pronóstico y riesgo de recaída no difieren de otros grupos poblacionales. Las manifestaciones clínicas son similares a otros grupos poblaciones, aunque muchas veces pasan más inadvertidas. La forma clínica más frecuente es la polirradiculopatía aguda inflamatoria desmielinizante. Buena respuesta al tratamiento con PMF e IGIV.

PC-290. ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA BIOLÓGICA CON EMBOLIA MESENTÉRICA SÉPTICA

E. Martínez Suárez, N. Morón Carande, J. Martos Gutiérrez, F. Alzaga Fernández, F. Sancho Camarena y R. Cristòfol Allué
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Caso clínico: Mujer de 84 años, NAMC, ni hábitos tóxicos. Derivada a urgencias por debilidad, somnolencia, astenia y febrícula. Antecedentes patológicos: valvulopatía mitro-aórtica degenerativa, con doble repuesto con prótesis biológicas. Taquicardia con inestabilidad hemodinámica que requirió CVE que requirió implantación de MCP definitivo VVI. FA permanente. Valoración geriátrica integral. Social: escala de "Gijón" de valoración socio-familiar del anciano 9/25: vive en domicilio con su esposo, cuidadora 5h/día. Buen soporte familiar. Funcional: Índice de Barhtel 70/100: autónoma para comer, precisa ayuda para vestido y aseo, deambula con ayuda de andador por su domicilio, incontinencia urinaria, continencia fecal. Cognitivo: no rasgos de deterioro cognitivo, ni delirium. Afectivo: síndrome depresivo. Nutricional: no signos de disfagia, no estreñimiento. Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg/24h, Sintrom según pauta, digoxina 1/2 cp/48h, furosemida 40 mg/24h, trazodona 100 mg/24h, mirtazapina 15 mg/24h. Exploración física en urgencias. PA 92/57, Tª.a × 37,5 °C, FC 88, FR16, SO2 98% basal. Paciente consciente orientada, eupneica en reposo, sequedad de piel y mucosas. AC: tonos arrítmicos, soplo sistólico en focos mitral y aórtico. Resto anodino. Exploraciones complementarias. Analítica: creatinina 1,41, Na 127, K 5,4, Cl 95, Hb 11,2, Hto 32,7%, leucos 16.290 (N 90,7%, L 3,6%), plaquetas 87.000. Rx tórax: imagen de marcapasos. No condensaciones. ECG: FA con FVM de 115 lpm no alteración en la repolarización. Hemocultivos: pendientes de resultado, tinción de Gram: CGP (luego positivos para *S. hominis*). Ecocardiograma transtorácico: VI no dilatado (FEVI 48%), prótesis biológicas de aspecto degenerativo, AI dilatada (52 mm). Ecocardiograma transesofágico: en el lado auricular de anillo de 0,4 cm, sugestiva de vegetación. Prótesis biológica con imagen compatible con vegetación en el velo no coronárico de 0,8 × 1,5 cm. Orientación diagnóstica: síndrome febril, trombocitopenia, hiponatremia. Evolución: se inicia hidratación ev y antibioterapia con daptomicina y rifampicina por sospecha de endocarditis sobre prótesis biológica. Tiene episodio de sensación distérmica y escalofríos correspondiendo con pico febril (38,2 °C). Posteriormente presenta episodio de abdomen agudo con fallo multiorgánico secundario compatible probable embolia mesentérica de origen séptico. Diagnóstico final: endocarditis sobre prótesis biológica (aórtica y mitral). Bacteriemia por *S. hominis.* Embolia mesentérica séptica. Fallo multiorgánico. Exitus laetalis.

PC-291. CEGUERA Y PANHIPOPITUITARISMO

J. Martín Márquez, G. Martinón Torres, J. Gil Moreno, J.L. Esquinas Requena, E.M. García Carreño, N. Parras García de León y V. Mazoteras Muñoz
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Presentamos un caso de una mujer de 82 años que presenta disminución de la agudeza visual de forma progresiva más marcada en la última semana.
Caso clínico: Mujer de 82 años sin antecedentes médicos de interés y sin tratamiento habitual. Situación basal: Barthel 100. No deterioro cognitivo. Vive sola. Enfermedad actual: ingresa por disminución de la agudeza visual. Valorada en el Sº de Urgencias por Oftalmología se objetiva atrofia de la papila bilateral y se solicita TC craneal que pone de manifiesto una masa supraselar de 20 × 27 mm de diámetro que comprime quiasma óptico, siendo valorada por Neurocirugía y Endocrinología. La paciente rechaza intervención quirúrgica. Presenta dificultad en el manejo en domicilio y desorientación e ingresa en la Unidad Geriátrica de Agudos. Evolución: se solicita determinación de hormonas del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal iniciando tratamiento sustitutivo con levotiroxina e hidroaltesona por panhipopituitarismo, manteniéndose la paciente clínicamente estable hasta que presenta episodio de disminución del nivel de consciencia con Glasgow de 3, solicitándose TC urgente en el que se objetiva sangrado a nivel de cisterna interpeduncular, espacios subaracnoideo, lóbulo occipital derecho e izquierdo y en astas posteriores de ambos ventrículos laterales sin efecto masa ni signos de hipertensión intracraneal. De acuerdo con los deseos de la paciente, se trata de forma conservadora, presentando mejoría clínica de forma progresiva sin focalidad neurológica salvo amaurosis. Comentado el caso con Trabajo Social se informa de los diferentes recursos asistenciales y al alta ingresa en Residencia en plaza privada.
Discusión: La causa más frecuente de hipopituitarismo es el tumor hipofisario, son generalmente de crecimiento lento y raramente metastatizan, aunque pueden ser localmente invasivos. Los macroadenomas (>1 cm) suelen presentar síntomas compresivos, fundamentalmente déficit visual, y se asocian con un déficit de al menos un eje hormonal hipofisario en el 30% de los casos. La hemorragia suele ocurrir en el 10-15% de los adenomas pituitarios, aunque la mayoría de éstas son silentes. Su aparición puede ser aguda y dramática, con desarrollo de déficits neurológicos importantes y puede ser fatal sin la descompresión neuroquirúrgica.

PC-292. C-ANCAS Y PET-TAC. UNA ASOCIACIÓN ÚTIL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Martín Márquez, J.L. Esquinas Requena, J. Gil Moreno, E.M. García Carreño, G. Martinón Torres, N. Parras García de León y V. Mazoteras Muñoz
Hospital General de Ciudad Real.

Caso clínico: Mujer de 81 años sin alergias medicamentosas conocidas, HTA. No DM. Dislipemia. Hipotiroidismo primario. Insuficiencia aórtica moderada-grave con buena función global y segmentaria. FA paroxística. Ingreso en el Servicio Geriatría en septiembre 2015 por fiebre de origen desconocido, asociando anemia normocítica normocrómica con reactantes de fase aguda elevados (VSG y PCR) y c-ANCAS positivos a títulos altos asociando infiltrado inespecifico, alveolo intersticial pulmonar en LID. En seguimiento en consultas externas, se inicia ttº con corticoides tras valoración por el Servicio de Reumatología durante el ingreso. Tratamiento habitual: sertralina 100, Xarelto 20, Eutirox 125, enalapril 5, Nolotil, Bonesil D Flash, riserdronato semanal, Provisacor 10, Betmiga 50, omeprazol 20, prednisona 10 mg. Situación basal: Barthel 85. No deterioro cognitivo. Vive en domicilio con soporte de sus hijos. Enfermedad actual: ingresa por presentar expectoración hemoptoica y sensación disneica con infiltrado alveolointersticial de predominio en hemitórax derecho. Evolución: con la sospecha de insuficiencia cardiaca pero sin poder descartar hemorragia alveolar o infección respiratoria en paciente inmunodeprimida, se inicia tratamiento con diuréticos, IECAS, O_2, corticoides a altas dosis y antibioterapia empírica de amplio espectro con mejoría clínica progresiva. Se realiza estudio completo con analítica completa (ANA, ANCA, complemento, FR, crioglobulinas, serologías...), angioTAC de tórax, ecocardiograma, cateterismo cardiaco, RM cardiaca y PET TAC y con la orientación diagnóstica de vasculitis asociada a ANCAS se inicia tratamiento inmunosupresor.
Discusión: Las vasculitis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades que pueden afectar a diferentes órganos y sistemas, a menudo superpuestas. La ausencia de una prueba diagnóstica definitiva, junto con la heterogeneidad clínica y la rareza hacen inevitable el retraso diagnóstico en la mayoría de las ocasiones. Los ANCAS pueden estar presentes en un amplio nº de enfermedades asociadas a estados inflamatorios y autoinmunes, se deben interpretar como un elemento complementario a datos clínicos y anatomopatológicos. El PET-TAC constituye una herramienta de utilidad en el diagnóstico de vasculitis, con hallazgos positivos de enfermedad activa en distintos sitios del cuerpo, incluso cuando los parámetros bioquímicos no son concluyentes.

PC-293. SÍNDROME DE OGILVIE EN UNA MUJER CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

P. Sorando
Hospital de Santa Marina, Bilbao.

Caso clínico: Mujer de 79 años de edad, institucionalizada, que deambula de manera independiente con andador. Come sola. Incontinente urinaria. No deterioro cognitivo. Sin alergias medicamentosas, con antecedentes personales de enfermedad de Parkinson diagnosticada en 2008. Intervenida de catarata ojo izquierdo, prótesis de cadera derecha. Sin intervenciones abdominales. Seguía tratamiento con lansoprazol, domperidona, propanolol, paracetamol, levodopa/carbidopa, rasagilina, lorazepam y betahistina. La paciente es derivada a nuestro servicio de urgencias por caída hace 5 días con contusión en zona lumbar. Se realiza radiografía donde se objetiva importante dilatación intestinal. Refiere estreñimiento sin saber precisar días de evolución, sin vómitos, anorexia y dolor abdominal a la palpación de manera superficial. En la exploración presenta tensión arterial de 132/78, frecuencia cardiaca de 82, temperatura de 36,7 °C, saturación de oxígeno de 96%. Se encuentra consciente, colaboradora, bien hidratada y perfundida. La auscultación pulmonar presentaba murmullo vesicular conservado. La auscultación cardiaca era rítmica sin soplos. La exploración abdominal mostraba un abdomen globuloso, blando y depresible, con dolor a la palpación de manera generalizada, timpanismo a la percusión y ruidos metálicos. En el tacto rectal la ampolla estaba vacía con dedil con restos de características normales. En el hemograma presentó hemoglobina de 12,7 g/dl, leucocitos 12,2 $10^3/\mu L$ (83,6% neutrófilos, 7,2% de linfocitos), en bioquímica sodio 135,0 mmol/L, potasio 4,10 mmol/L, creatinina 0,78 mg/dL, urea 93 mg/dL, calcio 9,57 mg/dL. Se realizó radiografía de tórax, donde se apreciaba elongación aórtica, sin consolidaciones ni derrames y de abdomen en bipedestación donde mostraba gran dilatación de todo el marco cólico, sin niveles hidroaéreos y sin presencia de aire en la pared intestinal ni extraluminal. Con la sospecha de síndrome de Ogilvie ingresa en plata. Se inicia tratamiento con reposición hidroelectrolítica, enemas de limpieza, dieta absoluta, amoxicilina/clavulánico, metoclopramina y domperidona. La evolución fue satisfactoria, mejorando progresivamente, con disminución del diámetro intestinal en controles radiológicos. Se inicio una dieta túrmix de manera progresiva al cuarto día, con buena tolerancia y restitución del tránsito intestinal.

PC-294. PACIENTE CON EDEMATIZACIÓN PROGRESIVA DE MIEMBROS INFERIORES

N. Fernández Martínez, V. Mazoteras Muñoz, J.L. Esquinas Requena, E. García Carreño, J. Martín Márquez, N. Parras y G. Martinón
Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Exponemos un caso de una paciente con edemas progresivos en piernas.
Caso clínico: Mujer de 74 años con HTA, EPOC, SAHS con BIPAP nocturna. Ingreso en UCI en 2012 por encefalopatía hipercápnica secundaria a infección respiratoria, sin requerir IOT, y presentó ITU por *C. koseri* e insuficiencia renal leve (mantiene creatininas de 1,3 mg/dl). Intervenida de prótesis de rodilla, histerectomía. Tratamiento: enalapril 5 mg/d, betahistina 16 mg/d, omeprazol 20 mg/d, furosemida 40 mg/d, espironolactona 25 mg/d, palexia 25 mg/12h. Valoración geriátrica: Barthel 85, sin deterioro cognitivo, buen apoyo social. Durante dos meses aumento progresivo de edemas en miembros inferiores junto con eritema y dolor sin mejorar con diuréticos ni antibióticos. En la exploración destaca edemas con fóvea hasta rodillas con áreas de celulitis sin datos de TVP. Hemograma: Hb 10,5 g/dl. Bioquímica: cr 3 mg/dl, prot tot 4,6 g/dl, alb 2,77 g/dl, LDH 405 UI/L, B-2 microglobulina > 16 μg/ml. Actividad antiXa 0,51 UI/ml. Ecodoppler de MMII: No TVP en femoral común, poplítea e infrapoplítea. TAC abdomen: tumor de partes blandas retroperitoneal (probable sarcoma) con diseminación (psoas derecho, vértebras de L1 a L5 con posible afectación de canal raquídeo, fascia perirrenal derecha, vena cava y adenopatías ilíacas). Probable trombosis de ilíaca externa derecha. Anatomía patológica: linfoma NH B difuso de célula grande. Se interconsulta con Hematología que debido a la buena situación basal de la paciente inicia tratamiento con quimioterapia con protocolo R-CHOP con respuesta completa tras 6 ciclos de tratamiento. Complicaciones: epistaxis con anemización; queratitis herpética tratada con aciclovir; neutropenia febril con necesidades de factores estimulantes de colonias y antibiótico; colocación de PICC por pérdida de vías periféricas.
Discusión: La presencia de masa retroperitoneal que infiltra la vena cava es la principal causa de los edemas bilaterales de la paciente. La VGI es la herramienta clave en pacientes ancianos con cáncer para poder establecer la pauta e intensidad del tratamiento a realizar. Por la buena situación basal de la paciente se optó por un tratamiento quimioterápico, con buena respuesta al mismo, y con complicaciones similares a las de la población general.

PC-295. FRACTURA BILATERAL SUBCAPITAL DE CADERA RELACIONADA CON TRATAMIENTO ANDROGÉNICO

J. Mora Fernández, J.D.P. Marttini Abarca y P. Carrillo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La incidencia de osteoporosis va en aumento y con esto el aumento de riesgo de fractura ósea. Aproximadamente 25-30% se dan en hombres. En los pacientes que sobreviven a una fractura de cadera hay una alta incidencia de una segunda fractura durante el primer año (5-20%).
Caso clínico: Varón de 83 años ingresa por dolor bilateral de cadera e impotencia funcional de 5 meses de evolución. Dolor de carácter progresivo, continuo, no irradiado y se incrementaba al ponerse de pie o deambular, limitando la movilidad. Fue diagnosticado en un principio de estenosis del canal lumbar y admitido en nuestro centro por mal control analgésico. Antecedentes: no historia de caídas previas, adenocarcinoma de próstata que recibió tratamiento hormonal y espondiloartrosis lumbar con estenosis moderada del canal (L3-L5). Barthel previo 80/100, FAC 5/5. Exploración física: dolor bilateral a la rotación interna, rotación externa, no acortamiento, exploración neurológica normal. Radiológicamente: fractura subcapital bilateral de cadera. Valoración hormonal: testosterona: 0,7 nmol/L, PSA < 0,01 ng/mL, mostrando deprivación hormonal a pesar de ya no estar recibiendo tratamiento. No había recibido calcio, Vit D o tratamiento antiosteoporótico previo. El paciente se sometió a cirugía realizando una hemiartroplastia bilateral en un solo tiempo. Mantuvo buen control analgésico sin complicaciones neurovasculares distales. Al alta era capaz de mantenerse de pie y dar algunos pasos con ayuda de andador. Fue derivado a un centro de rehabilitación. Recuperación funcional: deambulación con ayuda de un bastón sin supervisión, capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda, independiente para las transferencias, Barthel 75/100, FAC 5/5 a un año de seguimiento.
Discusión: Existe una preocupación cada vez mayor en cuanto a si la terapia hormonal para el cáncer de próstata ya que disminuye la densidad mineral ósea y se asocia a elevación del riesgo de fractura ósea. Algunas fracturas pueden tener graves consecuencias, como sucede con la fractura de cadera. Es esencial seleccionar adecuadamente a los pacientes sometidos a deprivación hormonal que requieran tratamiento preventivo osteoporótico.

PC-296. PARÁLISIS DEL TERCER PAR CRANEAL QUE REVELA UN LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES

E. Pastor Vicente, J.D.P. Marttini Abarca y M.E. Portilla Franco
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El linfoma del sistema nervioso central es una forma poco frecuente de LNH. Se puede presentar con encefalopatía progresiva o déficits neurológicos focales aunque la afectación de algún nervio periférico es excepcional. La parálisis del III Par craneal (PC) se reconoce por ptosis, oftalmoplejía y diplopía y se puede deber a cualquier lesión desde el núcleo oculomotor hasta los músculos extra oculares.
Caso clínico: Paciente mujer de 83 años que ingresa diagnosticada de fractura subcapital de cadera tras una caída accidental. Funcionalmente: Barthel 85/100, FAC 5/5. Se somete a cirugía sin incidencias. Como antecedentes personales: Neoplasia cérvix radiada, neuralgia del trigémino y amaurosis izquierda por un traumatismo antiguo. Durante el ingreso presenta cefalea intensa. La exploración neurológica del ojo derecho reveló campo visual normal, pupila arreactiva, midriática, sin reflejo pupilar a la luz, parálisis de III y IV par craneal, VI par craneal y reflejo corneal conservado. El ojo izquierdo tenía incapacidad para conjugar la mirada ya presente previamente. Pruebas complementarias: CT craneal: ocupación por material de partes blandas de senos frontal derecho, etmoidales y esfenoidal con esclerosis de las paredes del seno esfenoidal y calcificaciones internas, sugerente de inflamación crónica. RMC: Sugerente de masa tumoral hipointensa en T2 en la región posterior de ambas fosas nasales, clivus y senos cavernosos e importantes secreciones en la totalidad de los senos paranasales con adenopatías laterocervicales patológicas. Se realiza el diagnóstico histopatológico tras drenaje y biopsia compatible con Linfoma B difuso de células grandes. Estudio de extensión PET Scan: hallazgos compatibles con afectación por linfoma de alto grado en base de cráneo, senos paranasales, cavidad nasal, adenopatías supra e infradiafragmáticas, suprarrenal izquierda, riñón derecho, y múltiples estructuras óseas. Inicia quimioterapia (esquema CHOP-R) con buena tolerancia, significativa mejoría con práctica desaparición de las lesiones. Actualmente en seguimiento por Hematología.
Discusión: El linfoma B de células grandes es un tipo histológico frecuente de LNH (25% de los casos). Se puede presentar como una masa tumoral en cualquier parte del cuerpo sin embargo el compromiso de la médula espinal o nervios periféricos es poco común como síntoma inicial de linfoma del sistema nervioso central.

PC-297. METÁSTASIS SÉPTICA POR SAMS: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.P. Hernández Benito, V. Romero Starlich, A. Díaz, D. Torres, E. Marañón y J.A. Serra
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Mujer de 81 años de edad que ingresa en nuestro centro por shock séptico secundario a absceso en cadera derecha tras cirugía de la misma por fractura femoral basicervical. Como antecedentes médicos destacaban HTA de larga evolución con desarrollo de cardiopatía hipertensiva (FEVI preservada), fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom y enfermedad renal crónica (creatininas basales 1,20-1,40). Funcionalmente era independiente para todas las ABVD con un índice de Barthel 100/100. FAC 5. Ingresa en UVI por shock séptico grave requiriendo de soporte vasoactivo. Ante ausencia de claro foco de proceso séptico se realiza ecografía de cadera derecha que demuestra la existencia de extenso absceso, profundo, adyacente a articulación coxo-femoral derecha, de 15 cm de longitud y que se extiende hasta fémur proximal. Traumatología realiza desbridamiento del mismo en quirófano, sin incidencias significativas. Análisis microbiológico positivo para *Staphylococcus aureus* meticilín sensible (SAMS) y ecocardiografía transesofágica que descarta endocarditis infecciosa. Tras drenaje del absceso femoral la paciente presenta buena evolución clínico-analítica en UVI con buena tolerancia hemodinámica a la reducción progresiva de soporte vasoactivo, reducción de reactantes de fase aguda y corrección de fracaso renal agudo por lo que se decide traslado a planta. En planta presenta pico febril a pesar de antibioterapia con cloxacilina coincidiendo con aparición de lesión abscesificada en región cervical media y en región esternoclavicular derecha. Se realiza TAC cervical que demuestra la existencia de extenso absceso cervical profundo desde hueso hioides hasta unión costoclavicular derecha. Se procede a drenaje quirúrgico en quirófano por parte de otorrinolaringología, con buena evolución posterior. Presenta escasa adherencia a tratamiento rehabilitador sin conseguir recuperación funcional decidiéndose alta a residencia privada con antibiótico oral indefinido y controles posteriores oportunos hasta consolidación de enclavado gamma y resolución de proceso infeccioso.
Discusión: Las complicaciones infecciosas periquirúrgicas se han reducido notablemente en la última década, con una prevalencia actual en el anciano que ronda entre el 1-2%. Sin duda suponen una de las complicaciones más temidas asociándose a una evolución más tórpida, mayor deterioro funcional, así como, mayor estancia hospitalaria dando lugar a una mayor morbimortalidad. Una detección precoz del proceso y una actuación inmediata gracias al trabajo conjunto entre Geriatría y Traumatología, suponen los ejes centrales para minimizar este tipo de complicaciones.

PC-298. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUBERCULOSIS SISTÉMICA EN UN PACIENTE ANCIANO

C. Ramón Otero, M.A.J. Illán Moyano, A. Areosa Sastre, J. Peco Torres, M. Asenjo Cambra, M. Alcantud Ibáñez y S. López Martínez
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Describir las diferentes formas de manifestación de la tuberculosis en el anciano, a raíz de un caso clínico con presentación atípica.
Caso clínico: Mujer de 90 años con buena situación basal (ECRM 0/5, ECRF 2/5) que refiere dolor abdominal y fiebre de tres meses de evolución, con empeoramiento del dolor en la última semana, irradiado a región retroesternal y odinofagia. Es ingresada en el Servicio de Geriatría con diagnóstico de pielonefritis aguda. Como antecedentes, presenta hipertensión arterial esencial, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica crónica y un episodio de pancreatitis aguda en 2004. En planta, dada la persistencia del dolor abdominal se realiza una endoscopia digestiva alta y posteriormente un CT de tórax (sin contraste por alergia) que apoyan la sospecha de absceso y fístula esofágica. Es valorada por Cirugía y deciden tratamiento conservador, con tratamiento antibiótico de amplio espectro (hemocultivos y urocultivos negativos) y reposo digestivo. Presenta buena evolución y es dada de alta tras 39 días de estancia en la unidad. A los nueve días, después del alta, la paciente acude de nuevo a urgencias por agitación y deterioro funcional, ingresando de nuevo por sospecha de absceso paraesofágico. Presenta mal estado general y bacteriemia por lo que se realiza CT de tórax donde se visualizan lesiones en la pared esofágica, una de ellas perforada y con tracto fistuloso. Se inicia tratamiento antibiótico, ajustado a los resultados de los hemocultivos, aislándose *S. aureus* coagulasa negativo. Se consigue la remisión de la fiebre, pero desarrolla un fallo renal agudo en el contexto de fármacos nefrotóxicos e insuficiencia respiratoria y se produce el fallecimiento de la paciente. Se solicita necropsia. El principal diagnóstico anatomopatológico obtenido en la necropsia ha sido: micobacteriosis compatible con tuberculosis sistémica, con posible foco en origen aparato digestivo, presentando esofagitis perforada y fistulizada, mediastinitis granulomatosa necrotizante complicada con absceso paraesofágico y cervical derecho.
Discusión: Infradiagnóstico de tuberculosis en el paciente anciano por la dificultad en el reconocimiento, dadas las características especiales y la amplia variedad de diferentes formas clínicas atípicas en este grupo de edad.

PC-299. PANHIPOPITUITARISMO POR MACROADENOMA HIPOFISARIO NO FUNCIONANTE

M.T. Guerrero Díaz, E. Ridruejo, L. Hünicken, A. Muñoz, M.C. Macías, A. Bobo y F. Prado
Hospital General de Segovia, Segovia.

Introducción: Las masas que se localizan en la silla turca se pueden presentar clínicamente con síntomas neurológicos (déficits visuales, cefalea...) y/o alteraciones hormonales o bien como hallazgos casuales en RMN craneal. Los adenomas hipofisarios son las masas selares mas frecuentes en adultos y suponen un 10% de los tumores intracraneales. Se diagnostican por neuroimagen y requieren un estudio hormonal completo para detectar hipersecreción (gonadotropinas, GH, TSH, prolactina...) o déficit hormonal asociado.
Caso clínico: Mujer de 75 años sin antecedentes personales de interés que ingresa: en enero-14 por desorientación y mal estado general siendo diagnosticada de macroadenoma hipofisario, déficit de vitamina B12 y deterioro cognitivo. En febrero-14 acude en situación de bajo nivel de conciencia, con edemas e hipotermia, ingresando en la UCI por coma mixedematoso en el contexto de probable incumplimiento terapéutico como desencadenante pautándose tratamiento con dosis de carga de actocortina y LT4 intravenosa. En junio-14 reingreso en UCI por hipoglucemias mantenidas (35-40 mg/dl) e hipotermia (34,4 °C) siendo tratada con actocortina y LT4 iv con el diagnóstico de crisis addisoniana sin desencadenante conocido (infeccioso, incumplimiento). Fue valorada por el servicio de Neurocirugía desestimándose el tratamiento quirúrgico. De mayo a noviembre de 2014 es incorporada al programa de hospital de día geriátrico por inmovilismo multifactorial (miopatía, mixedema, artrosis...) consiguiendo una deambulación autónoma con andador y un índice de Barthel al alta de 85 puntos. Pruebas complementarias (tabla).

Fecha	Tratamiento	TSH (UI/L)	T3 (pmol/L)	T4 (pmol/L)
8-01-14	Ninguno	3,805	1,55	6,92
5-06-14	Levotiroxina 100 1/d	0,32	Normal	6,7
5-3-15	Levotiroxina 100 1/d Hidroaltesona 20 1-0-1/2	0,274	Normal	1,83
15-06-15	Levotiroxina 150 1/d Hidroalesona 20 1-0-1	0,026	4,5	19,6
27-11-15	Levotiroxina 125 1/d Hidroaltesona 20 1-0-1	0,032	Normal	Normal

Discusión: Es importante considerar las alteraciones hormonales como causa de síndrome confusional.

PC-300. A PROPÓSITO DE UN CASO GERIÁTRICO. TUBERCULOMAS INTRACRANEALES SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA

W. López Forero, R. Espinosa, F. Solís, A. Cruz, Y. Dionisio y E. García
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción: La tuberculosis (TB) es la enfermedad infecciosa que más ha afectado a la humanidad a lo largo de su historia. Las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis (TBC) que afectan al sistema nervioso central (SNC) por diseminación hematógena no son una entidad infrecuente. El tuberculoma es un proceso inflamatorio granulomatosos que radiológicamente, en raras ocasiones, simula un tumor maligno.
Caso clínico: Varón de 81 años remitido desde urgencias con historia de hace aprox. un mes presenta episodio de desorientación temporoespacial, desde entonces bradi-psíquico, alteración de la marcha con lateralización a la derecha y disminución nivel de conciencia fluctuante con tendencia a la somnolencia y empeoramiento progresivo. A su llegada a urgencias se objetivo Infartó en territorio de PICA y como hallazgos incidentales, múltiples lesiones que captaban contraste en anillo (primera posibilidad por medio de TAC craneal, mtx cerebrales). A su ingreso se retiró la anticoagulación y se pautaron corticoides con notable mejoría clínica de su focalidad neurológica. A su ingreso se inicia estudio de extensión para objetivar tumor primario siendo TAC cuello-toraco-abdominal normal, con marcadores tumorales normales. Tras la sospecha de proceso infeccioso se retiraron de forma progresiva corticoides, presentando disminución del nivel de consciencia y vómitos posterior, se pide TAC cerebral urgente sin objetivar signos de hipertensión intracraneana, se procede a realización de PL objetivando presencia de PMN con predominio linfocitario, glucorraquia, proteínas altas y ADA alto. Se inicia tratamiento tuberculostático y se remite LCR a A. Patológica donde no se objetivan células neoplásicas, pero si mucha hipercelularidad con predominio de PMN con linfocitos. Se remite LCR para PCR que es informado como positivo a los 18 días de tratamiento. Se solicita TAC cerebral control para ver si ha habido variación de las lesiones con el

tratamiento tuberculoso, tras 2 semanas de tratamiento objetivando disminución de las lesiones y desaparición de algunas de ellas.
Discusión: Exponemos una presentación poco frecuente de tuberculomas intracraneales que mediante TAC nos hizo pensar en tumor maligno. El diagnóstico definitivo pude establecerse sobre la base de los resultados anatomopatológicos del LCR o mediante detención de AND de *Mycobacterium tuberculosis* por PCR.

PC-301. FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA BILATERAL EN PACIENTE CENTENARIA

A.M. Cruz Santaella, T. Martínez Maroto, W. López-Forero, F. Solís, Y. Dionisio, F. Quiñónez y R. Rivas Espinoza
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción: Las fracturas de fémur distal son poco frecuentes y graves, con una mortalidad importante en ancianos. La frecuencia se estima en un 0,4% del total de las fracturas y el 3% de las fracturas del fémur; y por sexos la proporción se inclina hacia el sexo femenino. En población de edad avanzada suelen producirse como consecuencia de una actividad normal en un hueso anormal, con su comportamiento elástico alterado y alteraciones del metabolismo óseo. El tratamiento quirúrgico es el único que permite una estabilización suficiente, y el tratamiento ortopédico conservador se reserva para pacientes encamados y/o fracturas nada o poco desplazadas en pacientes con una autonomía muy reducida.
Caso clínico: El caso que se expone es el de una mujer de 102 años, con antecedentes personales de HTA, dislipemia, polimialgia reumática, parkinsonismo y osteosíntesis por fractura pertrocantérea izquierda previa. Situación basal. Funcional: dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria desde hace más de 5 años, vida cama-silla de ruedas, alimentación por sonda nasogástrica desde hace 2 años, limitación severa de agudeza visual e hipoacusia grave. Cognitivo: deterioro cognitivo moderado-grave no estudiado. Social: institucionalizada. La paciente ingresa en una primera ocasión por fractura supracondílea bilateral sin caída asociada. Tras valoración por Traumatología, Geriatría y Anestesia, dado el alto riesgo quirúrgico y la situación basal de la paciente, se opta por un tratamiento conservador con inmovilización bilateral con férula. La paciente reingresa a los 7 días por herida abierta en relación con desplazamiento de fragmentos fracturados en MII, hemorragia secundaria y mal control del dolor. Se realiza una nueva valoración multidisciplinar por parte de Traumatología, Geriatría y Anestesia, decidiéndose tratamiento quirúrgico. La paciente es intervenida en un primer tiempo realizándose amputación supracondílea de MII, y en un segundo tiempo osteosíntesis con clavo retrógrado de fractura supracondílea en MID. La evolución posquirúrgica fue favorable, pudiendo procederse al alta hospitalaria. Aunque la indicación quirúrgica en las fracturas supracondíleas en pacientes con importante deterioro funcional no es el tratamiento de elección, es imprescindible la individualización de cada caso, y la valoración geriátrica integral y multidisciplinar cuando tratamos a pacientes de edad avanzada.

PC-302. ASCITIS QUILOSA: ESTUDIO ETIOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. López Martínez, C. Ramón Otero, M. Alcantud, B. Contreras y L.J. Carbajal
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Describir la necesidad de realizar un adecuado diagnostico diferencial etiológico en las hepatopatías a raíz de un caso clínico.
Caso clínico: Varón de 80 años con buena situación basal (sin deterioro cognitivo, Barthel 90/100) que acude por aumento progresivo del perímetro abdominal, es ingresado en Unidad de Agudos de Geriatría con diagnóstico de descompensación edemoascítica pendiente de filiar. Como antecedentes a destacar presenta hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica crónica y fue bebedor ocasional hace 30 años. En planta, tras realizar paracentesis evacuadora, se obtiene líquido ascítico de aspecto quiloso cuya bioquímica cuantifica Tg 758 mg/dL con citología negativa. Tras confirmar la característica quilosa del líquido se comienza el estudio etiológico. Ante la ausencia de traumatismo e intervención previa, se descarta dicha etiología. Posteriormente se realiza estudio: microbiológico obteniendo resultados negativos para descartar origen infeccioso, así como linfografía descartando patología estructural linfática, analítica con marcadores tumorales y pruebas de imagen descartando etiología tumoral/hematológica. En las pruebas de imagen realizadas (ECO y CT) únicamente se describe hígado de pequeño tamaño hiperecogénico de contornos micronodulares sugerentes de hepatopatía crónica avanzada en estadio cirrótico sin lesiones focales; la medición de virus hepatotropos resulta negativa y no se determinan fármacos ni sustancias externas causantes. Por lo que finalmente se diagnostica de ascitis quilosa secundaria a cirrosis hepática de etiología no aclarada, comenzando con tratamiento diurético. En el año del diagnóstico presenta seis reingresos hospitalarios secundarios a descompensación de su patología hepática, sin cambios en las exploraciones realizadas ni en la presentación, hasta que finalmente fallece el paciente por lo que se solicita necropsia. En la necropsia se describe en el diagnostico anatomopatológico: cirrosis macronodular activa sin datos morfológicos etiológicos, insuficiencia hepática e hipertensión portal en relación a lo previo.
Discusión: La cirrosis hepática es una patología con una importante morbimortalidad y que afecta a la situación basal en el paciente mayor; es importante intentar realizar un diagnostico etiológico para aportar un adecuado manejo aunque en ocasiones, como en este caso, el estudio no sea concluyente.

PC-303. DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: DEGENERACIÓN CORTICOBASAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

B. Alvira Rasal, E. Martín de Francisco, E. García Gómez y A. Malanga Ferrari
Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Caso clínico: Mujer de 72a. AP:HTA y FAC anticoagulada; SB: necesita ayuda para baño y vestido, doble incontinente; desde hace un año alteración de memoria reciente, desorientación, anomias, apraxias, agnosias y alteración de función ejecutiva. Sin alteraciones psicoconductuales. Exploración NRL normal. MMSE y TRO imposible realizar por falta de colaboración. Analítica de screning normal.TAC craneal: leucoencefalopatía periventricular. Proponemos continuar estudio con otras PC pero ante la falta de colaboración de la paciente (precisa sedación), la familia prefiere intentar tratamiento con IACEs. Cuatro meses después, acude a revisión DABVD, lenguaje empobrecido, prosopagnosias, rigidez axial y alteración de la marcha. Se suspenden IACEs, iniciamos Memantina y se mantiene actitud conservadora por decisión familiar. Dos meses después acude a URG por fiebre, desviación de comisura bucal y pérdida de fuerza intermitente en hemicuerpo izquierdo, mutista, fluctuación del nivel de conciencia y UPPs grado III infectadas. Se inicia estudio con RxT, ecografía abdominal y urocultivo anodinos. Analítica: leucocitosis con neutrofilia. Resto normal. RMN cerebral; múltiples lesiones hiperintensas en T2y FLAIR en sustancia blanca de ambos hemisferios y protuberancia. Atrofia corticosubcortical difusa. EEG; actividad cerebral enlentecida en regiones frontotemporales. LCR; glu 158, prot 71, sin células. Cultivo negativo. Proteína 14-3-3 negativo. ETT, solicitado pero no realizado por LET. La paciente ingresa con sospecha de sepsis de origen mixto, cutáneo y urinario, recibiendo ciclos ATB de amplio espectro; dada la evolución tórpida, fiebre persistente y empeoramiento neurológico progresivo, se decide LET y medidas de confort, falleciendo a las 48 horas. Se realiza necropsia para descartar (con bajo nivel de sospe-

cha), encefalopatía espongiforme. Resultado de la necropsia: taupatía con distribución sugestiva de degeneración corticobasal.
Discusión: Nuestra paciente desarrolló una forma atípica de esta entidad, puesto que la degeneración corticobasal es una enfermedad infrecuente caracterizada por un cuadro progresivo asimétrico de rigidez y bradicinesia, mioclonías y posturas distónicas, alteraciones corticales (asterognosia, agrafoestesia), alteraciones oculomotoras horizontales, fenómeno del miembro ajeno, alteración en la estabilidad postural y deterioro cognitivo, clásicamente síntoma tardío (ahora cuestionado), con alteraciones del lenguaje y del comportamiento, pudiendo preservar la memoria episódica.

PC-304. DETERIORO FUNCIONAL SECUNDARIO A HIPONATREMIA MANTENIDA COMO MANIFESTACIÓN DE MACROADENOMA HIPOFISARIO EN EL ANCIANO

S. López Martínez, M. Alcantud, C. Ramón, L.J. Carbajal, B. Contreras, A. Areosa y B.A. Cedeño
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: La hiponatremia como primera forma de presentación de hipopituitarismo secundaria a tumor hipofisario, es rara. Puede ser causa de deterioro cognitivo, caídas y fracturas, así como desmineralización ósea. El objetivo de este caso, es dar a conocer las características clínicas de esta entidad, así como la importancia de su diagnóstico temprano, al tratarse de una causa de deterioro funcional potencialmente reversible.
Caso clínico: Varón de 83 años que acude a urgencias por deterioro funcional desde hace 4 meses tras caída, presenta crisis de hipo, temblor e inestabilidad, así como aumento de tos, disnea en los últimos días. Ha visitado a su MAP en varias ocasiones y ha sido hospitalizado por caídas de repetición y decaimiento con diagnóstico de hiponatremia no filiada. Como antecedentes personales destacan: HTA, EPOC, SAHS en tratamiento con CIPAP, FA, HBP y megacolon tóxico secundario a estreñimiento. En tratamiento con antiHTA, broncodilatadores, acenocumarol y laxantes. Situación basal previa: Barthel 80/100. Sin deterioro cognitivo. Ingreso, Barthel 15/100. El paciente a su llegada a urgencias presenta constantes mantenidas, destacan tonos arrítmicos y abdomen globuloso en exploración física. Obnubilado y con tendencia al sueño. Déficit campo visual. Se realiza analítica: NA 117 K 3,29 con OSm plasmática (233), además de Hb 10,7. Rx abdomen: megacolon. Sin otras alteraciones en Sistemático de orina, Rx de tórax ni ECG. A pesar de fluidoterapia no presenta mejoría por lo que ingresa en planta. En planta, presenta Na 118, con disminución de Ca, Mg y K. TSH, cortisol y PTH sin alteraciones. Ante la mejoría tras restricción hídrica y sospecha de SIADH se solicita RMN cerebral dónde se objetiva: macroadenoma HF, al alta Na 134 y Barthel 75. Actualmente, pendiente de valoración por neurocirugía y oftalmología para decisión terapéutica.
Discusión: La hiponatremia como primera manifestación clínica, secundaria a tumores hipofisarios se ha descrito especialmente en mayores de 70 años. En este caso, el paciente presentaba deterioro funcional importante secundaria a hiponatremia con diagnósticos erróneos durante meses, de ahí, la importancia de una detección precoz para evitar consecuencias fatales e incapacidad.

PC-305. ROTURA CRÓNICA CONTENIDA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Solís Ovando, R. Labra González, F. Moreno Alonso, E. Cano Suárez, B. Cámara Martín y E. Valente Rodríguez
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción: La rotura crónica de aneurisma es una entidad clínica poco frecuente con una prevalencia de entre el 2-4% de los aneurismas de aorta abdominal. Se generan a partir de una pequeña fisura en la pared posterior de la aorta que produce una hemorragia menor sin repercusión hemodinámica al estar contenida por la columna vertebral y el músculo psoas. Suele cursar como dolor lumbar crónico.
Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 88 años, sin deterioro cognitivo e independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes personales de hipertensión arterial, exfumador, estenosis carotídea intervenida mediante colocación de stent y resección transuretral de próstata. Portador de sonda vesical por hipertrofia prostática con infecciones urinarias de repetición. Refería clínica de 2 meses de evolución de deterioro funcional asociado a dolor lumbar de tipo mecánico y que no se había controlado con analgesia convencional pautada ambulatoriamente. Relataba una pérdida de aproximadamente 5 kilogramos de peso desde el inicio del cuadro, sin asociar síntomas digestivos. Ingresa en nuestro servicio tras valoración en el Servicio de Urgencias por dolor lumbar y evidencia en la radiografía simple realizada de imágenes líticas a nivel de L4. En la exploración física en planta destacaba dolor a la digitopresión sobre la columna lumbar, así como una masa pulsátil en mesogastrio. No se evidenciaron otras masas ni adenopatías periféricas. Los parámetros hemodinámicos estaban dentro de límites normales y no había alteraciones en la exploración cardiopulmonar. La analítica extraída al ingreso era anodina sin alteraciones del hemograma ni de la bioquímica incluyendo proteinograma, inmunoelectroforesis y niveles de PSA. Se solicitó un TC toracoabdominopélvico donde se objetivó una gran masa retroperitoneal de densidad de tejido blando con calcificaciones periféricas; la lesión se continua con la pared de la Aorta abdominal, siendo compatible con aneurisma abdominal infrarenal con rotura crónica contenida, con osteolisis del muro anterior de L4 y en menor medida L5 y L3. Tras el hallazgo el paciente es valorado por el Servicio de Cirugía Vascular ofreciendo cirugía endovascular que el paciente finalmente rechaza.

PC-306. CUADRO CONFUSIONAL Y ANEMIA HEMOLÍTICA

J. Gil Moreno, J. Martín Márquez, G. Martinón Torres, N. Parras García de León, E. García Carreño, J.L. Esquinas Requena y V. Mazoteras Muñoz
Hospital General de Ciudad Real.

Caso clínico: Varón de 81 años sin RAMC. EPOC. TVP en MMII en dos ocasiones. TBC pulmonar residual. Macroamilasemia. Situación basal: IABVD. Katz A. Deambulación autónoma. Trastorno depresivo en tratamiento con paroxetina 20 y mirtazapina 15 mg. Ingresa en la unidad de agudo del servicio de geriatría por cuadro confusional, febrícula y orina colúrica. Durante la hospitalización presenta crisis convulsiva, fiebre de 38 °C, anemia progresiva y lívedo reticularis en MMII. Pruebas complementarias: sistemático de sangre: hb ingreso 12, hb hospitalización 7,4. test de Coombs directo positivo. Estudio de coagulación: AP y TTPa alargados. Bioquímica: bilirrubina T 2,5, LDH 1200. Marcadores tumorales: dentro de la normalidad. Serología: urocultivo y hemocultivos × 2 negativos. VEB, toxoplasmosis, VIH negativos, hepatitis A, B y C negativos. Autoinmunidad: ANAs y ANCAs negativos, Ac anticardiolipina > 25 y a las 12 semanas > 50. Ecocardiograma transtorácico: ausencia de verrugas. TAC cerebral: encefalopatía vascular. Infartos lacunares crónicos. TAC abdominal: Imágenes hipodensas periféricas en el bazo. Con esta exploración y las pruebas diagnosticas se hace el diagnostico diferencial con panarteritis nodosa, endocarditis bacteriana, lupus eritematoso, vasculitis posviral, crioglobulinemia, sepsis sin foco, síndrome antifosfolípido primario. Evolución: se inicia tratamiento con antibioterapia de forma empírica con piperacilina/tazobactam, corticoides por vía sistémica, heparina a dosis terapéuticas con mejoría clínica y analítica. Al alta se anticoagula al paciente con antivitamina K.
Discusión: Fue diagnosticado de síndrome antifosfolípido primario. El paciente ya había tenido con anterioridad dos TVP sin estudio de coagulabilidad y aunque la enfermedad es rara en varones con una

proporción de 1:5 con las mujeres. También especialmente raro en ancianos, en este caso cumplía varios criterios clínicos y uno de laboratorio a las 12 semanas con Ac anticardiolipina > 50. En la mayoría de las ocasiones también está asociado a LES.

PC-307. SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES POR ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES GERIÁTRICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Beltrán Martínez, M.D.C. Sánchez García, M.T. Domínguez Castillo y J.L. Castro Aragón
Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los síntomas psicóticos son muy frecuentes en las demencias más comunes, como el caso de la enfermedad de Alzheimer. Estos cuadros han sido tratados tradicionalmente con medicación antipsicótica. El principal problema en el uso de antipsicóticos en cuadros asociados a demencias proviene de sus efectos adversos, principalmente síntomas extrapiramidales (al inicio del tratamiento: distonías agudas, en fase subaguda: la acatisia y parkinsonismo y en etapas avanzadas: disquinesias tardías), efectos anticolinérgicos, hipotensión postural y sedación, así como una repercusión negativa sobre el funcionamiento cognitivo. En este estudio vamos a mostrar mediante un caso clínico el manejo de los trastornos motores inducidos por fármacos antipsicóticos en atención primaria.
Caso clínico: Mujer de 85 años institucionalizada que es traída por su familia por flexión cervical forzada dolorosa que mantiene desde hace dos semanas. Hace 1 mes que inició tratamiento con risperidona por psiquiatra. actualmente a dosis de 2 mg cada 12 horas. Antecedentes personales: demencia tipo Alzheimer, trastorno depresivo, artrosis, hipertensión arterial, dependiente para actividades básicas de la vida diaria. Tratamiento: risperidona, sertralina, mirtazapina,furosemida. Exploración física: contractura muscular cervical en flexión con imposibilidad para realizar la extensión y dolor a la palpación de musculatura paravertebral. Resto normal. Juicio clínico: distonía cervical por risperidona. Tratamiento: se administra en el centro 5 mg de biperideno intramuscular con buena respuesta. Suspendemos risperidona y se pauta diazepam, dexketoprofeno, calor local. Se deriva de nuevo a consultas de Salud Mental.
Discusión: La distonía aguda es un efecto adverso bastante frecuente producido por el uso de antipsicóticos. Su cuadro clínico es fácilmente evidenciable y el tratamiento médico realizado a tiempo es exitoso la mayoría de las veces. Aunque los antipsicóticos atípicos produzcan síndrome extrapiramidal en menor medida que los típicos, el riesgo existe. El tratamiento debe ser mantenido solo si se aprecian beneficios claros y se debe suprimir a intervalos regulares, observando la evolución. En algunos pacientes puede que no sea posible suprimirlo.

PC-308. DOLOR Y DEMENCIA

A. Beltrán Martínez, M.D.C. Sánchez García,
M.T. Domínguez Castillo, E. Quintero Pérez y J.L. Castro Aragón
C.S. Don Paulno García Donas, Alcalá de Guadaira.

Introducción y objetivos: El dolor es un signo centinela en las fracturas de columna que llevan a los pacientes a consultar. Los pacientes con demencia tienden a experimentar la intensidad del dolor de forma distinta a los pacientes que no presentan demencia. Ilustrar mediante un caso clínico el manejo del dolor en el paciente con demencia.
Caso clínico: Paciente que es traída por deformidad en la región dorsal de forma aguda según refiere la familia. Niegan traumatismo alguno, la paciente no expresa dolor, al preguntarle a sus acompañantes refieren que no se queja de dolor aunque si la notan algo más inquieta de lo habitual. Antecedentes personales: RAM a metamizol. FRCV: HTA, DM tipo II, DLP. demencia de tipo Alzheimer moderada de 8 años de evolución. Gonartrosis bilateral en tratamiento con paracetamol. Fibrilación auricular crónica anticoagulada. Hernia de hiato en tratamiento con IBP. A la exploración se observa giba dorsal derecha con hipercifosis dorsal que se observa a simple vista. No presenta dolor a la palpación de apófisis espinosas desde región cervical hasta lumbar. No dolor a la palpación de musculatura paravertebral. Niega dolor a la flexión y extensión de la región dorsal aunque escasa colaboración de la paciente por su demencia. Pruebas complementarias. Primaria: Rx cervical y lumbar: Importantes cambios degenerativos con osteofitos. Se observa un acuñamiento de las vertebral D3-D4 no conocidas previamente. Especializada: TAC de columna: fractura de probable etiología osteoporótica aguda. Densitometría ósea en cabeza de fémur: osteoporosis. Juicio clínico: fractura osteoporótica dorsal en paciente anciano. Diagnóstico diferencial: fractura osteoporótica posmenopáusica, fractura patológica secundaria a causa tumoral. Tratamiento: reposo absoluto. Alendronato semanal. Calcio 600 mg/colecalciferol 400 UI diarios.
Discusión: Los pacientes con demencia suelen perder la habilidad de comunicar de forma correcta el dolor y esto conlleva a serias dificultades a la hora de detectar el dolor, que aumenta en los casos severos de demencia. Es por ello que es muy importante tener en cuenta que los pacientes con demencia presentan este problema y una buena historia clínica y una correcta exploración pueden llevar al clínico a disminuir esta barrera.

PC-309. A PROPÓSITO DE UN CASO GERIÁTRICO. GLIOBLASTOMA FRONTAL DERECHO SIMULANDO ICTUS SUBAGUDO

W. López Forero, F. Quiñónez, F. Solís, A. Cruz Santaella, Y. Dionisio, F. Moreno y T. Martínez
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción: La incidencia de tumores cerebrales por edad aumenta en forma dramática con la edad del paciente principalmente entre los 75 y 85 años de edad en ambos sexos, y el tipo más frecuente en los ancianos es el glioblastoma multiforme y el astrocitoma. Supone el 15% de todas las neoplasias intracraneales y el 50-60% de todos los tumores astrocíticos. Su incidencia es de 2,5 casos anuales por cada 100.000 habitantes.
Caso clínico: Mujer de 86 anos derivada del servicio de urgencias por notar trastornos de memoria en los últimos 6 meses aproximadamente, con desorientación temporo-espacial e hipoactividad, se prescribió sertralina con mejoría parcial del cuadro. En los tres meses siguientes asistimos a un deterioro funcional con tendencia a bradisiquia, bradilalia, con mayor déficit de atención, por lo que es valorada en CCEE de nuestro servicio donde se objetiva alteraciones del lenguaje con hemiparesia, se trata como probable ACVA en estudio y se solicita el estudio respectivo para el mismo. Es remitida a urgencias por empeoramiento neurológico, así como episodios de obnubilación donde se objetiva por TAC de control ACVA subagudo en territorio de ACM derecha, ingresando a nuestro servicio bajo dicho diagnóstico. Durante su ingreso la paciente presenta periodos de obnubilación, así como intensificación de la sintomatología neurológica, con lenguaje ininteligible, por lo que se decide solicitar nuevo TAC craneal de control, objetivando lesiones similares a estudio previo, ante la inestabilidad del cuadro así como la atípica evolución y empeoramiento progresivo, solicitamos RNM craneal e iniciamos empíricamente medidas antiedema con manitol con buena adhesión al mismo. La RNM es informada como glioblastoma frontal derecho subcortical y profundo con extensión al cuerpo calloso hacia lóbulo frontal izquierdo y a través de sustancia blanca a lóbulo temporal ínsula, núcleos basales y tálamo derecho.
Discusión: Por medio de la siguiente damos conocer la presentación clínica de glioblastoma frontal que nos hizo pensar en ictus por estudio de imágenes pero ante la atípica evolución se confirmo por medio de RNM.

PC-310. UNA VEZ MÁS NO ES LA EDAD LO QUE IMPORTA

I. Rodríguez Miñón Otero[1], I. Bartolomé Martín[1], A. Encinas Vicente[2], L.A. Bárcena Goitiandia[1] y F.M. Quinte Yarcuri[1]
[1]Hospital Universitario, Guadalajara. [2]Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 90 años independiente para actividades básicas de la vida diaria e instrumentales menos viajar, camina de forma independiente con ayuda técnica. Sin deterioro cognitivo. Vive en domicilio con su esposa. Antecedentes de hipertensión, diabetes tipo II, dislipemia y exfumador desde hace 30 años. Cardiopatía isquémica con revascularización percutánea con FEVI severamente deprimida. Portador MP por síndrome bradi-taquicardia. TEP bilateral asintomático secundario a TVP, con embolización por radiología vascular y colocación de filtro de vena cava. Enfermedad renal crónica por probable nefroangioesclerosis. Ingresa en Geriatría por disnea con dolor torácico no opresivo de características pleuríticas, disfonía con disfagia y deterioro funcional de 6 meses de evolución. Exploración física sin nada reseñable excepto crepitantes bibasales. Exploración con laringoscopia directa donde se observa una lesión vegetante friable en endolaringe a nivel glótico. Se realiza panendoscopia con toma de biopsias y TAC de cuello, llegando al diagnóstico de carcinoma epidermoide glótico T3NO. Se propone radioterapia frente a laringuectomía radical dado los antecedentes y el riesgo anestésico, pero el paciente se muestra en desacuerdo y decide someterse a cirugía en contra del consejo médico. Finalmente se realiza laringuectomía total colocando traqueotomía con excelente evolución, pudiendo ser dado de alta. Seis meses después el paciente el paciente presenta ingestas orales, ha recuperado su situación basal y realiza actividades de ocio.
Discusión: A propósito de este caso los autores queremos poner énfasis en la importancia de respetar la autonomía del paciente. Nuestro paciente prefirió asumir el riesgo de la cirugía y el postoperatorio aduciendo una merma en su calidad de vida que no estaba dispuesto a asumir (necesidad de dispositivo de alimentación artificial por disfagia grave). Es tarea del profesional informar y asegurarse que el paciente comprende todas las implicaciones del procedimiento y tratamiento al que va a ser sometido, pero es el paciente el que ha de tomar la decisión última, sobre todo cuando es de tanto calado como el caso que nos ocupa.

PC-311. PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

C. López Muñoz, I. Pérez Errazquin, J. Parejo Romero y P. Romero Carmona
Centro de Salud Cantillana.

Caso clínico: Mujer de 69 años diagnosticada de HTA, dislipemia, glaucoma, mastectomía derecha por carcinoma mama > 25 años, artritis reumatoide seropositiva desde 1998, espondiloartrosis lumbar, protrusión lumbar de L2-L5, hidrocefalia triventricular crónica > 25 años, bocio multinodular, histerectomía por miomas y endometriosis. Tratamiento habitual: Eutirox 75 mg, triflusal 600 mg, pregabalina 75 mg/12h, acetazolamida 250 mg, indometacina 50 mg, metformina 850 mg, olmesartán 20 mg/hidroclorotiazida 25 mg, omeprazol 20 mg, metoject 20 mg/semanal, acfol 3 comprimidos semanales tras metoject y diazepam 5 mg. En agosto 2013 comienza con fiebre termometrada intermitente (38 °C), disnea a moderados esfuerzos, tos seca habitual y pérdida de peso no cuantificada desde entonces, motivos por los que ingresa el 12/9/2013. Deterioro neurológico en los últimos meses, pérdida de memoria reciente, bradipsiquia y apraxia en la marcha. A su ingreso pancitopenia: Hb: 7,9 g/dl, plaquetas 45.000, 500 neutrófilos, insuficiencia renal aguda con EFNa: 1,8%. Se suspende metotrexato, leflunomida y AINEs y se comienza con antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam y levofloxacino. Destacable a la exploración física crepitantes finos tipo velcro bilaterales hasta vértices. Sat O2 93%. Rx tórax: patrón intersticial bilateral predominio campos medios con cisuritis. Ecocardiografía: insuficiencia tricuspídea moderada, HTP ligera-moderada. TAC craneal: hidrocefalia triventricular grave crónica. TAC tórax: neumopatía intersticial difusa sospecha de toxicidad por metrotexate versus infección intersticial tipo virus o *Pneumocystis*. Fibrobroncoscopia: sin hallazgos significativos. Toman muestras para microbiología y LBA. Microbiología: PCR positivo para *Pneumocystis jiroveci*. Tras confirmación de infección por *P. jiroveci* se suspende antibioterapia y se inicia TMP-SMX y se añaden corticoides por insuficiencia respiratoria basal Sat O2 78%. Evolución: la pancitopenia se resolvió a las dos semanas tras suspensión de medicación inmunodepresora. La insuficiencia renal, con fluidoterapia y suspensión de fármacos nefrotóxicos. Tras estabilización de toda su patología en abril de 2014 se le practica ventriculostomía endoscópica con buen resultado. En la actualidad la paciente se mantiene estable y en seguimiento por reumatólogo que mantiene actitud expectante. Ha presentado un brote de escasa duración e intensidad durante el año 2015 que se resolvió con dosis bajas de prednisona.

PC-312. A PROPÓSITO DE UN CASO. SÍNDROME SEROTONINÉRGICO

K. Reynoso de los Santos, J. Caballero Palacio, J.L. González Guerrero, P. Martínez Velasco, L. Morillo Blanco, J.M. Ortega Morente y E. Núñez Vaquerizo
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Identificar las reacciones farmacológicas adversas como forma frecuente de enfermedad iatrogénica y entidad a tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial de un cuadro de deterioro de la situación basal brusca en un paciente geriátrico.
Caso clínico: Se trata de un paciente de 89 años con antecedentes de Síndrome depresivo de un mes de evolución en tratamiento con sertralina 100 mg y quetiapina 50 mg, además diarrea crónica con diagnóstico de colon irritable. Es derivado desde atención primaria por "estado estuporoso y deshidratación" de 24 horas de evolución. Desde hace una semana presenta apatía, tristeza y negativa a la ingesta. Según los familiares coincidiendo con el aumento de la pauta de setralina a 100 mg presenta alucinaciones, confusión y aumento del número de deposiciones diarias. En la analítica se objetiva sodio de 151 mmol/L, osmolaridad 354 mosm/kg, alteración de la función renal con creatinina de 7,15 mg/dl, potasio 3,06 mmos/l, urea: 387 mg/dl y CK: 2.140. Durante su ingreso el paciente estuvo afebril, sudoroso, taquicárdico, se mantiene en estado estuporoso presentando a la exploración neurológica midriasis, hiperreflexia, mioclonías y espasticidad. Ante la sospecha de síndrome serotoninérgico iniciamos tratamiento con fluidoterapia y suspendemos medicación habitual. Solicitamos pruebas diagnósticas sin hallazgos significativos. Progresivamente el paciente mejora, realiza rehabilitación y es dado de alta con los diagnósticos: reacción adversa a medicamentos/probable síndrome serotoninérgico (SS), deshidratación hipertónica, insuficiencia renal aguda de origen mixto, rabdomiolisis. El SS es una condición que potencialmente pone en peligro la vida del paciente y que se asocia con un aumento de la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central. Generalmente es secundario a uso de medicamentos utilizados con fines terapéuticos. Se describe con la triada clásica de cambios en el estado mental, hiperactividad autonómica y alteraciones neuromusculares. Está conformado por un amplio rango de manifestaciones desde aquellas benignas hasta mortales en el otro extremo.
Discusión: Los pacientes geriátricos están en mayor riesgo de iatrogenia farmacológica grave, lo que nos llevaría a plantear un mejor control en la prescripción de medicamentos en esta población.

PC-313. CUADRO CONFUSIONAL SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON ACICLOVIR POR ZOSTER TORÁCICO EN UN OCTOGENARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Ortega Morente, P. Martínez Velazco, K. Reynoso de los Santos, J. Mohedano Molano, E. Núñez Vaquerizo, M.L. García Martín y J.L. González Guerrero
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Exponemos un caso clínico sobre un cuadro confusional, tras 48 horas del inicio de tratamiento con aciclovir por un zoster torácico, en un paciente con multimorbilidad y fragilidad.
Caso clínico: Se trata de un varón de 84 años, con antecedentes de HTA, Cardiopatía isquémica, portador de marcapasos, DM-2, con ERC secundaria a nefropatía diabética, en programa de diálisis y retinopatía diabética; Ictus isquémico en territorio carotídeo derecho. Fractura subcapital de cadera derecha hace dos semanas, con tratamiento conservador. Barthel 65, realiza alguna instrumental, sin deterioro cognitivo conocido. Que ingresa por alteración conductual, inquietud motora progresiva y alucinaciones visuales (viendo personas en la habitación y "muertos"), más disartria, de 24 horas de evolución. Habiendo comenzado 48 horas antes aciclovir 800 mg/8h por herpes zoster intercostal, en fase costrosa. A la exploración presentaba un estado general conservado, sin alteraciones en la auscultación, ni abdomen, neurológicamente desorientado en tiempo y espacio, disartria, movimientos pseudoatetósicos y clonías negativas en mano izquierda, sin déficit motores o sensitivos. Fractura no complicada y correcta analgesia. Las pruebas complementarias realizadas fueron una analítica completa donde el hemograma fue normal, en la bioquímica destacaba creatinina 4,52 (similar a su basal), PCR 104, iones y el resto de perfiles normales, orina negativa. Tanto en la radiografía de tórax y TAC de cráneo, no se objetivó patología aguda; EEG con afectación cerebral difusa moderada y anomalías epileptiformes a nivel ambas regiones parieto-temporales. Y bioquímica del LCR dentro de la normalidad. Dados los resultados y en la evolución se objetivó que tras realización de las hemodiálisis programadas durante su ingreso se producía una mejora del cuadro confusional, así como alucionaciones e inquietud motora, que junto la retirada de aciclovir y realización únicamente de curas locales en zona de herpes, mejoró su nivel cognitivo hasta resolverse el cuadro. No presentó a pesar de los resultados del EEG clínica comicial, aún así se inició al alta tratamiento con valproico.
Discusión: Revisando la literatura vemos casos similares, y diversos estudios sobre el uso de antivirales, como uno publicado por la Clínica Mayo, donde relacionan los niveles séricos y en LCR pre y posdiálisis de aciclovir.

PC-314. "NUESTRA HERRAMIENTA"

D. Prada Cotado, G. Martinón, J. Martín, E. García Carreño, J. Gil Moreno y J.L. Esquinas
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: El paciente anciano está expuesto a una problemática consustancial (mental, funcional y social) con el envejecimiento que va a condicionar en gran parte su independencia; a estos problemas hay que concederles la misma importancia que a los puramente biomédicos para conseguir una visión integral y diseñar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora, con el fin de lograr la mejor calidad de vida que es el fin último de la Geriatría. La valoración geriátrica Integral es el mejor instrumento para la correcta atención y calidad asistencial de nuestros mayores, demostrando su utilidad en parámetros como la mayor precisión diagnóstica, reducción de mortalidad, mejoría funcional, disminución de reingresos hospitalarios e institucionalización. Los síntomas psicoconductuales asociados a la demencia –SPCD- incluyen trastornos psicóticos (alteración de la percepción y contenido del pensamiento), afectivos (disforia, ansiedad), conductuales (irritabilidad, agitación psicomotriz) y neurovegetativos (sueño y apetito).
Caso clínico: Mujer 92 años HTA, DM-2 y con enfermedad de Alzheimer institucionalizada por los SPCD de difícil control con deterioro funcional y cognitivo severo (Barthel 0, GDS 7) que ingresa por celulitis por S. *aureus* metilrresistente tras herida inciso-contusa traumática precisando aislamiento de contacto y sulfametoxazol/cotrimazol según antibiograma. Durante dicha instancia se ajustan psicofármacos rotando haloperidol-quetiapina por olanzapina y lorazepam por mirtazapina consiguiendo adecuado control anímico, conductual, sueño y mejor participación en ingesta siendo dada de alta a su residencia donde pudo ser liberada de las sujeciones mecánicas que había mantenido los últimos meses por vagabundeo con riesgo de autolesión, entrando en programa de fisioterapia para reeducación de la marcha. Reevaluada a posteriori en consultas externas mantiene deambulación del brazo de sus hijas, quienes retomarán la convivencia de la paciente en sus domicilios de forma itinerante (Barthel 30, GDS 6).
Discusión: En nuestro caso, la celulitis era el menor de los problemas, en una paciente con demencia degenerativa estadio moderado con psicofármacos elegidos de forma equivocada que lejos de calmar sus SPCD aún *precisaba* sujeción mecánica con el subsiguiente deterioro funcional severo ('inmovilismo impuesto'). Tras una exhaustiva VGI e instauración adecuada de medicación, mejora no sólo su funcionalidad si no que la paciente retorna a domicilio.

PC-315. SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA (SBOP) EN PACIENTE NO PORTADOR DE SONDA VESICAL (SV) PERMANENTE

C. Muñoz Romero[1], J.C. Heredia Pons[1], E.M. Nieto Ramos[2], M. Domínguez López[1], E. Martínez Almazán[1] y M.J. Rallo[2]
[1]Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa. [2]Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

Introducción: El SBOP es una entidad rara, descrita por primera vez en 1978. Se han publicado casos aislados en mujeres ancianas, portadoras de catéter urinario permanente, que presentan estreñimiento crónico, inmovilidad establecida y múltiples comorbilidades. Se estima una prevalencia entre el 8,3-27%. El fenómeno del cambio de coloración de la orina se debe a la presencia de bacterias productoras de sulfatasa y fosfatasa (*P. mirabillis, E. coli, M. morganii*, entre otros), lo que unido a una alta concentración de triptófano favorecido por el estreñimiento ocasiona la aparición de índigo e indirrubina. Estas sustancias se adhieren a la superficie del catéter y la bolsa de orina dando lugar a una reacción química con el policloruro de vinilo que produce la coloración azulada.
Caso clínico: Mujer de 87 años de edad con antecedentes de artrosis grave generalizada, ITUs de repetición, estreñimiento crónico. Situación funcional: deambulación precaria dentro del domicilio con andador, incontinente urinaria. Índice Barthel: 60. Consulta a urgencias por fiebre, disminución de la diuresis y orina concentrada en los días previos. En la exploración física destaca globo vesical, se realiza sondaje vesical, obteniéndose orina color púrpura. Analítica: hemoglobina: 9,8 mg/dL, hematocrito: 33,4%, leucocitos: 20,17 × 10^9/L, neutrófilos: 11,82 × 10^9/L. PCR: 6,74 mg/dL, urea: 87 mg/dL. Sedimento de orina: leucocitos: 20-40 por campo, eritrocitos: 2-5 por campo. Tira reactiva: pH: 8, nitritos positivo. Se pide urinocultivo y se inicia tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico. Se ingresa a la unidad de subagudos para completar tratamiento. Resultado del urinocultivo: *P. mirabilis* (1.000.000 UFC/ml) y *E. faecalis* (100.000 UFC/ml) multisensibles. Por presentar cuadro clínico compatible con infección respiratoria se decide rotación a levofloxacino para ampliar cobertura. Se retira SV con éxito después de completar segundo ciclo de antibiótico, también se realizan ajustes de laxantes por estreñimiento mal controlado.
Discusión: El aspecto de la orina forma parte importante de la valoración clínica del enfermo. Aunque en otros casos el SBOP se ha aso-

ciado al SV permanente y a situaciones de inmovilidad, también puede presentarse de forma inmediata a la realización de sondaje no permanente y en enfermos que mantienen la capacidad para deambular.

PC-316. DOLOR LUMBAR DE CAUSA INFRECUENTE: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ADECUADO Y LA NO DISCRIMINACIÓN POR CRITERIOS DE EDAD

C. Pablos Hernández, A. González Ramírez, J.M. Julián Enríquez, V. Gómez Ruiz, M.A. García Iglesias, C. Hernández Pascual y J.F. Blanco Blanco
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Con frecuencia en ambientes no sensibilizados nos encontramos frente a situaciones en las que la discriminación por edad o ageísmo tiene repercusiones negativas en la asistencia al anciano. Presentamos el caso de una paciente con dolor lumbar de larga evolución con progresiva limitación funcional atribuido erróneamente a patología degenerativa "propia de la edad".
Caso clínico: Paciente de 78 años con HTA bien controlada y poliartrosis. Situación basal: Katz A, Barthel 100, Lawton 4/8. Sin deterioro cognitivo. Tratamiento: enalapril 10 mg (1-0-0), paracetamol 1g (1-1-1), lactulosa ocasional. Desde hace 4 meses, deterioro progresivo de movilidad por lumbalgia persistente irradiada a extremidad inferior izquierda, manejada con analgésicos y antiinflamatorios. Durante las últimas semanas y a consecuencia del dolor: Barthel 60/100, CRF 3/5, Katz D. Remitida a nuestra Unidad de Ortogeriatría para control analgésico. Exploración: palidez muco-cutánea. Sat 88%. Edema y flogosis en EII. Adenopatía supraclavicular izquierda de 2 cm indurada, móvil y no dolorosa. Analítica: hemoglobina 11,6 g/dL; neutrófilos 2,78 × 10^3/μL, calcio 12,1 mg/dL, urato 6,3 mg/dL, LDH 439 U/L, hierro 28 μg/dL, transferrina 186 mg/dL, β2microglobulina 4,67 mg/L. RMN lumbar: múltiples conglomerados adenopáticos retroperitoneales (hasta 15 × 3,5 cm) y en ambas cadenas iliacas. TAC toracoabdominopélvico: bloque de adenopatías supraclaviculares izquierdas. Desplazamiento de estructuras vecinas. Adenopatía retrocrural y retroperitoneales (hasta 4 cm) y en cadenas iliacas (hasta 5 cm). Gran masa de partes blandas que destruye pala iliaca izquierda (11,7 × 8,7 cm) afectando cotilo y articulación sacroilíaca derecha. TEP derecho. TVP (femoral común). PEC-TAC: infiltración ganglionar supra e infradiafragmática con infiltración ósea. PAAF de masa en pala iliaca y biopsia de médula ósea: linfoma B difuso de célula grande CD10-.
Conclusiones: 1) El linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) es uno de los tipos más frecuentes de linfoma (30% de los no-Hodgkin en nuestro medio). 2) Con mayor incidencia en la 6ª década de la vida, puede aparecer a cualquier edad. 3) De crecimiento rápido, con una tasa elevada de proliferación celular y comportamiento agresivo puede aumentar significativamente su volumen en días o semanas. 4) Aunque el 90% de las lumbalgias estén causadas por patología funcional de columna, es importante llegar a un diagnóstico certero, más aún en situaciones de dolor intenso refractario y evolución tórpida.

PC-317. EVOLUCIÓN DE UPP EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ICTUS

E.M. Nieto Ramos, J.C. Heredia Pons, A. Vidiella Piñol y M.A. Regodón Redondo
Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

Caso clínico: Enfermedad actual: mujer de 71 años que ingresa por ictus isquémico tipo TACI derecho de origen aterotrombótico, con estenosis de la ACI derecha (91%), disfagia neuromotora. NIHSS:6. Tratamiento fibrinolítico. Antecedentes personales: HTA, dislipemia. Funcional post-ictus: alimentación con SNG. Paresia facial izquierda más hemiparesia izquierda de predominio braquial. Falta de actividad motora y flacidez en extremidades paréticas. Control de tronco en sedestación. No distingue estimulación bilateral. Cognitivo: orientada. No delirium. Valoración al ingreso en centro rehabilitador (CR): FIM-FAM: 28 (subescala física): problema grave. 57 (subescala cognitiva): problema moderado. Funcional: Índice Barthel (IB) actual: 20. Previamente sin incapacidad (IB: 90). Social: soltera, vivía sola, red de apoyo social nula. APGAR-Familiar: gravemente disfuncional (paciente no tiene familia, cuidador contratado durante ingreso). Vivienda: barreras arquitectónicas intradomiciliarias. Valoración de Enfermería CR. Respiración: eupneica. Alimentación: necesita ayuda. Dieta: blanda disfágica hiposódica, hiperproteica. Eliminación: incontinencia doble. Movilización: deterioro físico, cama-sillón. Higiene personal: aseo asistido. Heridas/prevención: UPP1 Talón izquierdo. Tamaño: 9 × 6 cm. Estadio: III. Lecho ulceral: escara necrótica. Piel circundante: seca. Exudación: ninguna. Dolor (EVA:8). Necrosis no delimitada que no se pudo realizar desbridamiento cortante al inicio, incisiones con bisturí, desbridamiento enzimático y oclusión con apósito de hidrocoloide (AH) c/48h, durante una semana. 10 días después escara húmeda: desbridamiento cortante, por capas, a la vez se aplicaba desbridamiento autolítico más AH. Tras total desbridamiento, hay pérdida de dermis, la cura c/48h-72h (según exudado) con hidrogel más AH (fase de granulación). Duración: 40 días. Cuando dejó de presentar exudado (día 60) se cambió pomada a blastoestimulina más AH (fase de epitealización). UPP2 Maléolo externo izquierdo. Tamaño: 2 × 1,5 cm. Estadio: IV. Lecho ulceral: tejido esfacelado. Piel circundante: seca. Exudación: serosa. Dolor (EVA:2). Al tejido esfacelado se realizó desbridamiento cortante y autolítico más apósito de alginato por gran exudación de la úlcera. Cura realizada durante 20 días c/48h. En fase de granulación: hidrogel + AH c/48h, durante un mes. En fase de epitelización: blastoestimulina más apósito de espuma de hidrofibra. Durante el proceso se intentó mantener la piel perilesional seca e hidratada. Se utilizaron vendajes con celulosa más venda de crepes para proteger la zona que se sustituían cada 24h. La limpieza de las úlceras se realizaba con suero fisiológico.

ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

PS-001. ENVEJECIMIENTO EXITOSO Y SU ASOCIACIÓN CON LA INEQUIDAD SOCIAL EN MUJERES DE 60 AÑOS Y MÁS DEL OCCIDENTE MEXICANO

B.A. Corona-Figueroa[1], E.D. Arias-Merino[1], M.V. Zunzunegui[2], N.M. Mendoza-Ruvalcaba[3] y A.E. Morales-Sánchez[4]
[1]Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. [2]Institut de Recherche en Santé Publique, Université de Montréal, Montreal, Canadá. [3]CUTonalá Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. [4]CUNorte Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

Introducción: El envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997) implica ausencia de enfermedad, alto funcionamiento físico-cognitivo y compromiso con la vida. Tiene prevalencias de 3-21% y factores de riesgo como ser mujer, baja escolaridad y bajo ingreso, que se estudiaron aquí como inequidad social y se asociaron al envejecimiento exitoso en adultas mayores mexicanas.
Objetivos: Determinar la prevalencia de envejecimiento exitoso, su asociación con el grado de inequidad social y factores asociados en mujeres de 60 años y más del occidente mexicano
Métodos: Estudio analítico transversal con datos de 1.887 mujeres de 60 años y más de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento

(SABE) Colima-Jalisco 2010, a partir de la cual se obtuvo el índice de envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn) y se construyó un Índice de Inequidad Social en las participantes. Para conocer los indicadores de inequidad social se practicó un análisis multivariado con OR's crudas y ajustadas. Se empleó SPSS 22 para la validación del índice y análisis estadístico, con pruebas chi cuadrado ($p \leq 0,05$) e intervalos de confianza de 95%. En cuestiones éticas, fue un estudio sin riesgo.
Resultados: La prevalencia global de envejecimiento exitoso fue 9,3%. El Índice de Inequidad Social incluyó infancia, adultez y adultez mayor y resultó una medida válida y confiable ($\alpha = 0,71$) con distribución normal para establecer tres niveles de inequidad a partir de la desviación estándar. El grupo de mujeres con inequidad baja mostró una prevalencia de envejecimiento exitoso de 11,7%; el grupo con inequidad media 10,1% y el grupo con inequidad alta 4,3%. Los indicadores de inequidad en el curso de la vida asociados a envejecimiento no exitoso fueron: analfabetismo, baja escolaridad, elevado número de hijos, insuficiencia de ingresos, mala nutrición actual y dependencia financiera ($p = 0,000$).
Conclusiones: Un reducido porcentaje de mujeres envejece con éxito en Colima-Jalisco y la inequidad alta se relaciona con una menor prevalencia de envejecimiento exitoso. Esta asociación muestra la necesidad de mejorar las oportunidades y promover la reducción de desigualdades sociales y económicas en las mujeres en todas sus etapas de vida para alcanzar un buen envejecimiento, reto importante para la Salud Pública y la sociedad actual.

PS-002. LA EDUCACIÓN SOCIAL PARA LOGRAR UN ENVEJECIMIENTO EXITOSO EN LAS RESIDENCIAS

C. Buedo Guirado
Universidad de Granada, Granada.

Objetivos: Este análisis teórico tiene como finalidad la defensa de la introducción de las competencias de la Educación Social en la atención psicosocial prestada en los complejos geriátricos, en vista de los recientes cambios que se observan en el perfil del envejecimiento.
Métodos: Valiéndose de un análisis DAFO se establecen las necesidades de los centros contrastando las funciones recogidas en el VI Convenio Marco Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio (BOE 119. 36236) con las tendencias sociales del envejecimiento (Informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2012). Posteriormente, se examinan las competencias de la Educación Social capaces de resolver dichas carencias (Senra, 2012).
Resultados: Se está asistiendo al inicio del envejecimiento poblacional en España. En el año 2030 residirán 11,3 millones de personas mayores de 64 años. Un 34,1% más que en la actualidad (INE, 2014). Fenómeno que va acompañado de una modificación en sus hábitos de vida. El 25,2% de mayores usan las tecnologías diariamente; el 43% realizan actividades sociales y el 87% desean mantener su autonomía (IMSERSO 2014). Contraste grave si se conocen las funciones ejercidas en la actualidad por los complejos, derivando las siguientes carencias: ausencia de innovación, promoción de autonomía y tecnología. Falta de apertura, participación social y estigmas negativos. Las competencias de la Educación Social (Senra, 2012) capaz de suplir estas carencias son: usar nuevas tecnologías. Gestionar procesos de mejora, calidad e innovación. Gestionar las experiencias vitales, necesidades y capacidades de cada individuo. Realizar procesos de mejora.
Conclusiones: Es tarea de los profesionales sociales promover nuevas funciones en los complejos, derivadas de la transformación de necesidades en objetivos. Para ello, se siguen estas estrategias: 1. Incluir programas de envejecimiento activo y de acción social dentro de los centros geriátricos. 2. Incrementar el uso de las nuevas tecnologías. 3. Potenciar las relaciones intergeneracionales y el asociacionismo.

PS-003. PERFIL Y PARTICIPACIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES INSTITUCIONALIZADAS

J. López Domínguez[1], M. Puig Llobet[2] y N. Rodríguez Ávila[2]
[1]Grup Mutuam, Barcelona. [2]Universidad de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Describir el perfil socio-demográfico de los cuidadores informales (familiares) en residencias y conocer los cuidados que proporcionan al familiar.
Métodos: Estudio descriptivo y transversal con base a un muestreo intencional de 13 entrevistas personales realizadas directamente por el investigador, durante octubre-diciembre de 2015. Los cuidadores informales entrevistados son familiares de personas que moran en residencias geriátricas de Barcelona (Horta-Guinardó). Criterios de inclusión de los informantes entrevistados: tener el familiar ingresado permanente, ser el cuidador principal del familiar dependiente, y haber proporcionado cuidados más de un mes. El análisis realizado toma en consideración datos socio-demográficos como: edad, género, estado civil, parentesco, nivel académico, profesión; y actividades de participación como: tiempo de atención al familiar, tipo de cuidados que aporta (emocionales-relacionales, prácticos de cuidado personal o salud, etc.), así como su autovaloración de la actividad realizada.
Resultados: La población entrevistada (cuidadores informales): el 76,9% son mujeres y 23,1% hombres. La edad se sitúa entre 61-70 años (46,2%), con un segundo grupo de 51-60 años (38,5%). Un buen número de cuidadores viven con pareja (76,8% casados) y con hijos (el 92,3%). En cuanto al parentesco el 38,5% son hijas/os, seguidos del cónyuge (23,1%). El nivel académico se sitúa en estudios secundarios (46,2%), universitarios (30,8%), primarios (15,4%) y 7,7% sin estudios. En cuanto a la participación: un 69,2% visitan al familiar más de cuatro veces por semana, entre 2-3 veces un 23,1% y 1 vez el 7,7%. La participación constituye diversas actividades no excluyentes entre sí: 10 personas ofrecen atención relacional (compañía...); acciones como la higiene personal (peinar...), atención estética (ropa...) y alimentación (dar comida...), se replican en 7 cuidadores respectivamente; y 3 personas cuidan de la salud (heridas...). La autovaloración de sus actividades es mayormente positiva, aunque 2 lo valoran negativamente, y 2 expresan sus dudas.
Conclusiones: Se aportarán datos en formato gráfico para visualizar el peso de cada elemento, y destacar la posible relación entre factores socio-demográficos y las diferentes actividades de participación.

PS-004. LA LABOR DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN RESIDENCIAS DE MAYORES Y VISIÓN DE LA POBLACIÓN

M.D.L.A. Gómez Cuellas, M. García Moreno, A. Paniagua Daza, S. Buiza Montero, S. Tellez García, I. Sarmiento Maqueda e Y. Román Zafra
Residencial de Mayores San Nicolás, Cantillana.

Objetivos: En un país donde la esperanza de vida va en aumento y disminuye de forma considerable la tasa de natalidad, se produce un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores que provoca un envejecimiento de la población. Y concretamente en Andalucía, donde la enfermería geriátrica en hospitalización no juega un papel importante, e incluso podría decirse que ni existiera, puesto que normalmente esa persona mayor que es hospitalizada en caso de enfermedad aguda, serán tratadas normalmente por enfermería de cuidados generales, en plantas no específicas para ello, y en muchos casos sin una continuidad de cuidados. De ahí, la importancia de la enfermería geriátrica al alta.
Métodos: Se analiza el perfil del usuario en residencias de mayores mediante el estudio de expedientes clínicos en diversos centros; y se realizan encuestas de investigación para hacer conocer el nivel de satisfacción de usuarios y familiares, así como el pensamiento de la sociedad y demás profesionales sobre estos tipos de centros.

Resultados: Se obtiene el número de enfermedades más prevalentes en la población anciana usuaria de residencias de mayores, siendo el siguiente: HTA (16%), artrosis (11%), cardiopatía isquémica (8%), diabetes mellitus II (8%), ictus con secuelas (4%), enfermedades psiquiátricas (4%9, EPOC (2%), Parkinson (1%), deterioro cognitivo (12%), artritis (1%), arteriopatías (5%), Alzheimer (6%), neoplasias (4%), IAM (3%), osteoporosis (4%), epilepsia (1%). De las encuestas sacamos los siguientes resultados: el mayor porcentaje de la población piensa de manera negativa, y que este pensamiento cambia cuando tienen la oportunidad de conocer desde dentro nuestra labor; incluso personal sanitario que cambia su visión al comenzar a trabajar con mayores; además del número de residentes, que es elevado, con alto grado de satisfacción.
Conclusiones: La asistencia sanitaria en geriatría tiene como requisito fundamental la colaboración del equipo, debido a que los problemas suelen tener varios factores causales, tanto en tratamiento como rehabilitación, áreas psíquicas y sociales. Se deberían abandonar ya esas creencias de que las residencias de mayores se crean para fomentar la marginación del mayor, y tener más apoyo social y del estado.

PS-005. VERSIÓN INFORMATIZADA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36

M. Ornelas Contreras[1], J.R. Blanco Ornelas[1], S.I. Aguirre Vásquez[1] y J. Viciana Ramírez[2]
[1]Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México.
[2]Universidad de Granada, Granada.

Introducción: La coincidencia entre desarrollos psicométricos y avances en informática representa una auténtica revolución en el diseño y aplicación de tests. Los sistemas automatizados de medida permiten obtener datos más precisos y fiables; aumentando la rapidez y eficacia en su análisis, presentación y almacenamiento. Por ello se hace necesario y es factible desarrollar este tipo de sistemas que permitan a los investigadores construir, aplicar y tabular tests de manera automatizada.
Objetivos: Diseñar la versión informatizada del cuestionario de calidad de vida SF-36. El objetivo final consiste en aumentar la rapidez y eficacia en su aplicación y tabulación, para administrarlo a una mayor cantidad de personas en menos tiempo; desligando así al investigador de labores rutinarias y mecánicas.
Métodos: 1) Análisis, en varias reuniones el grupo de investigadores definieron a detalle los componentes y funciones del sistema. 2) Diseño y prueba de las versiones beta y 1.0, realizadas las correcciones y modificaciones a la versión beta se logró contar con un software relativamente libre de errores y con una calidad adecuada para ser utilizada por los usuarios finales. 3) Diseño del módulo de instalación, una vez lograda la versión 1.0, mediante el paquete InstallShield 5.5 se diseñó el instalador para distribuirlo a los usuarios finales.
Resultados: Se elaboró la versión informatizada del cuestionario de calidad de vida SF-36, asistido por computadora, compuesto por ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud; agrupados en ocho dimensiones que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.
Conclusiones: Los resultados del uso del sistema permiten considerarlo un medio efectivo para la aplicación y calificación del cuestionario, al permitir el almacenamiento de los datos sin etapas previas de codificación, con una mayor precisión y rapidez; lo que repercute fundamentalmente en la confiabilidad de los datos obtenidos, además de que la etapa de recolección y tabulación de los resultados se lleva a cabo con facilidad y economía de tiempo.

PS-006. DETERMINANTES DE SATISFACCIÓN LABORAL EN UN CONTEXTO HOSPITALARIO

M.E. González Medina, M.T. Ruiz García, O. Sepúlveda Palma, F. Villanueva Pardo, A. Salinas Barrionuevo y M. Franquelo Vega
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Determinar el grado de satisfacción laboral del personal asistencial de una unidad de geriatría, analizando los componentes de la satisfacción y la influencia de variables sociodemográficas.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: Personal con más de un año de servicio en una unidad geriátrica. Instrumento de medida: cuestionario de satisfacción de Font Roja (27 ítems valorados por escala Likert 1-5) junto con datos sociodemográficos y profesionales (categoría profesional, sexo, edad, estado civil, experiencia laboral y antigüedad profesional). Análisis de datos por programa estadístico SPSS 18.0.
Resultados: Del total de la muestra (n: 24): 54,16% enfermeros, 45,83% auxiliares. 75% mujeres, 25% hombres. Edad media: 50,58 ± 5,68; antigüedad profesional: 24,38 ± 5,81 y en servicio: 16,75 ± 9,41. Estado civil: 66,66% casado 20,83%, separado, 12,5% soltero. Las dimensiones que tuvieron mayor relación con la satisfacción en este estudio se engloban en la competencia y relaciones interpersonales. Los factores con menor puntuación de satisfacción laboral fueron el clima laboral: tensión y presión. Dimensiones: monotonía (2,89 ± 0,66), presión (2,84 ± 0,42), promoción (2,81 ± 0,43), satisfacción (3,083 ± 0,54), relaciones interprofesionales (2,89 ± 0,65), competencia (3,80 ± 0,74), tensión (2,79 ± 0,84), relaciones interpersonales (3,09 ± 0,48). De los factores extrínsecos evaluados sólo mostraron diferencias estadísticamente significativas la antigüedad laboral con la competencia profesional y de manera inversa la edad con la promoción.
Conclusiones: Los profesionales de la unidad perciben su trabajo como monótono, con escasa posibilidad de promoción profesional. El ambiente laboral respira tensión acumulada y cierto grado de presión asistencial con problemas de relación con sus jefes, no así con sus compañeros con los que presentan relaciones fluidas. Aun así, el grado de satisfacción laboral es medio, resultado similar a los observados en otros estudios realizados en España, empleando idéntico cuestionario. Deberían introducirse modificaciones en las condiciones de trabajo y en la organización empresarial, en función de la puntuación obtenida de los determinantes de la satisfacción. Alteraciones en la salud laboral del personal repercuten no solo en su bienestar, sino en la calidad de sus cuidados. Facilitar un ambiente laboral adecuado con mejora de las condiciones laborales (horarios, descansos) y medidas de apoyo y estímulo al empleado, fomentando su participación y reconociendo el valor de su trabajo, serían las bases para mejorar la salud laboral del personal.

PS-007. ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS ENFERMEDADES TERMINALES

J. Pi Sánchez[1], M. Guardia Faci[1], I. Lillo Rodríguez[2], M.T. Flores Aubia[1], E. Moltó Llarena[1] y R. Qanneta[1]
[1]Hospital Sociosanitari Francolí, GiPSS, Tarragona. [2]EAPS Fundació Vilaniu, Tarragona.

Introducción: Los cuidados paliativos dan respuesta a las necesidades de las personas con enfermedad crónica avanzada y terminal, a sus familias y a las personas de su entorno, con el objetivo de alcanzar la mayor calidad de vida, siempre contando con sus valores y preferencias. La situación de enfermedad avanzada/terminal genera un gran impacto emocional en los pacientes y familias ante el afrontamiento de numerosas pérdidas que acontecen durante el proceso.
Objetivos: Dar a conocer la actividad de un Equipo Atención Psicosocial (EAPS) integrado en la Unidad de Cuidados paliativos de nuestro hospital.

Métodos: Se analiza la actividad del EAPS desde su puesta en marcha en fecha 1/04/2015 hasta 01/31/2016. Se valoran los datos de la primera visita: número de pacientes, motivo de la consulta, descriptivo de síntomas presentes y tipo de actuación. Se ha utilizado la valoración por profesional en los ítems cualitativos y la escala EVA en Ansiedad.
Resultados: Hemos atendido 122 pacientes. Han sido derivados al EAPS 100, edad media de 71,7 años, 62 hombres y 38 mujeres. Motivo de la derivación por complejidad de la situación. En todos se ha realizado una o más entrevistas. Tres pacientes vivían solos y 14 en pareja. El resto tenían un núcleo de convivencia más amplio. Se ha evaluado el grado de adaptación a la situación en 77, siendo nulo en 1, 30 escaso, 24 moderado y 22 bueno. De 81 pacientes en los que se ha valorado el Estado de ánimo, 49 presentaban una afectación del mismo. 58 manifestaron sintomatología ansiosa en diferentes grados.
Conclusiones: Hemos detectado un alto grado de satisfacción de la actividad del EAPS a nivel de pacientes, familias y equipo. El perfil del paciente atendido es hombre (62%), edad media 69 años, derivado por complejidad de su situación, la mayoría con una o más personas en el núcleo de convivencia, el 72% con dificultades de adaptación a la situación de enfermedad avanzada y el 60% presentaban el estado de ánimo afectado. La integración del EAPS en la Unidad contribuye a la atención excelente a todos los implicados en el proceso.

PS-008. ADAPTACIONES PARA EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ATENDIENDO A LAS POTENCIALIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES

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

Objetivos: Mejorar las capacidades cognitivas y favorecer la comunicación de los participantes. Mejorar la calidad de vida de los participantes.
Métodos: Se plantean 3 meses de intervención con actividades de estimulación cognitiva para personas mayores de 60 años con algún tipo de discapacidad debida a la esclerosis múltiple. En primer lugar, se valoran las necesidades individuales de la persona para realizar las adaptaciones que sean pertinentes: si no existe movilidad en MMSS o es muy reducida: se utiliza una cámara web para detectar los movimientos cefálicos u oculares para mover el ratón y utilizar el teclado. Si existe temblor intencional o parkinsoniano se usa un cobertor para el teclado. Si existen déficits visuales se adapta el sistema informático mediante diferentes opciones de accesibilidad (cambiar contraste, reducir brillo, etc.). Para personas con disartria o afasia de Broca se valora el sistema aumentativo y alternativo de comunicación que más se ajuste a sus necesidades y se entrena en el uso del mismo. Se realiza una evaluación pre-post tanto de las capacidades cognitivas (MMSE) como de la calidad de vida (Escala FAMS específica para personas con esclerosis múltiple) de los participantes.
Resultados: Mantenimiento en las capacidades cognitivas de los participantes. MMSE pre-intervención: 23,78 (desviación típica 5,07). MMSE post-intervención: 23,76 (desviación típica 5,00) ($p > 0,05$). Las puntuaciones en la Escala FAMS mejoran de 113,75 (desviación típica 19,43) antes de la intervención a 124,09 (desviación típica 21,39) ($p < 0,05$). A nivel subjetivo se consigue una mejora en la comunicación de las personas con una afectación grave en esta área, fomentando así la interacción con otras personas y evitando el aislamiento social.
Conclusiones: Los datos disponibles parecen indicar que a adaptación de los sistemas informáticos a las necesidades de cada persona impacta positivamente en su autoestima y calidad de vida. Por otro lado, se necesita más tiempo de intervención para obtener mejoras significativas en las capacidades cognitivas de los participantes. Se continuará con la intervención y, en caso de ser aceptada esta comunicación, se presentarán datos actualizados en el congreso.

PS-009. EL FENÓMENO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA VEJEZ BAJO EL PRISMA DE LA NUEVA GENERACIÓN DE PERSONAS MAYORES

M.D. Majón Valpuesta, P. Ramos Valverde y S. Luna Rivas
Universidad de Sevilla, Sevilla.

En España, en el año 2040, la mayoría de las cohortes de la llamada generación baby boom habrán traspasado la barrera de la jubilación. De esta manera, las implicaciones esperadas en los procesos de envejecimiento, en general, y de participación social, en particular, suponen un reto para la sociedad actual. El objetivo del estudio presentado en este poster es analizar cómo evoluciona el concepto de *participación social* de las personas mayores entre las nuevas generaciones de personas próximas a la edad de la jubilación. En concreto, se trata de dar respuesta a la necesidad actual de promover un proceso de de-construcción y reconstrucción de los discursos en esta población. Enmarcado en una metodología cualitativa, para el estudio aquí presentado se realizaron 4 grupos de discusión, con una muestra de carácter intencionado, siguiendo unos criterios predefinidos para la constitución de los mismos. El grupo objeto/sujeto de estudio fueron las personas pertenecientes a la generación baby boom, en diferentes momentos vitales respecto a su entrada en el período de jubilación, residentes en la provincia de Sevilla. El método utilizado para el análisis de la información recogida fue el análisis de contenido. Entre los resultados obtenidos destacan la importancia otorgada, en la elección de determinados espacios de participación social, al sentido de *utilidad* y de *sentirse escuchado*. La incertidumbre acerca de la situación económica queda patente como factor decisivo para participar, así como la importancia asignada al nivel de autonomía funcional. Este hecho, unido a que se identifiquen como una generación sin las preocupaciones propias de sus antecesores, favorece una visión de la participación social vinculada al desarrollo de un amplio sentido de la responsabilidad en el cambio de los espacios de participación de las nuevas personas mayores, así como la necesidad de auto-organización para su consecución. Consideramos que estos resultados contribuirán a establecer unos marcos de comprensión que favorezcan la incorporación de nuevos discursos a los modelos que subyacen en las acciones dirigidas a la promoción de un envejecimiento activo entre las nuevas personas mayores.

PS-010. CANCEROFOBIA COMO TRASTORNO PSICOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Jiménez[1], M.D.C. Sánchez García[2], E. Reyes Gilabert[1], G. Bejarano Ávila[1], R. Fernández Robles[1], C. López Muñoz[1] y N. Ibáñez Rodríguez[1]
[1]Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Cantillana. [2]Distrito Sevilla-Sur, Sevilla.

Introducción: Las personas con cancerofobia acuden al médico ante el menor síntoma debido al inmenso miedo que tienen a presentar algún tipo de cáncer. En el caso de quienes padecen esta fobia se trata de un miedo irracional, enfermizo e injustificado a padecer cáncer que los vuelve disfuncionales. Esta fobia causa malestar general en los diferentes ámbitos de la vida de la persona.
Objetivos: Describir el trastorno psicológico de la cancerofobia.
Caso clínico: Hombre de 72 años que acude a la consulta de odontología de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud. Motivo de consulta: Pigmentación asintomática gris azulada de la mucosa yugal adyacente a reconstrucción de amalgama de plata en un molar. El paciente se muestra ansioso, no deja hablar al odontólogo y cree que tiene algún tipo de cáncer. Exploración, anatomía patológica y realización de radiografía. Juicio clínico: pigmentación por depósito exógeno de amalgama de plata. Tratamiento: no es necesario tratamiento. Evolución: el paciente no entiende que la pigmentación no sea tratada y que no sea una lesión maligna, acude de nuevo a la consulta en repetidas ocasiones, se insiste en la benignidad de la lesión. El paciente refiere que no puede dormir por las noches por su estado ansioso-depresivo. Se realiza interconsulta con psicólogo y médico de

familia de atención primaria explicando el caso para valorar tratamiento psicológico y farmacológico.
Discusión: Existen terapias psicológicas, principalmente cognitivo-conductuales, que han demostrado resultados eficaces en el tratamiento de esta fobia, se está empleando también la Programación Neurolingüística (PNL).

PS-011. MÁSTER PARA ALTOS DIRECTIVOS EN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

M. Barco Álvarez
Centro de Salud de Almendralejo.

Objetivos: Implementar una formación especializada en el campo del Envejecimiento Activo y Saludable con el objetivo de formar y preparar a profesionales capaces de mantener a las personas mayores activas, saludables e independientes el mayor tiempo posible y con ello, prevenir y retardar su envejecimiento prematuro y la situación de discapacidad y/o dependencia. Promover el desarrollo de políticas, actuaciones, servicios y productos de envejecimiento activo que incentiven la integración y la participación social de las personas mayores. Definir, impulsar e implementar estrategias, políticas y actuaciones de envejecimiento activo y saludable en administraciones públicas municipales y/o autonómicas. Diseñar, proponer y gestionar programas, proyectos, actividades, servicios y productos de envejecimiento activo y saludable en entidades privadas. Establecer convenios de colaboración con instituciones públicas y privadas que garanticen la excelencia de la formación.
Métodos: Formación dirigida a profesionales del sector Social, Sanitario, Turismo, Ocio, Cultura que persiguen fomentar un envejecimiento activo, promoviendo oportunidades continuas de salud, participación, seguridad, etc. con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen: Profesionales de la Administración Pública. Profesionales de empresas que ofrecen o quieran ofrecer servicios o productos para este colectivo: sociosanitarios, residenciales, de ocio, culturales, educativos, deportivos, de salud, etc. Profesionales de otros ámbitos que quieran impulsar proyectos o reorientar su carrera para procurar un envejecimiento activo a la población. Esta formación se imparte en varias modalidades: opción presencial, semipresencial y online. Los contenidos académicos son los siguientes: Conceptualización del Envejecimiento Activo & Saludable. Salud y hábitos de vida saludable. Economía y envejecimiento de la población. Ámbito laboral. Nuevas tecnologías aplicadas a las personas de edad. Participación y Sensibilización Social. Política social y envejecimiento activo. Entornos amigables y accesibilidad. Certificaciones de calidad y las organizaciones prestadoras de servicios Senior: Certificación *Senior Friendly.* Turismo de Salud. Dependencia y Discapacidad asociada a la edad. Terapias alternativas para personas mayores. Inteligencia Emocional asociada a la edad.
Resultados: El resultado de esta formación es la capacitación y cualificación especializada de profesionales en el ámbito del Envejecimiento Activo y Saludable.
Conclusiones: Esta formación específica abarca todos los aspectos clave para la promoción del Envejecimiento Activo.

PS-012. DESGASTE PROFESIONAL EN PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

F. Villanueva Pardo, M.E. González Medina, O. Sepúlveda Palma, M.T. Ruiz García, A. Salinas Barrionuevo y M. Franquelo Vega
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial que trabaja en una unidad de geriatría y analizar su relación con factores sociodemográficos.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: Personal con más de un año de servicio en una unidad geriátrica. Por medio de entrevista directa individual se administró un cuestionario validado y estructurado en dos partes: datos sociodemográficos y profesionales (categoría profesional, sexo, edad, estado civil, experiencia laboral y antigüedad profesional) y desgaste profesional (Maslach Burnout Inventory: MBI versión española). Análisis de datos por programa estadístico SPSS 18.0.
Resultados: Muestra (n: 24): 54,16% enfermeros, 45,83% auxiliares. 75% mujeres, 25% hombres. Edad media: 50,58 ± 5,68; antigüedad profesional: 24,38 ± 5,81 y en servicio: 16,75 ± 9,41. Estado civil: 66,66% casado 20,83%, separado, 12,5% soltero. Cansancio emocional medio: 22,08 ± 10,28; despersonalización media: 10,5 ± 4,86; realización profesional: 36,83 ± 7,89. Dimensiones agotamiento profesional: Cansancio emocional alto: 37,5%, despersonalización alta: 50% y realización personal baja: 41,6%. El grupo de auxiliares obtuvo un mayor índice de despersonalización que el personal de enfermería, no sucediendo así en relación a las esferas de cansancio emocional y menor realización personal. No se encontraron diferencias significativas en base al rango de edad, sexo, estado civil o años de antigüedad en el puesto y en el servicio. Se detectaron 3 casos de burnout en auxiliares (mujeres).
Conclusiones: El personal sanitario analizado en este estudio presenta un grado medio-alto de cansancio emocional y alto nivel de despersonalización. A pesar de que el nivel de agotamiento profesional detectado es bajo, en un gran porcentaje de profesionales se genera afectación de una o dos dimensiones de las subescalas del MBI (alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal) con lo que la tendencia al padecimiento de este síndrome es alta. Aunque la relación entre las variables estudiadas y el padecimiento de este síndrome no ha demostrado diferencias estadísticamente significativas, es necesario continuar investigando sobre factores sociodemográficos que puedan influir en el origen de esta patología para desarrollar medidas de prevención o tratamiento que actúen sobre ellos.

PS-013. AULAS ACTIVAS DE MAYORES

F. Montenegro Villanueva
Diputación de Málaga, Antequera.

Objetivos: Aumentar la oferta de actividades de los participantes fuera del municipio. Proporcionar al mayor conocimientos teórico-prácticos sobre salud. Acercar a los mayores las nuevas tecnologías y sus aplicaciones reales. Despertar el interés del mayor por los temas históricos y culturales.
Métodos: Se trata de unos talleres que dividimos en dos módulos. Uno de salud y otro de nuevas tecnologías. Son para grupos de 25 personas mayores de 60 años. En el módulo de salud impartimos talleres de risoterapia, charlas sobre la prevención de las demencias, taller de musicoterapia, y visita cultural al municipio donde se realiza la actividad. En el módulo de tecnología, damos un curso de iniciación al smartphone, donde disponemos de terminales suficientes para que todos los participantes puedan manipularlos durante la sesión. También dan una sesión de risoterapia y por la tarde una visita al municipio donde se realiza la actividad.
Resultados y conclusiones: Entre los dos módulos han participado ya más de 1700 personas mayores de toda la provincia. En un año y medio de actividad ya han pasado por nuestras aulas, más de la mitad de los pueblos y municipios de Málaga, conociéndose así nuestros módulos en todas las comarcas de la provincia.

PS-014. MÓDULO DE SALUD DE AULAS ACTIVAS DE MAYORES

F. Montenegro Villanueva
Diputación de Málaga, Antequera.

Objetivos: Aumentar la oferta de actividades de los participantes fuera de su municipio. Proporcionar al mayor formación teórico-

práctica sobre salud. Despertar el interés del mayor en temas históricos y culturales.
Métodos: Se trata de talleres para 25 personas mayores de 60 años. Los talleres son impartidos en la residencia de mayores. En ellos se realizan los siguiente talleres, charlas y actividades. Sesión de gimnasia, taller de risoterapia, charla sobre la prevención de las demencias, taller de musicoterapia. Estos contendidos son impartidos por la mañana. Durante la tarde paseamos por el municipio donde se realizan los talleres, conociendo así su historia y cultura a lo largo de las distintas civilizaciones que la han formado tal y como la conocemos a día de hoy.
Resultados y conclusiones: Más de 700 mayores de toda la provincia de Málaga, han participado en esta actividad, la cual sigue estando demandada por municipios que aún no han participado y por otros que aunque ya han estado grupos de 25 mayores, tienen a otros grupos de 25 del mismo municipio para participar en estas Aulas Activas de Mayores.

PS-015. LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA EQUIDAD EN LA ATENCIÓN: CALIDAD A DOMICILIO

M. Vidal Puig[1] y E. López Romero[2]
[1]Departamento de Servicios Sociales, Barcelona. [2]Generalitat de Catalunya, Barcelona.

Objetivos: Proponer resolver la gran falta de equidad en la atención a las personas con dependencia. Las personas mayores han manifestado su deseo de ser atendidas en su domicilio, con un servicio de atención domiciliaria integral social y sanitaria.
Métodos: Descriptivo. En nuestros trabajos, una desde hace 32 años y la otra 27 años, en diferentes recursos sociales de atención a las personas mayores (hogar de ancianos, atención domiciliaria, residencia e inspección), hemos ido recogiendo, a través de conversaciones con las personas mayores, cuál es su deseo.
Resultados: La mayoría de las personas mayores sin dependencia manifestaban, igual, que en los diferentes estudios europeos, que si llegan a tener dependencia, desean ser atendidas en sus hogares. Al igual que las personas ya ingresadas sólo quieren la solución residencial en situación de acusada gravedad de la dependencia. Explicaron que mayoritariamente, la decisión la tomaron familiares y profesionales. Decisión que otorga uniformidad de recursos, independientemente de necesidades y voluntades de los mayores. Al preguntar si querían renunciar y volver a sus domicilios, la gran mayoría respondía que no: unos porque ya no tenían su hogar, casi todos porque no querían contradecir a sus hijos y perder sus visitas y la parte de cariño que les quedaba, pero todos manifestaron su profundo dolor en el momento del ingreso a pesar de la adaptación-resignación posterior.
Conclusiones: En 1998 la UE, a través del CESC, la prevalencia de Servicios de Atención Domiciliaria integral diaria. La gran mayoría de los adultos mayores con dependencia han expresado su preferencia por la atención domiciliaria, pero las políticas sociales han apostado por la institucionalización, ofreciendo de promedio 2 o 3h/semanales de AD o 168h/semanales de residencia. Las personas que necesitarían unas horas más de AD y unos servicios coordinados social y sanitario, se ven obligadas a pedir plaza de residencia, aunque no sea su deseo. En el siglo XXI ha de ser una realidad un Servicio Domiciliario Integral social y sanitario. Así se hará realidad el principio de equidad, dar a cada uno lo que necesita y merece.

PS-016. LA INFLUENCIA DEL ENTORNO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

A. Martínez-Sabater, B.T. María Luisa, L. Ruano Casado y C. Casal Angulo
Departament d'Infermeria, Universitat de València, Valencia.

Objetivos: Debido al progresivo envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida en las sociedades modernas, hay que tratar de comprender y explicar los factores que influyen sobre la salud de las personas mayores para reducir las desigualdades sociales en salud. El objetivo es determinar la relación entre las características del hogar, de la vivienda y del entorno de las personas mayores de 65 años y la percepción de su estado de salud.
Métodos: Estudio observacional analítico a partir de los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. La población de estudio son las personas mayores de 65 años (n = 5.606). Para describir la muestra se utilizan las tablas de frecuencia y porcentajes. Se calcula chi cuadrado para determinar la relación entre el estado de salud y el entorno.
Resultados y conclusiones: La mayor parte de los encuestados afirma que las condiciones del entorno de su vivienda son buenas, destaca que uno de cada cuatro manifiesta algún tipo de problema. La suciedad, el ruido y la mala calidad del agua figuran entre los más frecuentes. Existe una discrepancia entre lo que los mayores consideran dañino para su salud y factores de riesgo reconocidos del entorno, como por ejemplo, la contaminación del aire o la falta de zonas verdes. Convendría llevar a cabo más investigación para poder determinar prioridades en las políticas enfocadas a la mejora del entorno de la población mayor de 65 años.

PS-017. MI MADRE TIENE DEMENCIA. INTERVENCIÓN MODULAR BASADA EN ANÁLISIS FUNCIONAL EN UN CASO DE DEPRESIÓN

C. Nogales González[1], M. Márquez González[2], R. Romero Moreno[1] y A. Losada[1]
[1]Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. [2]Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: El cuidado de un familiar con demencia se ha asociado típicamente con consecuencias psicológicas negativas en el cuidador familiar. Las intervenciones psicológicas que han mostrado su eficacia hasta la actualidad han sido criticadas por su excesiva protocolización, el poco alcance, limitaciones y la dificultad en la aplicabilidad, al no tener en cuenta las peculiaridades de cada caso. Se propone como alternativa a los paquetes de tratamiento manualizados, una intervención basada en el análisis funcional de las variables del entorno y disposicionales específicas que están manteniendo la depresión del cuidador. Específicamente, evaluando seis posibles mecanismos explicativos (problemas de conducta, pérdida de reforzadores y desconexión con áreas de valor, habilidades asertivas, pensamientos disfuncionales, regulación emocional y regulación fisiológica) de la sintomatología depresiva del cuidador.
Métodos: Se llevaron a cabo 8 sesiones de intervención, dirigiéndose la primera al desarrollo del análisis funcional donde se identificaron los principales mecanismos explicativos de la sintomatología depresiva del cuidador (problemas de conducta y pérdida de reforzadores y desconexión con áreas de valor). Se elaboró una intervención basada en los mecanismos explicativos en el mantenimiento de la depresión del cuidador. Se mandaron tareas específicas para cada uno de los mecanismos para realizar entre sesiones. Se realizaron 3 sesiones más de seguimiento a lo largo de seis meses. Se evaluaron la sintomatología depresiva, ansiosa, la frecuencia de problemas de conducta, la autoeficacia para manejar comportamientos problemáticos y las actividades relacionadas con sus áreas de valor.
Resultados: La cuidadora descendió en sus niveles de depresión, ansiedad, incrementó el número de actividades relacionadas con sus áreas de valor, y disminuyó los problemas de conducta de su familiar. Se presentarán datos sobre la cantidad y calidad de las tareas presentadas, evaluación de conocimientos adquiridos y satisfacción con la intervención.
Conclusiones: La intervención basada en análisis funcional se presenta como una aproximación adecuada para solventar los límites en el alcance, limitaciones y la aplicabilidad de las guías de tratamiento manualizadas en las que no se ajusta la intervención a las peculiaridades de cada cuidador.

PS-018. UNA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CALIDAD DE VIDA Y GÉNERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID: EL PROGRAMA ENCAGE-CM

M.J. Forjaz[1], G. Fernández-Mayoralas[2], M.S. Agulló Tomás[3], V. Rodríguez Rodríguez[2], F. Rojo Pérez[2], C. Rodríguez Blázquez[4] y V. Zorrilla Muñoz[3]
[1]Escuela Nacional de Sanidad, ENS, Instituto de Salud Carlos III, ISCIII y REDISSEC, Madrid. [2]Instituto de Economía, Geografía y Demografía, IEGD, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC, Madrid. [3]Departamento de Análisis Social e Instituto de Estudios de Género, Universidad Carlos III de Madrid, UC3M, Madrid. [4]Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, ISCIII y CIBERNED, Madrid.

Objetivos: El objeto de este póster es presentar el programa Envejecimiento activo, Calidad de vida y Género (ENGAGE-CM, S2015/HUM-3367). La evolución de la sociedad ha producido una mayor longevidad de la población y, consecuentemente, su envejecimiento, siendo ello un extraordinario logro social. Esto requiere políticas sociales que faciliten las condiciones y calidad de vida (CdV) de la población mayor en su entorno de residencia. En el Programa se afrontará la conceptualización del término "envejecimiento activo" acorde con nuestra realidad cultural, social y económica; la cuantificación en la CM y su comparación con el contexto nacional e internacional; y la percepción sobre su significado por parte de los individuos, de los agentes sociales y de la sociedad en general, considerando una perspectiva de género.
Métodos: Para el desarrollo del Programa ENCAGE-CM se utilizarán tanto métodos cuantitativos (análisis de bases de datos internacionales y nacionales), como cualitativos (entrevistas en profundidad y grupos de discusión). Asimismo, se revisará la literatura científica en estos temas, y se analizará en sus vertientes temática, fuentes e indicadores de medida, análisis y resultados. Además, el Programa contempla acciones de formación en temas de envejecimiento y CdV con una perspectiva de género e investigación colaborativa en redes nacionales e internacionales.
Resultados: En los tres años del Programa (2016-2018) se prevé obtener resultados de acuerdo con sus objetivos: 1) indagar y posicionar a la Comunidad de Madrid en el "mapa" del envejecimiento activo, CdV y género; 2) Aumentar las conexiones de formación, investigación y redes; 3) transferir el conocimiento a los agentes sociales; 4) difundir resultados mediante distintos eventos, literatura científica, redes sociales en Internet y otras plataformas en la web.
Conclusiones: El estudio del envejecimiento activo, CdV y género, a partir del Programa ENCAGE-CM, aportará relevante información para diseñar estrategias con el fin de lograr una sociedad más inclusiva y promover la CdV y el bienestar en todas las edades, generaciones y géneros. Así, se logrará la transferencia con los agentes sociales para la formulación de estrategias encaminadas a favorecer un envejecimiento activo con mejor CdV y menos diferencias de género.

PS-019. AJUSTE PSICOLÓGICO DE LAS ABUELAS DE LA GENERACIÓN SÁNDWICH EN FUNCIÓN DE SU INTELIGENCIA EMOCIONAL

S. Luna Rivas[1], D. Majón Valpuesta[1], P. Ramos Valverde[1] y F. Rivera de los Santos[2]
[1]Universidad de Sevilla, Sevilla [2]Universidad de Huelva, Huelva.

El envejecimiento de la población y la cultura actual en torno a los cuidados han propiciado un aumento del número de abuelas cuidadoras, ya sea de sus nietos/as, de sus ascendentes, o incluso de ambas generaciones simultáneamente. Con el objetivo de conocer con más profundidad las consecuencias psicológicas de este fenómeno, se llevaron a cabo entrevistas estructuradas a abuelas del suroeste de España que a su vez eran hijas o nueras de una generación anterior. Con una edad media de 57,57 años, la mayoría (82,2%) afirma asumir cuidados familiares frecuentes. Para este trabajo concreto se ha realizado un análisis de clúster bietápico en las 900 mujeres que respondieron a las subescalas "flexibilidad", "tolerancia al estrés" y "control de los impulsos" del Inventario Emocional de BarOn ICE. Los resultados muestran que las mujeres entrevistadas se distribuían casi al 50% en dos grupos claramente diferenciados (n1 = 46 y n2 = 44). El primer grupo, se caracteriza por mayor flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos, mientras el segundo muestra menores puntuaciones en dichos factores de inteligencia emocional. Si bien no se observa una distribución diferencial entre ambos grupos según el tipo de hábitat (rural o urbano) o la situación económica de estas mujeres, sí existen diferencias significativas en cuanto a su nivel educativo, encontrando una mayor proporción de mujeres sin estudios o con estudios primarios en el segundo grupo. Además, se encuentra que el primer grupo muestra niveles significativamente más altos de salud psicológica, felicidad y satisfacción con su salud. En cambio, el segundo grupo obtiene puntuaciones significativamente más altas en pesimismo, estrés, ansiedad y, de forma residualmente significativa, en depresión. Asimismo, este segundo grupo refiere una mayor presencia de ansiedad, depresión, cardiopatías y un mayor consumo de hipnóticos y sustancias naturales o medicación para relajarse. Este estudio pone de manifiesto la importancia de incluir la promoción de estas habilidades de gestión emocional en programas de prevención y promoción de la salud en este colectivo cada vez más numeroso de mujeres que se encuentran entre los cuidados a sus nietos/as y los cuidados hacia la generación de sus ascendientes (padres, madres o suegros/as).

PS-020. APOYANDO LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN GIPUZKOA: SERVICIO INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

M. Azurmendi[1], G. Alías[1], G. Amunarriz[1], M.F. Cerdó[1], E. del Barrio[2] y A. Orbegozo[1]
[1]Matia Fundazioa, San Sebastián. [2]Matia Instituto Gerontológico, Madrid.

Objetivos: Describir el impacto de un servicio orientador y facilitador en la continuidad de cuidados en Gipuzkoa. Es un servicio dirigido a ciudadanos y profesionales que tengan dudas respecto a los recursos existentes relacionados con el envejecimiento y discapacidad.
Métodos: Servicio gratuito de una fundación sin ánimo de lucro. Todas las consultas se reciben, centralizan y dirigen a una Trabajadora Social. Ésta analiza la situación e informa, orienta, coordina y deriva ofreciendo diferentes opciones, servicios o recursos. Canaliza las demandas de información hacia los distintos recursos y servicios, proporcionando respuesta única. Posibilita el acompañamiento en la toma de decisiones y seguimiento. Se cuenta con una herramienta informática donde se registra la información, la orientación ofrecida y el seguimiento a realizar. Las consultas pueden ser de personas que solicitan información general y orientación ante una situación concreta. Las mismas pueden estar dirigidas a conocer una prestación, servicio y/o recurso en concreto, garantizándose la coordinación de información. El servicio también da respuesta a profesionales del sector, facilitando el acceso a los servicios de la organización, con una perspectiva global de todos los servicios.
Resultados: Nº de personas y profesionales atendidos (BBDD): (2013: 93, 2014: 242 2015: 673) Aumento de uso 731,52%. Tipo de Consultas y Orientación por área (BBDD): Información Itinerario Dependencia: 8,92% Plaza Residencial: 39,23% Atención en Domicilio: 12,63% Consultas Salud (Geriatría, At. Hospitalaria, Fisio): 11,72% Otras Consultas: 7,43%. % de consultas resueltas (BBDD): 100%. Recomendación del servicio (Encuesta): 100%. Satisfacción del servicio (Encuesta): 4,7/5.
Conclusiones: Da respuesta a las diferentes consultas a través de "ventanilla única". El servicio ha crecido progresivamente desde su inicio, lo que evidencia su buena acogida entre su destinatario.

La mayoría de personas atendidas son susceptibles de orientación o son familiares directos. Las respuestas que se proporcionan facilitan la toma de decisiones a las personas o familiares en el ámbito de la dependencia. Del 100% de consultas resueltas, en más de un 90% de los casos, se cubren las necesidades con las prestaciones y recursos contemplados en el Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa que garantizan la aplicación de la Ley de promoción de autonomía.

PS-021. GÉNESIS E IMPLEMENTACIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA SOCIOSANITARIO

N. Guerrero Puga[1], J.M. Cabello Neila[2] y C. Lostao Otero[1]
[1]Caser Residencial, Oliana. [2]Caser Residencial, Madrid.

Objetivos: Creación y puesta en marcha del comité de ética en una empresa de gestión privada del ámbito de la atención a personas en situación de dependencia (geriatría, salud mental, convalecencia, cuidados al final de vida).
Métodos: Partiendo de un proyecto de innovación en la empresa (formada por quince centros en España) se estudia la posibilidad de constituir un comité de ética. Se realiza formación sobre 62 profesionales con perfiles sanitarios (36,34%), sociales (32,73%) y otros (30,93%) que se presentan de forma voluntaria para formar parte del proyecto. Esta formación se realiza durante el año 2012-2013, y es impartida por los profesores Dr. Diego Gracia y Dra. Lydia Feito.
Resultados: Durante el año 2014 se crea el Comité de Ética, y lo componen 11 profesionales con perfil diverso (45% sanitarios, 36% social, 19% otros) de la empresa y una asesora externa. Se realizan reuniones bimestrales, centrando su actividad en la elaboración de reglamentación interna, análisis de casos trasladados desde los centros (4), revisión de protocolos de atención social y sanitaria (4) y presentación en jornadas temáticas en varias comunidades autónomas (6 jornadas con una asistencia de 941 participantes). Se refuerza con formación continuada en bioética de los miembros del comité (50%) y personal de centros (60%).
Conclusiones: Se constata la importancia de disponer de un comité, ya que nos confirma que en el ámbito de la atención a las personas es imprescindible disponer de un ente que ayude a decidir y a reflexionar sobre situaciones donde se pueden dar conflictos de valores y nos guíe hacia el modelo de atención holístico y humanista que nos debe definir. El resultado tras dos años de experiencia pone de manifiesto el interés que despierta entre los diferentes profesionales del ámbito social y sanitario, así como el apoyo que presta a la mejora en la calidad de los servicios. Este comité es innovador y cubre un espacio necesario entre lo social y lo sanitario.

PS-022. LA REDUCCIÓN DEL USO DE SUJECIONES Y SU INFLUENCIA EN EL ENTORNO

N. Guerrero Puga, R. Isanta Barcons, J.M. Cabello Neila, B. Canal Bollo, M. Cinca Morros y N. Domínguez Blanco
Caser Residencial, Oliana.

Objetivos: Descripción de la influencia de un programa de reducción de sujeciones sobre el personal laboral, los usuarios y la familia de un centro residencial.
Métodos: Se realiza un estudio descriptivo sobre una población de 61 trabajadores, 198 usuarios y 101 familiares, en un centro Residencial, utilizando como herramientas el inventario de burn out de Maslach laboral, "importancia y satisfacción que produce en usuarios, personal y familias" (ad hoc), y encuesta de clima laboral (ad hoc). Se recogen datos durante 3 años y las encuestas se aplicaron individual y voluntariamente.
Resultados: El porcentaje de contenciones ha disminuido durante estos tres años: enero de 2012 (20,32%), diciembre de 2012 (10,92%), diciembre de 2013 (1,7%), diciembre de 2014 (1,61%) y diciembre de 2015 (0,78%). En cuanto a las caídas sin ninguna lesión, se observa una mejoría: 2012 (62,3%), 2013 (51,9%), 2014 (60,61%) y 2015 (67,42%). A nivel de residentes con alto riesgo de caídas se constata que en 2012 hay 74,45%, en 2013 un 73,64%, en 2014 un 69,23% y en 2015 un 81,63%. Los resultados de la encuesta de burn out muestran una disminución del alto riesgo de agotamiento emocional, de un 11,11% en 2012 a un 2,86% en 2014. El resultado en 2014 de la importancia y satisfacción en relación a 2012 ha sido: usuarios: mejora en + 0,6, familias: +0,1 y en personal: +0,1. A nivel de clima, 2013 vs 2015, revela la mejora en ítem Implicación (+2,4) y en Trabajo en equipo (de +3,2), y también se destaca en 2015 que se valora con un 10 el Orgullo de conseguir logros y con un 9,3 el Sentirse bien en cómo se contribuye a la Sociedad.
Conclusiones: Es posible trabajar con un programa de reducción de sujeciones en el tiempo. A nivel de caídas parece constatarse la disminución de la gravedad de las caídas. Aporta beneficios a toda la comunidad implicada, destacando la reducción del agotamiento emocional en el personal. Parece importante ahondar en los beneficios más allá del objetivo primario del programa.

PS-023. "ACOMPAÑA EN CASA": EN CAMINO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL DOMICILIO

G. Alías[1], M. Azurmendi[1], M.T. Sancho[2], P. Díaz-Veiga[2], M. Otxoa[1] y A. Lete[1]
[1]Matia Fundazioa, San Sebastián. [2]Matia Instituto Gerontológico, Madrid.

Objetivos: Identificar el impacto de la atención integral a las personas que necesitan ayuda en su domicilio a través de la metodología de gestión del caso.
Métodos: Esta iniciativa comienza en 2013, con las bases de las conclusiones de una investigación realización de una investigación con financiación pública. Las conclusiones son las bases conceptuales de la provisión integrada de servicios diversificados y coordinados por la figura de la gestora del caso. El marco conceptual de este proyecto es el modelo de atención Integral y centrada en la persona (AICP). La gestora realiza la valoración inicial e identifica necesidades sociosanitarias y del entorno sociofamiliar, así como hábitos y preferencias. Con todo ello se propone y consensua su plan de atención y el perfil del profesional idóneo para la atención. Además, y en función de la evolución de sus necesidades, participan profesionales especializados de diferentes disciplinas: asistentes personales con experiencia en nuestros centros, médicos geriatras, psicólogos, fisioterapeutas... Esta metodología aporta una evaluación y seguimiento que garantiza la continuidad en los cuidados y la adecuación de servicios a las personas. Servicio telefónico permanente. Software SIGECA para Gestión, seguimiento, y obtención de datos. Se adapta a cambios derivados de la aplicación del modelo ACIP.
Resultados: Fuente: SIGECA. Nº horas: 2013: 4.727. 2014: 7.942,75. 2015: 8.855,75. Número de casos: 2014: 59. 2015: 75. Tipo de casos: Continuados: 2014: mínimo de 15 y máximo de 19, 2015: mínimo de 16 y máximo de 19. Acompañamientos puntuales: 2014: 90; 2015: 84. Urgencias: 2014: 4, 2015: 10. Tipo de atención: 38% atención global. 29,80% acompañamientos. 24,50% cuidados personales. 7% tareas domésticas. Fuente: Encuesta. Satisfacción: Servicio Personalizado 9,00. Contribuye al bienestar 9,12. Servicio flexible 9,09. Recomendación del servicio: 100%.
Conclusiones: El Servicio promueve la permanencia en su domicilio de las personas que necesitan ayuda, desde el fomento de su autonomía mediante su participación en todo el proceso de atención. El perfil profesional de Asistente Personal ofrece una respuesta flexible y adecuada a las necesidades de personas mayores en situación de dependencia. La gestora del caso es una figura profesional que facilita la atención sociosanitaria y la diversificación de atenciones.

PS-024. RESERVA COGNITIVA Y DETERIORO COGNITIVO. UN ESTUDIO LONGITUDINAL

C. Lojo Seoane[1], J. Guàrdia Olmos[2], A.X. Pereiro[1], D. Facal[1], M. Campos Magdaleno[1] y S.C. Mallo[1]
[1]Facultade de Psicoloxía, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. [2]Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Determinar la influencia de la reserva cognitiva (RC) en el status cognitivo de las personas mayores a través del tiempo.
Métodos: Se evaluó el rendimiento de 421 adultos mayores de 50 años en distintas tareas de rendimiento en línea base y en dos evaluaciones sucesivas con un intervalo medio de 18 meses entre evaluaciones. Los participantes fueron diagnosticados y clasificados según su estatus cognitivo en controles sanos, deterioro cognitivo ligero (DCL) unidominio amnésico, DCL multidominio no amnésico, DCL multidominio amnésico y probable demencia. Se aplicó un modelo de ecuaciones estructurales para analizar la evolución del rendimiento a través del tiempo y la relación entre RC y el estatus cognitivo de los participantes en la tercera evaluación.
Resultados: Se observa que una mayor RC en línea base está relacionada con un menor deterioro cognitivo en tercera evaluación. Las medidas de bondad del ajuste del modelo fueron satisfactorias.
Conclusiones: La RC puede ser un predictor de la evolución del deterioro cognitivo en el tiempo por lo que debe ser considerada a la hora de evaluar y prevenir el deterioro en personas mayores.

PS-025. SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN EL DETERIORO COGNITIVO LIGERO (DCL): UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

C. Lojo Seoane, S.C. Mallo, A.X. Pereiro, D. Facal, M. Campos Magdaleno y O. Juncos Rabadán
Facultade de Psicoloxía, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivos: Conocer los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) asociados con el DCL y su valor predictivo en la evolución hacia la demencia a través de una revisión sistemática.
Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados sobre los SNP en el DCL desde el 1/1/2000 hasta el 31/10/2014 en las bases de datos Pubmed y PsychINFO. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, y eliminar los duplicados, se seleccionaron un total de 24 artículos.
Resultados: Los SNP son frecuentes en el DCL, especialmente la depresión, la ansiedad, la apatía, la irritabilidad y los problemas de sueño. Los rangos de prevalencia oscilan entre 35 y 85%, en función del tipo de instrumento, los criterios diagnósticos, los métodos de reclutamiento de la muestra y los años de seguimiento. La sintomatología depresiva es común en el DCL con afectación amnésica, subtipos que presentan mayores tasas de conversión a demencia, particularmente a la enfermedad de Alzheimer. Por otro lado, en el DCL no amnésico los síntomas descritos son, principalmente, la desinhibición, los delirios, las alucinaciones, los problemas para dormir y los signos extrapiramidales. Los subtipos no amnésicos tienden a evolucionar a otras demencias como la frontotemporal o por cuerpos de Lewy.
Conclusiones: Los SNP, y particularmente la depresión, pueden ser útiles para completar el diagnóstico de DCL y sus subtipos. Conviene aclarar las relaciones causales entre la sintomatología depresiva y el DCL, y emplear medidas que permitan distinguir entre esta sintomatología y la asociada a otros trastornos como la apatía. Así mismo, es preciso llevar a cabo estudios transculturales que ayuden a entender las variaciones de prevalencia de los SNP en función de la etnia.

PS-026. PERCEPCIÓN DE LOS VOLUNTARIOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID SOBRE EL IMPACTO DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO

X. Azcoitia, J.C. Bermejo, M. Álvarez, L. Orozco, O. Orozco, M.A. Ruiz y L. Iglesias
Centro de Humanización de la Salud, Tres Cantos.

Objetivos: Describir la percepción de los voluntarios sobre el estado anímico, psicoemocional y de necesidades espirituales de las personas residentes en un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid con 170 plazas de geriatría y 32 de cuidados paliativos.
Métodos: Estudio longitudinal descriptivo mediante cuestionario. A lo largo de 1 mes los voluntarios del centro registraron, después de cada visita (mínimo de 10 minutos) y de forma anónima, lo sucedido durante la misma.
Resultados: Se registraron 271 visitas con una duración media de 18 minutos (máximo 90 y mínimo 10), realizadas a 99 personas. El 67% (181) de las visitas se realizaron en geriatría y el 33% (89) en la unidad de cuidados paliativos. La mayor parte (60%) de los visitados recibieron entre 1 y 2 visitas. El 32% recibieron de 3 a 5 visitas y el resto (8%) de 6 a 11 visitas. En un 76% de las ocasiones (207) la persona estaba despierta. Las actividades mayoritariamente registradas fueron individuales (56%, 153) y espacios de encuentro comunes (taller de manos, contacto a través de caricias, música) (29%, 79). Se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre medias de estado de ánimo de la persona al inicio (4,94 sobre 10) y al final de la visita (6,57 sobre 10). Las emociones expresadas mayoritariamente fueron alegría (en 58 ocasiones; 21%), tristeza (39; 14%) y soledad (23; 9%). Se detectaron necesidades espirituales en un 40% (109) de las ocasiones. Amar y ser amado en el 19% (64) y ser reconocido como persona en 14% (48) de las visitas. En el 8,5% (23) tuvieron dificultades para detectarlo. Durante la conversación, al voluntario se le despertaron necesidades espirituales en el 63% (170) de las visitas.
Conclusiones: La percepción que los voluntarios tienen es que, tras las visitas, el estado de ánimo de la persona acompañada mejora. Las personas acompañadas están al final de la vida y atravesadas por la soledad. Los voluntarios perciben la existencia de necesidades espirituales tanto en su propia experiencia, como carencia o como potencial a desarrollar, como en la experiencia de la persona acompañada, como el reconocimiento de la dignidad del otro.

PS-027. PROGRAMA PARA LA ELIMINACIÓN SE SUJECIONES MECÁNICAS "P'ALANTE"

E.C. Ortiz Cachero, M. Llaca Ruisánchez, J.O. Martínez del Valle, M.D.R. Huergo Celorio, A. Pérez Somohano, S. Sopeña Rodríguez y J.C. Villar Casas
Residencia Sierra del Cuera, Posada de Llanes.

Objetivos: Poner en marcha un plan de actuación para el control y la gestión de las sujeciones mecánicas y en lo posible, caminar hacia la no sujeción.
Métodos: Como método de trabajo utilizamos la Norma Libera Ger de la Fundación Cuidados Dignos. La propuesta para llevar a cabo el cambio en la cultura de nuestra residencia se fundamenta en cuatro procesos. En el primero de ellos, se desarrolló un plan de sensibilización, motivación y formación para los profesionales. En segundo lugar, la dirección del centro se comprometió con el proyecto. En tercer lugar, se informó y sensibilizó a las personas residentes y a sus familias. Por último, se trabajó lo que hemos denominado Pedagogía del riesgo.
Resultados: Con el programa P'alante hemos consolidado un modelo de atención más respetuoso con los derechos de las personas, hemos conseguido la confianza y el apoyo de las familias, así como la implicación de todo el equipo de profesionales. Además, mientras que antes de la implantación del programa la prevalencia de sujeciones

mecánicas en nuestra residencia era del 17%, en la actualidad es de un 1%.
Conclusiones: Ha mejorado el bienestar de las personas que viven en la residencia, hemos implementado una nueva cultura de seguridad y confianza en nuestro centro y ha aumentado la satisfacción de las familias y también la de los profesionales.

PS-028. REGISTRO DE CASOS DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

M. Lázaro, C. Fernández, P. Serrano, A. Santiago, M.A. Benito, P. Villavicencio y T. Martín
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer las diferencias en función de la edad en casos de sospecha de malos tratos incluidos en un registro informatizado de un hospital terciario.
Métodos: La Comisión contra la Violencia del Hospital Clínico San Carlos ha elaborado un protocolo de actuación específico para Malos Tratos en el anciano. Mediante la hoja de registro se ha podido conocer el tipo y características de los adultos con sospecha de malos tratos detectados en el Hospital.
Resultados: Durante 3 años (2013-2015) se han registrado 220 casos de sospecha de malos tratos en el HCSC: Adultos: 172 casos (< 65 años: 140 casos y > 65 años: 32 casos: 22,8%). Historia de violencia previa: < 65a: 62,1%; > 65a 68,7%; Lugar del registro: < 65a: Urgencias (U): 90,7%; Hospitalización (H): 6,4%; > 65a U: 65,6%; H: 31,3%. Registro efectuado en < 65a: Medico (M): 67,8% Enfermera (E): 6,4%; T. social (TS); 25%; > 65a: M: 28,1%; E: 6,2%; TS: 65,2%; Tipos de malos tratos; < 65a: Físicos (F): 56,4%; psíquicos (P): 2,8%; F+P: 37,1%; F+P+E: 10,1% > 65a: F: 31,2%; P: 6,2; E: 6,2%; negligencia: 18,7%; F+P: 15,6; F+P+E: 22,1%. Abusos económicos: 25%. Perfil de la víctima: antecedentes psiquiátricos < 65a: 12,8%; dependencia física + dependencia psíquica en > 65 años: 62,5%; Maltratador: < 65a: pareja 89,2%; padre: 2,1%; hijo/a: 2,8%; > 65a: pareja: 37,5%: hijo/a: 46,8%. Cuidador: 15,6%. Medidas tomadas: Parte de lesiones: < 65a: 63,5% > 65a: 31,2%; Medidas de protección judicial < 65a: 12,8% > 65a: 15,6%. Medidas de protección centro < 65a: 5%. Orden de alejamiento: < 65a: 2,1%; > 65a: 6.25%.
Conclusiones: 1. En ambos grupos de edad la agresión previa se presenta en más de la mitad de los casos y la urgencia es el lugar donde se detectan el mayor número de casos. 2. En menores es el médico es profesional que más registra y en mayores de 65 años es el trabajador social. 3. Los maltratos físicos son los más frecuentes en ambos grupos de edad. Los abusos económicos acontecen principalmente en mayores. 4. La dependencia física y psíquica de la victima está presente en más de la mitad de los malos tratos en mayores. 5. Se emiten menos parte de lesiones en mayores. Las medidas de protección judicial son similares en ambos grupos.

PS-029. VIOLENCIA DE GÉNERO: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

M. Lázaro, C. Fernández, A. Santiago, C. León, R. Castro, L. Gallego y T. Martín
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: 1) Realizar un registro hospitalario informatizado de los casos detectados de violencia de pareja de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato en instituciones sanitarias elaborado en el Hospital Clínico San Carlos. 2) Valorar las diferencias de la violencia de género en función de la edad.
Métodos: La Comisión contra la Violencia Hospitalaria ha elaborado un procedimiento interdisciplinar (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo) para detectar la sospecha de violencia. Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación y creación de un sistema para la disociación de identidades en pacientes susceptibles de especiales medidas de seguridad.
Resultados: Durante 3 años (2013-2015) se han registrado 172 casos de sospecha de malos tratos en adultos:140 casos en < 65a y 32 casos en > 65 años (22,8%). Violencia de género en < 65 años: 125 casos (89,2%) y en > 65 años: 12 casos (37,5%). Agresión previa en < 65 años: 65,6% y en > 65a: 83,3%. Lugar de registro: Urgencias: < 65a: 91,2% y en > 65a: 58,3%. Profesional que realiza el registro: médico en < 65a: 65,6% y en > 65a el T. social: 66,6%. Tipos de malos tratos: físicos en < 65a: 53,6% y en > 65a: 33,3%; físicos + psíquicos en < 65a: 38,4% y en > 65a: 16,6%; negligencia en > 65a: 16,6%; físicos + psíquicos + económicos en < 65a: 38,4% y en > 65a: 16,6%. Perfil de la víctima: antecedentes psiquiátricos en < 65a: 14,4%. Dependencia física y psíquica en > 65 años: 75%. Medidas tomadas: Parte de lesiones: < 65a: 63,5% > 65a 41,6%; medidas de protección judicial < 65a: 12,8% > 65a: 25%.
Conclusiones: 1. En personas mayores más de un tercio de casos de sospecha de malos tratos corresponden a violencia de género. 2. El antecedente de agresión previa es mayor en caso de violencia de género en personas > 65 años. 3. El trabajador social registra los casos de violencia de género principalmente en mayores de 65 años. 4. La dependencia física y psíquica ocurre en 2/3 de los casos de violencia de género en mayores de 65 años. 5. Se emiten más parte de lesiones en < 65 años y más medidas de protección judicial en mayores de 65 años en nuestro estudio.

PS-030. REGISTRO DE CASOS DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO DETECTADOS EN LA URGENCIA HOSPITALARIA

C. Fernández, M. Lázaro, P. Serrano, A. Martín, M.T. Merino, C. Martín y T. Martín
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar los casos detectados de sospecha de malos tratos en ancianos en la Urgencia Hospitalaria de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato en instituciones sanitarias elaborado en el Hospital Clínico San Carlos.
Métodos: La Comisión contra la Violencia, como órgano encargado de las estrategias para detectar el maltrato en el anciano ha elaborado un procedimiento comprometiendo a todos los profesionales sanitarios implicados (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo). Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación. Mediante la hoja de registro se ha podido conocer el tipo y características de los ancianos con sospecha de malos tratos detectados en la Urgencia Hospitalaria.
Resultados: Durante 3 años (2013-2015) se han registrado 172 casos de sospecha de malos tratos en adultos. En pacientes mayores de 65 años: 32 casos (22,8%). Se han detectado en la Urgencia Hospitalaria: 21 casos (65,6%). Mujeres: 85,7%. Profesional que realiza el registro en Urgencias: médico: 38%; trabajadora social: 57,1%. Tipos de malos tratos: físicos: 33,3%; negligencia: 19%; mixtos: 42,8%. Perfil de la víctima: dependencia física y psíquica: 42,8% dependencia física: 19%; dependencia psíquica: 14,2%. Sospecha de maltratador: pareja: 38,1%; hijo/a: 33,3%; cuidador: 28,5%. Medidas tomadas: parte de lesiones: 42,8%; medidas de protección judicial: 9,5%.
Conclusiones: 1. Las urgencias hospitalarias son el lugar donde se detectan más casos de malos tratos en mayores y el trabajador social es el profesional que registra más casos. 2. Los tipos de maltrato mixtos son los más frecuentes. 3. La victima presenta dependencia tanto física como psíquica en la mayoría de los casos. 4. Más de un tercio de los casos de malos tratos en ancianos es violencia de género. 5. Se emiten parte de lesiones en la urgencia casi en la mitad de los casos.

PS-031. EVALUACIÓN DEL CURSO ON-LINE DIRIGIDO A CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. RESULTADOS CUANTITATIVOS

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
Grupo de Trabajo de Ley de Dependencia SEGG.

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: Describir las características del alumnado y su actividad como cuidadores. Conocer la valoración global del curso, de los contenidos y el grado de dificultad.
Métodos: Análisis cuantitativo 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 al curso, se analizaron las respuestas de los 1.000 primeros cuestionarios. 50% (497) tienen entre 31-50 años. 86% (856) son mujeres. Un 43% (426) tienen estudios universitarios, sólo el 9% (96) no tienen estudios/estudios primarios. Un 63% (628) está trabajando. El 39% (392) son cuidadores contratados, 32% (322) cuidadores familiares. Tienen reconocida la LD sólo 571 personas, 38% presentan grado III. El 45% (423) dedican al cuidado entre 6-8 horas/día, 41% (416) entre 2-4 horas/día y 13% (131) más de 12 horas/día. El 42% (415) dedica al cuidado 5 días/semana, 27% (265) dedica 7 días/semana. El 51% lleva más de 3 años dedicado a cuidar, 36% más de 5 años. Tan sólo el 25% reciben ayuda domiciliaria pública. El 84% valora el curso como muy interesante, permitiéndoles aumentar conocimientos. Sólo el 11% valoran el grado de dificultad del curso como alto. Los capítulos más destacados son: úlceras por presión, higiene personal, transferencias-movilizaciones, alimentación-nutrición y trastornos del comportamiento.
Conclusiones: El perfil del alumno es una mujer, de edad media, con estudios, que trabaja, pariente de la persona dependiente, que cuida entre 6-8 horas/día, 5 días a la semana desde hace más de 3 años. La mitad de las personas dependientes no tienen reconocida la LD y el 38% presentan grado III. El apoyo de cuidadores profesionales es escaso, siendo la familia y cuidadores informales quienes prestan el cuidado. La valoración global del curso ha sido muy satisfactoria y su realización asequible. Los cuidados prestados en domicilio deben acompañarse de una formación específica hacia los cuidadores para garantizar la calidad de los cuidados.

PS-032. LAS SOCIEDADES ESPAÑOLA Y PORTUGUESA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. UN OBJETIVO COMÚN: LA FORMACIÓN ON-LINE DE CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

M.A. García Anton[1] y M.J. Quintela[2]
[1]Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. [2]Sociedad Portuguesa de Geriatría y Gerontología.

Introducción: El reencuentro de las dos Sociedades ha permitido la elaboración de una actividad en común que ha reforzado, más aún, la relación entre ambas. Se ha traducido al portugués el Curso on-line para cuidadores de personas mayores dependientes, que se realiza en España, poniéndolo en marcha en Portugal con el aval de ambas sociedades. Curso On-line para Cuidadores de Pessoas Idosas Dependentes.
Objetivos: Desarrollar una actividad formativa con otra Sociedad de Geriatría, manteniendo el mismo contenido, estructura, evaluación y coordinación del curso. Describir las características del alumnado y su actividad como cuidadores.
Métodos: Análisis cuantitativo y cualitativo del cuestionario de evaluación del curso on-line en portugués, dirigido a cuidadores de personas mayores dependientes (junio 2015-febrero 2016).
Resultados: De los 1.172 alumnos inscritos, se han evaluado los 169 primeros cuestionarios contestados. Edad: Un 59,7% son ≤ 50 años, 40,2% tienen ≥ 51 años. El 89,4% son mujeres. Estudios: El 52,1% son universitarios, 43,2% estudios secundarios, 4,7% estudios primarios. Concilian cuidado y actividad laboral el 76,9%. Relación con la persona dependiente: cuidadores privados 33,7%, otros familiares 24,8%, hijos 22,5%, amigos/vecinos 13%, nietos 4,1%, cónyuge 1,8%. Dedican a cuidar entre 12-24 horas el 19,5%. Cuidan entre 5-7 días/semana 67,5%. El 55,6% lleva menos de 2 años prestando cuidados y el 44,3% entre 3- 5 años. Los contenidos más valorados son: papel del cuidador, habilidades y competencias, comunicación, relaciones y convivencia con la persona mayor en domicilio y trastornos del comportamiento. Valoración global del curso (Escala Valoración Numérica 0-5): 84,6% lo sitúa entre 4-5 puntos. El 95,2% demandan más cursos formativos desde ambas sociedades.
Conclusiones: La experiencia de compartir este proyecto permite descubrir que una de las inquietudes de ambas Sociedades es formar a los cuidadores. La respuesta de los alumnos y la valoración positiva que hacen del curso, nos pueden hacer reflexionar a los profesionales de ambas Sociedades que es posible compartir la creación de más proyectos y protocolos juntos. Este proyecto formativo, que facilita el acceso a la formación de los cuidadores, puede ser compartido por otras Sociedades, bien por su contenido, ágil y sencillo, o por su formato on-line.

PS-033. DISEÑO E INCORPORACIÓN Y EVALUACIÓN DE CAMBIOS AMBIENTALES EN UNA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

M. Sancho[1], M. Leturia[1], J. Salazar[1], A. Tomasena[1], P. Díaz-Veiga[1], M. Garate[2] y C. Buiza[2]
[1]Matia Instituto Gerontológico, San Sebastian. [2]Matia Fundazioa, San Sebastián.

Objetivos: La creación de ambientes adecuados a las necesidades y preferencias de las personas que viven en centros residenciales está cobrando especial interés, a medida que en nuestro contexto se incorporan iniciativas asociadas a la implantación del Modelo de Atención Centrado en la Persona. En este trabajo se presenta el diseño para la transformación de una unidad psicogeriátrica convencional en un entorno facilitador de la autonomía y el bienestar de las personas usuarias.
Métodos: Mediante el establecimiento de un consorcio de empresas, en el que han participado, entre otros agentes, profesionales e investigadores vinculados a la residencia en la que se ubica la unidad objeto de estudio, se ha efectuado un análisis del entorno, objeto de la intervención, en relación con aspectos como iluminación, acústica, ventilación, distribución de los espacios, comidas, mobiliario y aspectos decorativos. Se ha diseñado un estudio pre-post, dirigido a identificar la valoración de los cambios ambientales, por parte de familiares, profesionales y usuarios, y el impacto en la independencia en el bienestar y la implicación en actividades cotidianas, mediante la administración del NPI, el DCM y la Escala RAI, el SERA, el análisis de las incidencias registradas y un checklist elaborado ad-hoc para identificar, a través de la observación de las cuidadoras, el impacto de nuevos menús.
Resultados: El estudio ha permitido identificar las actuaciones ambientales necesarias para el rediseño de la unidad preexistente, con el fin de ampliar y diversificar los espacios, reorganizar la disposición del mobiliario, mejorar la iluminación, incorporar elementos decorativos hogareños y estimulantes, reducir la contaminación acústica y probar menús saludables y que resulten estimulantes para los usuarios. La implantación de las intervenciones ambientales se

efectuará entre abril y junio, estando prevista evaluación inicial en marzo y la posterior a la intervención en julio.
Conclusiones: La implantación de cambios ambientales, en el marco de la Atención Centrada en la Persona, en centros residenciales tradicionales se ve posibilitada por el desarrollo de proyectos multidisciplinares que identifiquen las posibilidades de los espacios disponibles, con el fin de adecuarlos a una atención personalizada y promotora de bienestar tanto de trabajadores como de usuarios.

PS-034. CUIDAR COMO NOS GUSTARÍA SER CUIDADOS: ESTUDIO PARA LA ELABORACIÓN DE UNA "CARTA SOBRE ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS"

E. del Barrio[1], M. Sancho[1] y C. Segura[2]
[1]Matia Instituto, Madrid. [2]Fundación Bancaria "La Caixa", Barcelona.

Objetivos: Recoger percepciones, deseos, preferencias y temores ante una potencial necesidad de dar y/o recibir cuidados.
Métodos: Encuesta online. Muestra: 4.784 personas (Población general: 3.696; Profesionales: 1.088). Bloques: Perfil sociodemográfico; Definición y responsabilidad del cuidado; Expectativas sobre el posible cuidado recibido en el futuro; Cuidado informal prestado por la persona en el presente; Potencial cuidado informal prestado en el futuro; Percepciones sobre el buen cuidado.
Resultados: 1 de cada 4 personas cuida de alguna persona mayor. Son mayoritariamente personas de 35 y 64 años. La intensidad es de 7,8 puntos (Escala 0-10) a algún miembro de la familia y de 4,5 en amigos/vecinos. Definiciones de *cuidado* con puntuaciones más elevadas: las que defienden el fomento de la autonomía e independencia de la persona cuidada. Opinión sobre la responsabilidad del cuidado: Debe repartirse entre en la propia persona, las familias y los servicios públicos y privados. Y, en menor grado, en la sociedad civil (personas voluntarias, amigos o vecinos). Las preferencias en el cuidado recibido o por recibir destaca la familia. Aunque tiene mucha presencia el cuidado profesional en el cuidado personal y las tareas domésticas. Para las personas de menor edad, el grupo de vecinos o amigos tiene mayor presencia en la expectativa de cuidado futuro (apoyo afectivo y ayuda para trámites y gestiones). Para las personas cuidadoras, el cuidado genera más beneficios que problemas. Los mayores beneficios se encuentran en el aspecto emocional, y los problemas, en el ámbito del tiempo libre.
Conclusiones: Los resultados muestran una realidad compleja en la que los agentes responsables de los cuidados se entrelazan en forma de tejido y donde las competencias y funciones son compartidas. Las diferencias entre la prestación de cuidados actual y futuro parecen indicar un leve descenso del cuidado familiar y un aumento en el comunitario. En las generaciones más jóvenes, el cuidado comunitario se plantea como una de las soluciones tras el declive previsto del familiar. La atención comunitaria entre amigos o vecinos ha empezado a desarrollarse en la época de crisis donde ha sido necesario desplegar redes de reciprocidad y proximidad para solventar las carencias del sistema.

PS-035. REALIDAD DE UNA UNIDAD DE VALORACIÓN

J. Marí[1], M. Llull[2], P. Muñoz[1], E. Pérez[2], V. Rivero[1] y B. Roig[2]
[1]Llar Eivissa, Ibiza. [2]Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència, Mallorca.

Objetivos: Descripción de una unidad de trabajo multidisciplinar que tiene como función valorar y evaluar los casos que piden recurso asistencial en nuestra isla y priorizar los casos si procedieran.
Métodos: Se han estudiado los cinco últimos años de los casos recibidos en esta unidad, los circuitos seguidos y cómo se solicitan las priorizaciones o casos de urgencia (se recibe una media de 120 solicitudes/año). Para ello, este año se han establecido una serie de ítems o clasificación de los usuarios según sus perfiles.
Resultados: Si bien se lleva un trabajo sistematizado, las vías de acceso a los recursos dependen de varias administraciones, por lo que vemos la gran importancia de la coordinación entre los diferentes profesionales que llevan a término dichos trabajos.
Conclusiones: Cada usuario debe de estar en su nivel asistencial adecuado, por tanto, la vía de entrada de las solicitudes y la coordinación entre los diferentes equipos es el marco referencial de todo el proceso. Todos estamos implicados en obtener mejores resultados.

PS-036. ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DEL DESARROLLO DE DOS SESIONES PARALELAS DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO PERSONAL PARA PERSONAS MAYORES

A. García Soler[1], P. Díaz Veiga[1], J. Yanguas Lezaún[1], M. Sancho Castiello[1], M.D.C. Espejo González[2] y C. Segura Talavera[2]
[1]Matia Instituto, Madrid. [2]Fundación Bancaria La Caixa, Barcelona.

Objetivos: Existe gran variedad de intervenciones en grupo. A pesar de las diferentes denominaciones que nos podemos encontrar: psicológica, psicoeducativa, psicosocial, socioemocional, etc. que aluden normalmente a un modelo de conocimiento y a procesos de intervención específicos, gran parte de estos comparten una serie de factores en común: el realizarse en grupos de personas (entre 4 y 15), dirigidos por al menos una persona y con el objetivo de lograr ciertos cambios en las personas participantes. En el contexto de intervención grupal con base psicológica y un acercamiento de desarrollo personal, el presente estudio tiene como objetivo describir el patrón de desarrollo de dos sesiones teóricamente idénticas en dos grupos de personas diferentes dirigidas por profesionales con diferente experiencia.
Métodos: A través de un listado de categorías creado ad hoc, se registraron diferentes aspectos del desarrollo de dos sesiones de un programa de intervención. Se observaron dos sesiones grabadas y se recogieron las siguientes variables del profesional moderador del grupo (al que se le denominó facilitador en pro de su papel no instructivo) y del grupo en conjunto: función de instrucción, función social, función organizativa, permitir participación y desarrollo de actividad. Se registraron las categorías por presencia/ausencia en una observación sistemática de las grabaciones en intervalos de 10 segundos.
Resultados: Se constató diferente frecuencia y duración de las categorías, así como diferentes patrones de desarrollo de la sesión y de sucesión de categorías. La categoría más frecuentemente registrada fue "Permitir la participación", sin embargo el grupo con la facilitadora con mayor experiencia resultaba más instructiva y estimuladora permitiendo menos tiempo de expresión (26%) y más de dirección/instrucción (14,8%).
Conclusiones: Independientemente del contenido teórico de las sesiones, se pueden producir diferentes patrones de comportamiento del grupo y de la interacción entre los participantes, pudiendo a su vez revertir en un diferente aprovechamiento del contenido de los programas de desarrollo personal.

PS-037. PLASTICIDAD CEREBRAL MÁS ALLÁ DE LOS 60 AÑOS: EFICACIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE DOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

M. Suárez Castro[1], M.L. Delgado Losada[2], B. Arias Rodríguez[1], E. Punzón Martín[1], M.L. Martín Bernal[1], L. Rodríguez Clemente[1] y N. Rodríguez Clemente[1]
[1]DACER Rehabilitación Funcional, San Sebastián de los Reyes. [2]Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Objetivos: Demostrar la eficacia de la rehabilitación multidisciplinar especializada en la capacidad funcional, motora y cognitiva de pacientes mayores de 60 años.
Métodos: Paciente A. Diagnóstico: aneurisma cerebral en el territorio de ACM. Edad: 64 años. Tiempo desde la lesión: 11 meses. Situación

de partida: Estado de alerta disminuido, no centra la vista ni realiza seguimientos oculares, mutismo, disfagia, no control cefálico, no control de tronco, ninguna movilidad en los MMSS. FIM 15-FAM 13. Intervención: 5 sesiones/semanal: fisioterapia neurológica, terapia ocupacional neurológica, logopedia neurológica y neuropsicología, 1 postural diario + estimulación sensorial. Actividades grupales. Paciente B. Diagnóstico: Ictus isquémico en el territorio de ACM. Edad: 71 años. Tiempo desde la lesión: tratamiento desde el hospital. Situación de partida: dificultades en memoria anterógrada y mantenimiento de atención, funciones ejecutivas alteradas, afasia expresiva, parafasias semánticas, alteración denominación, comprensión lectora y expresión escrita, falta de estabilidad central, hemiparesia derecha. No marcha autónoma y precisa asistencia para transferencias. FIM 39-FAM 29. Intervención: 5 sesiones/semanas: fisioterapia neurológica y logopedia neurológica, 3 sesiones semanales: neuropsicología y terapia ocupacional neurológica. Actividades grupales.
Resultados: Paciente A al año de tratamiento mantiene nivel de alerta, se comunica oralmente sin dificultad, no problemas de deglución, control cefálico y de tronco. El MSD alcanza, agarra y manipula con normalidad. El MSI no tiene movilidad, no camina pero colabora activamente en transferencias. FIM 57- FAM 49. Paciente B al año de tratamiento: No presenta dificultades en memoria, atención, funciones ejecutivas, ha mejorado la afasia, puede desenvolverse de forma autónoma. Marcha autónoma e independiente, es capaz de alcanzar agarrar y hacer manipulación fina con MSD. FIM 124-FAM 82.
Conclusiones: Las personas mayores también se benefician del proceso de rehabilitación incluso habiendo trascurrido 11 meses desde la lesión (paciente A), tiene repercusiones muy positivas en los afectados y su entorno, que van más allá del simple "mantenimiento". Su situación funcional, motora y cognitiva cambió radicalmente, mejorando su calidad de vida y la de sus familiares. La disminución del nivel de dependencia repercutió en sus necesidades de apoyo y cuidados a medio y largo plazo y por tanto en el consumo de recursos.

PS-038. REPERCUSIÓN DE LA FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO EN EL CAMBIO DE DOMICILIO AL ALTA

P. Sáez López, N. Alonso García, N. Sánchez Hernández, I. Romero Mayoral, M. Bravo Jiménez, M.J. Rincón González y J.A. Valverde García
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Introducción: La fractura de cadera conlleva un deterioro funcional grave en el anciano que se mantiene durante meses y en el 50% no recuperan su situación basal. Esto condiciona en muchos casos un cambio de domicilio, ya sea temporal o permanente.
Objetivos: Identificar el destino al alta de los pacientes ancianos que ingresan por fractura de cadera y evaluar las variables que se asocian al cambio de domicilio.
Métodos: Estudio prospectivo y comparativo entre dos grupos de pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera, antes (2010) y después (2013) de la puesta en marcha de una vía clínica.
Resultados: Se registraron 412 pacientes con fractura de cadera, con una edad de 86,5 años y de 6 comorbilidades por paciente (Charlson 1,7). El 75% presentaban un riesgo anestésico elevado (ASA > II). El 90% de pacientes fueron intervenidos. El 36,4% de los pacientes que ingresaron por fractura de cadera procedían de residencia, y al alta aumentó al 47,4%. El 16,8% cambiaron su domicilio tras el alta por fractura de cadera. De estos, el 64% utilizaron residencia, cuando previamente vivían en domicilio. Y a su vez, de los 41 pacientes que utilizaban la residencia de novo, 20 permanecían en la misma a los 6 meses (48,7%). La nueva institucionalización se relacionó con el número de fármacos al alta (p = 0,003), pero no se ha visto influenciada por el género, la presencia demencia previa, la capacidad de deambulación o grado de dependencia anterior a la fractura, la edad, estancia global, número de fármacos previos, ni el número de complicaciones durante el ingreso. Tampoco se relaciona con pertenecer al grupo de 2013 con menor estancia global.
Conclusiones: La ausencia de Unidad de Recuperación Funcional en nuestra provincia condiciona que los pacientes utilicen la residencia para rehabilitarse. No disponemos de datos sobre la eficacia del tratamiento rehabilitador en residencias. Lo que sí sabemos es que casi la mitad de los pacientes procedentes de domicilio, que se fueron a residencia tras el alta, continúan en la misma 6 meses después.

PS-039. ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL INTERGRUPAL DE UNA MUESTRA DE 4 SESIONES DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO PERSONAL

A. García Soler[1], P. Díaz Veiga[1], J. Yanguas Lezaún[1], M. Sancho Castello[1], M.D.C. Espejo González[2] y C. Segura Talavera[2]
[1]Matia Instituto, Madrid. [2]Fundación Bancaria La Caixa, Barcelona.

Objetivos: Las intervenciones grupales de índole psicológica, psicoeducativa, de cambio de actitudes o instruccional dirigidas a mayores forman parte desde hace tiempo de la oferta de actividades de los centros gerontológicos en España. La atención preventiva de este tipo de programas busca el desarrollo de pautas de vida saludables y el aumento de calidad de vida de las personas participantes. Estos programas se suelen evaluar en diseños pseudo-experimentales prepost en los que se administran instrumentos de evaluación y se comparan las medidas antes y después del programa, considerando las múltiples sesiones como un conjunto a modo de condición dicotómica de la variable independiente y dejando de lado los aspectos intrasesionales. El objetivo de este estudio es la descripción de aspectos intra-sesión como estudio exploratorio más detallado de la intervención en una muestra de sesiones del programa de intervención.
Métodos: Se creó una lista de categorías de comportamiento e interacción observable que se registraban en un formato categórico de cuatro opciones según intensidad. Se realizó observación presente no participante de una muestra de 3 sesiones del programa de intervención en 7 localizaciones, por parte de 7 observadores entrenados. El listado creado ad hoc para la valoración de las sesiones contemplaba las siguientes áreas: competencias de los profesionales, clima social, impacto de los materiales utilizados y valoración subjetiva de la sesión. Las categorías se valoraban durante y tras la observación de cada sesión. Se realizó un análisis descriptivo, informándose sobre la distribución de las valoraciones en promedio y desviación típica.
Resultados: Se registró un promedio alto de competencias profesionales (2,46 sobre 3), un clima social positivo (2,57 sobre 3) y un uso de los materiales relativamente más bajo (1,57 sobre 3).
Conclusiones: Los resultados señalan que la valoración de la muestra de las sesiones es relativamente alta y positiva, mientras que el uso e impacto de los materiales puede ser bajo. Estos resultados podrían tener implicaciones a la hora de planificar intervenciones de desarrollo personal a nivel de coste y beneficios del desarrollo de materiales ad hoc.

PS-040. LECCIONES APRENDIDAS EN EL DESARROLLO DE LA INICIATIVA AGE-FRIENDLY CITIES AND COMMUNITIES EN EUSKADI LAGUNKOIA

E. del Barrio[1], M. Sancho[1], T. Ainara[1], S. Pinazo[2] y E. Allur[1]
[1]Matia Instituto, Madrid. [2]Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: *Ciudades amigables* (AFC) es un proyecto lanzado por OMS. En País Vasco el proyecto se denomina Euskadi-Lagunkoia y comienza en 2012. En la primera fase (2012-14) han participado 13 municipios: hábitat (rural: 9; intermedio: 1; urbano: 3), y lugar (Costa: 2. Interior: 2, Guipúzcoa y 9, Álava). En la fase de diagnóstico y evaluación de necesidades con metodología OMS (2007) se han realizado encuentros ciudadanos (grupos focales con N = 345 participantes) y cuestionario de amigabilidad (N = 1447 personas).
Objetivos: Analizar el proceso de trabajo en proyecto AFC.

Métodos: Análisis DAFO realizado por el equipo técnico.
Resultados: a. Oportunidades: el aumento de la esperanza de vida, aumento años en buen estado de salud fuera del mercado laboral supone un importante potencial de mayores. La crisis reclama participación social y ciudadana. E influye en la regeneración del movimiento vecinal, apoyo mutuo y la corresponsabilidad social. Existe cultura del cooperativismo en Euskadi (Gipuzkoa), mayores con experiencia previa de trabajo comunitario. b. Amenazas: el edadismo supone una dificultad para hacer programas con personas mayores. Los valores individualistas generalizados en la sociedad actual. La escasa participación social extrafamiliar. Banalización del concepto envejecimiento activo y desconfianza (personas mayores, técnicos, políticos). c. Fortalezas: el proyecto operativiza el paradigma del EA, lo pone en práctica en local. Otorga protagonismo a los mayores (empowerment). Involucra todas las edades, agentes y entidades. d. Debilidades: múltiples agentes y entidades, el trabajo se ralentiza. Dificultades para involucrar todos los agentes (mayores, ciudadanía, técnicos y políticos) y población general. Los técnicos del proyecto AFC son externos al municipio y desconocen el entorno. *Lecciones aprendidas.* En diciembre 2014 se presentó la "Guía para implementación y uso en municipios" con información metodológica para el resto de municipios. Actualmente hay 29 municipios trabajando con ella, y los aspectos a destacar son: liderazgo de personas mayores y población general, con acompañamiento de técnicos municipales y apoyo político. Trabajo previo con asociaciones de mayores para despertar la necesidad sentida, generando un GP que le otorgue fuerza y continuidad. Adaptado y flexible a cada municipio (agentes, sinergias, estructura y ritmos). Compartir las experiencias de éxito entre diferentes municipios.

PS-041. EL COSTE REAL DE LA PLENA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) Y SUS FUENTES DE FINANCIACIÓN PÚBLICA. ALTERNATIVAS POSIBLES

E. Martín-Serrano Jiménez[1] y R. Herranz González[2]
[1]Comisiones Obreras, Madrid. [2]IMSERSO, Madrid.

Objetivos: Establecer los costes reales de la plena implantación del Sistema de Dependencia, en función de distintos escenarios de atención, así como las fuentes de financiación pública que han de sostenerla. Se persigue posibilitar un debate transparente y riguroso que permita abordar el ajuste entre necesidades de atención y recursos de financiación.
Métodos: Parametrización del Sistema de Dependencia (beneficiarios, cartera de prestaciones, intensidad, costes, etc.). Descripción del modelo de financiación SAAD, con especial atención a las fuentes de financiación derivadas de la Ley 39/2006 y 22/2009.
Resultados: Se han calculado distintos escenarios de costes: desde la situación actual (0,61% PIB) con el sistema en fase de implantación, hasta un escenario de plena implantación con atención exclusiva de servicios profesionales (1,5% PIB). Se describen/cuantifican las fuentes de financiación estatal que cabe esperar en un escenario de plena implantación del sistema, identificando en su caso las posibles vías para su mejora.
Conclusiones: Se presentan distintas alternativas de implantación del Sistema de Dependencia, cuantificando los costes en función del volumen/intensidad de prestaciones elegidos. Igualmente se identifican las fuentes de financiación estatal que cabe prever, así como posibles líneas de actuación adicionales.

PS-042. DE LA RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA. EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE UNA PERSONA QUE VIVE EN UNA UNIDAD DE CONVIVENCIA

C. Cristóbal de Toro[1] y B. Álvarez de la Fuente[2]
[1]Residencia Virgen del Rivero, Soria. [2]Aralia Servicios Sociosanitarios, Soria.

Desde que en 2014 apostásemos por el modelo residencial basado en Unidades de Convivencia, muchos han sido los cambios observados, medidos y percibidos por parte de las personas que viven en ellas, de su grupo de apoyos y de los profesionales que trabajan allí. Cada día vemos ejemplos de cómo personas que viven en entornos en los que se trabaja la atención centrada en la persona desarrollan el empoderamiento y la autodeterminación de una forma natural, particularidad que en otros modelos residenciales se ve privada parcial o completamente. Esta privación aún se percibe con mayor peso en personas heterónomas y en ocasiones en personas autónomas pero con un nivel alto de dependencia. Por ello nos parece interesante exponer el caso de una persona con alto grado de dependencia la cual ha experimentado una mejora significativa de su calidad de vida al facilitarle los apoyos y recursos necesarios que la ayudan a ejercer su autonomía de una manera natural. Para ello hemos estudiado variables que influyen en cómo se estaban prestando los apoyos a esta persona en un centro residencial con un modelo asistencial y como ha influido la manera de prestárselos desde el modelo de atención centrado en la persona en la unidad de convivencia donde vive. A través de los cambios manifestados en cada área de la calidad de vida (bienestar emocional, autodeterminación, inclusión social, bienestar físico, relaciones personales, bienestar material, desarrollo personal y defensa de sus derechos), hemos realizado una comparativa del antes y el ahora. Algunos de los cambios más significativos y que así desarrollaremos en el póster: Imagen de la persona que se proyectaba en los profesionales antes y después, gracias al conocimiento de su historia de vida. Mejora en la imagen física de la persona. Mejora en la comunicación entre la persona, los compañeros, el grupo de apoyo y los profesionales. Cambios en el carácter y en la manera de enfrentarse a las dificultades. Percepción positiva de sus capacidades y no tanto de sus limitaciones. Son solo algunas de las características que nos hacen pensar que este es el camino.

PS-043. PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

I. Pineda Pérez, M. Pi-Figueras, A. Digón, M.I. Martínez, L. Morro, X. Nogués y O. Vázquez
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Describir el perfil social de los pacientes geriátricos ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar.
Métodos: Estudio retrospectivo de la actividad de la trabajadora social en el servicio de Medicina Interna durante el año 2015. Se incluyeron los pacientes valorados por la trabajadora social, mayores de 70 años y que no precisaron al alta ingreso en centro sociosanitario. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, núcleo de convivencia, vinculación previa con servicios sociales, barreras arquitectónicas (BBAA), riesgo social medido por la Escala de Gijón abreviada (EGA) (se excluyeron los pacientes ya institucionalizados), pacientes etiquetados de paciente crónico complejo (PCC) o enfermedad crónica avanzada (MACA) y destino al alta.
Resultados: Se analizaron un total de 76 pacientes, 39 mujeres y 37 hombres, con una edad media de 81,55 años. El núcleo de convivencia fue: solos (31,6%), cónyuge (30,3%), hijos (23,7%), otros (10,5%) e institucionalizados (3,9%). Del total de pacientes, 57 (75%) tenían vinculación previa con servicios sociales. Presentaban BBAA externas (36,9%), internas (11,8%) y no tenían (51,3%). La EGA se realizó a 73 pacientes y mostró deterioro social grave (11,54/15). Estaban etiquetados como PCC 23 pacientes (30,3%) y 1 (1,3%) como MACA. El destino al alta fue: domicilio (56,6%), residencia (30,3%), exitus (11,8%) y otros (1,3%).
Conclusiones: La intervención de trabajo social fue mayoritariamente en pacientes de edad avanzada, que vivían solos o con el cónyuge y con vinculación a servicios sociales previa al ingreso hospitalario. A pesar del elevado deterioro social el destino al alta más prevalente fue el retorno a domicilio. La intervención de trabajo social en el servicio de Medicina Interna es necesaria dado el riesgo social de los pacientes geriátricos ingresados.

PS-044. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE SALUD DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE ESPAÑA

F. Solís Ovando, A.M. Cruz Santaella, W. López Forero, Y. Dionisio Coronel, R.E. Rivas Espinoza, F.A. Quiñónez Bareiro y R. Labra González
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción: Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout (SB) en los profesionales sanitarios de un centro hospitalario de España, ya que el desgaste profesional es un verdadero problema de salud pública porque su magnitud y prevalencia son cada vez más crecientes, a medida que los profesionales de salud pasan más tiempo en la atención a las personas. Por eso imperativo conocer la magnitud del problema en nuestro medio para mejorar la calidad de vida y por ende la calidad de atención médica.
Métodos: Tipo de investigación: descriptivo transversal. Universo: personal sanitario del centro hospitalario, con al menos con un año de trabajo en la institución. Muestra: aleatoriedad simple, total de 70 profesionales sanitarios. Instrumentos de recolección de información: Test Maslach Burnout Inventory (MBI) modificado. Variables: Independientes: sexo, edad, antigüedad, área de trabajo. Dependientes: agotamiento emocional, despersonalización. realización personal. El presente estudio se realizó en el mes enero de 2016, en un centro hospitalario (España), realizando una selección al azar tanto del personal médico como de enfermería. El cuestionario utilizado fue la versión española de MBI, que se realizó de forma individual a 70 profesionales. El instrumento fue desarrollado para valorar los tres aspectos fundamentales del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Altas puntuaciones en las primeras y baja en la segunda permiten el diagnostico.
Resultados: La prevalencia del SB en nuestra población es del 21%. El sector profesional más afectado por el SB fueron los trabajadores en planta de hospitalización de Agudos. El género con mayor probabilidad de sufrir el SB, es el femenino. En cuanto a la edad son susceptibles todos los grupos etarios, existiendo mayor grado de agotamiento emocional y despersonalización a medida que aumenta la edad. Las horas de trabajo tienen relación directa con el agotamiento emocional, no así con el SB. El nivel de agotamiento emocional fue bajo (53%), medio (11%) y alto (36%). El nivel de despersonalización fue bajo (50%), medio (19%) y alto (31%). En contra posición en relación al grado de realización personal predomina el nivel alto (43%), sobre el nivel bajo (36%).

PS-045. CONFLICTOS ÉTICOS EN CENTROS RESIDENCIALES Y DE ATENCIÓN DIURNA

F. Torralba Roselló[1], M.D. Fontanals Nadal[2], J. Pascual Torramadé[3], I. Ancizu García[3] y R. Vaca Bermejo[3]
[1]Universidad Ramón Llull, Barcelona. [2]Barcelona. [3]SARquavitae, Barcelona.

Objetivos: Conocer aquellos conflictos éticos que se presentan con más frecuencia y los que más preocupan a los profesionales de centros residenciales (CR) y de atención diurna (CAD) para personas mayores.
Métodos: Desde el Comité de Ética Asistencial (CEA) de la Organización se envía una encuesta on-line a todos los trabajadores de los CR y CAD para conocer diversos aspectos vinculados con la ética asistencial en la organización. Entre otros, conflictos éticos, metodología de toma de decisiones, existencia, funcionamiento y publicaciones del CEA.
Resultados: 300 profesionales respondieron a la encuesta, 262 (87,33%) de CR y 38 (12,67%) de CAD. Un 42% fueron profesionales de atención directa sanitaria, un 38% lo eran de dirección y/o gestión, un 16% de atención directa no sanitaria y un 4% de soporte/mantenimiento. El 80% de la muestra afirma que en su labor diaria se les plantean conflictos éticos en algunas ocasiones o con bastante frecuencia. Únicamente un 2,33% afirma que nunca se les ha presentado un conflicto. Entre los conflictos que se presentan más frecuentemente destaca la transmisión de información a los familiares (14,25%) y a usuarios de los centros (10,50%), seguido por temas relacionados con las sujeciones físicas o químicas (11%). Además, la confidencialidad de datos e información personal (7,68%) y el mantenimiento del secreto profesional (7,25%) son otros de los conflictos más frecuentes en el día a día de estos profesionales. En cuanto a los conflictos que más preocupan a estos profesionales, destacan los relacionados con las sujeciones físicas o químicas (12,70%), con la administración de medicamentos (11,03%), la toma de decisiones en situación de incapacidad de los residentes (10,70%), temas de confidencialidad de datos y de información personal (8,46%) y la transmisión de información a familiares (7,79%). Se han identificado diferencias por grupo profesional. Dicha información se ampliará en la presentación en el Congreso.
Conclusiones: Estos resultados permiten orientar la estrategia formativa y de sensibilización del CEA cuyo objetivo es también asesorar a los profesionales en la resolución de los conflictos éticos que se les presentan en su labor diaria.

PS-046. BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS PERSONAS MAYORES PARA CONTINUAR PARTICIPANDO EN DIFERENTES MODALIDADES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ¿IMPORTA EL TIPO DE ACTIVIDAD?

J.J. Zacarés González[1], M. Celdrán Castro[2], F. Villar Posada[2], R. Serrat Fernández[2], S. Pinazo Hernandis[1] y C. Solé Resano[3]
[1]Universitat de València, Valencia. [2]Universitat de Barcelona, Barcelona. [3]Universitat Ramón Llull, Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este estudio es explorar y comparar las barreras percibidas por las personas mayores para continuar participando en dos tipos de actividades relacionadas con el envejecimiento activo: la participación en actividades de ocio y la participación en organizaciones políticas.
Métodos: La muestra quedó conformada por 170 personas (46% hombres), de entre 65 y 90 años, implicados en dos tipos de actividades: actividades de ocio organizadas por casales de personas mayores (n = 73) y actividades políticas realizadas en el marco de partidos políticos, sindicatos y organizaciones de causa única (n = 97). 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: "Si en algún momento dejase de participar en esta actividad ¿Cuál cree que podrían ser el o los motivos?". Las respuestas se sometieron a un análisis de contenido.
Resultados: Las barreras percibidas por los participantes para continuar implicados en la actividad que realizaban se ajustaron a tres categorías relacionadas con cambios en los recursos (e.g. falta de salud o de tiempo por dedicación a tareas de cuidado), las motivaciones (e.g. deseo de dedicarse a otras actividades), o las oportunidades para participar (e.g. percepción de que el contexto institucional dificulta la participación). Las barreras relacionadas con cambios en los recursos fueron, de lejos, el tipo de barrera más frecuentemente identificado por ambos grupos de participantes. No obstante, la importancia atribuida al resto de barreras varió de acuerdo con el tipo de actividad considerado. Así, mientras que aquéllos que participaban en actividades de ocio mencionaron de forma casi exclusiva barreras relacionadas con los recursos, las personas implicadas en organizaciones políticas indicaron también barreras relacionadas con cambios en las motivaciones o las oportunidades para participar.
Conclusiones: La disminución de recursos que se consideran necesarios para participar (como la salud o el tiempo libre) parece ser un obstáculo común para mantenerse implicado en diferentes activida-

des de envejecimiento activo. Sin embargo, las barreras relacionadas con cambios en las motivaciones o las oportunidades para participar podrían ser exclusiva a determinados tipos de actividad.

PS-047. PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS Y FAMILIARES CON RESPECTO AL NIVEL DE INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN EL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

M.D.M. Arévalo González, P. Martín Calderón, R. Linares Romera, A.C. Sánchez Domínguez, P. Muñoz Bustamante y J.C. Sacedo Gómez
ILUNION Sociosanitario Servicios Centrales, Madrid.

Objetivos: General: la participación de las propias personas usuarias en los Planes de Atención Individualizados (en adelante PAI) es una metodología que garantiza la autodeterminación de quienes reciben cuidados y da respuesta a sus necesidades y preferencias. Validar a la hipótesis de que los Centros y Servicios que establecen pautas de actuación encaminadas a promover la participación de las personas usuarias y familiares en el PAI, obtienen mejores resultados en la percepción de cómo se tienen en cuenta sus voluntades, así como en la percepción de la información facilitada por el Centro. Específicos: conocer e incrementar el nivel de información y participación percibida por las personas usuarias y familias del PAI en los Centros. Favorecer que el PAI de las personas usuarias sea una herramienta efectiva para la mejora de su calidad de vida. Promover el trabajo en equipo e implicar a los usuarios y familias, tanto para la recogida de información como para la toma de decisiones.
Métodos: Diseño de cuestionario para medir la percepción sobre la información facilitada y sobre el nivel de participación en el PAI. Definición de la muestra: Todas personas usuarias con capacidad de obrar y familiares de referencia/tutor legal de las 7 Residencias y 4 Servicios de Estancias diurnas. Aplicación del cuestionario y análisis de datos (enero-febrero 2015). Definición de acciones concretas para la consecución del objetivo general. Aplicación de un segundo cuestionario y análisis de datos (enero 2016) para validar la hipótesis inicial.
Resultados: Primer cuestionario: Puntuación media 2,36 sobre 5. Muestra 732 personas. Segundo cuestionario: Puntuación media 4,03 sobre 5. Muestra 773 personas.
Conclusiones: Mejorando el resultado en más de 1,5 puntos, llegando a superar el 4 sobre 5, podemos concluir que los Centros y Servicios que definen pautas de actuación encaminadas a promover la participación de las personas usuarias y familiares en el PAI, obtienen mejores resultados en la valoración de cómo se tienen en cuenta sus voluntades así como en la percepción de la información facilitada, lo que favorece la autodeterminación de quienes reciben cuidados y garantiza que estos Planes den respuesta a sus necesidades y preferencias.

PS-048. PERFILES NEUROPSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

R. Pulido Luque[1], J. Navarrete Martínez[1], M.D.C. Ortega Armenteros[2], M.D.V. Malpica Herrera[1], L. Martínez Hormigo[2] y M.D.L.N. Cortés Jiménez[1]
[1]Residencia de Mayores, Jaén. [2]Hospital de Jaén, Jaén.

Introducción: En el envejecimiento, las funciones cognoscitivas se caracterizan por un decremento y variabilidad en sus procesos, lo que implica que en determinadas ocasiones sea difícil discernir si se trata de un envejecimiento normal o un deterioro patológico. El envejecimiento implica un declive fisiológico natural, que conlleva el incremento en la probabilidad de padecer deterioro cognoscitivo y los diferentes tipos de demencias; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida de la población mayor adulta. Los perfiles neuropsicológicos proporcionan características cognoscitivas objetivas que pueden guiar a los especialistas hacia un diagnóstico oportuno de deterioro cognoscitivo o demencia.
Objetivos: Objetivo principal: revisar los perfiles neuropsicológicos (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, deterioro cognitivo leve, envejecimiento normal y trastorno depresivo mayor) en las personas mayores durante el envejecimiento. Objetivo secundario: definir los diagnósticos psicológicos de mayor prevalencia en las personas ancianas de nuestro centro geriátrico.
Métodos: En el desarrollo de nuestro estudio realizamos una búsqueda bibliográfica en (Pubmed, Cinahl, Cochrane), seleccionando finalmente 12 artículos para valorar los perfiles o enfermedades mentales relacionadas y que presentan mayor prevalencia con el envejecimiento y nuestras personas ancianas. A continuación, se revisaron las historias de las personas ancianos de nuestro centro socio-sanitario comprobando cuáles de ellos tienen un diagnóstico de enfermedad mental diagnosticado y cotejamos a la vez su historia psicológica.
Resultados y conclusiones: En conclusión, existen datos controvertidos o insuficientes para distinguir un trastorno depresivo mayor de otros perfiles, ligados a deterioros en memoria (recuerdo demorado, fundamentalmente), puede señalarse que sí existen claras diferenciaciones respecto de otros perfiles como el propio de Enfermedad de Parkinson y Alzheimer, como las patologías más comunes. Se reafirma la importancia de la utilización de un protocolo de evaluación neuropsicológica claramente definido, como base indispensable para evaluar las distintas áreas cognitivas, y a través de ello obtener perfiles neuropsicológicos lo más delimitados posibles que permitan definir las acciones y tratamientos más apropiados.

PS-049. ENVEJECIMIENTO ACTIVO. UNA NECESIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

R. Pulido Luque[1], M.D.V. Malpica Herrera[1], M.D.C. Ortega Armenteros[2], J. Navarrete Martínez[1], L. Martínez Hormigo[1] y M.D.L.N. Cortés Jiménez[1]
[1]Residencia de Mayores, Jaén. [2]Hospital de Jaén, Jaén.

Introducción: El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables de sus cuidados en los últimos años de su vida. La esfera neuro-psicológica y su deterioro propio de la edad, desempeña un papel crucial en el envejecimiento activo, puesto que forma parte de la asistencia integral de las personas mayores.
Objetivos: Determinar la prevalencia de enfermedades mentales o neuro-psicológicas en las personas institucionalizadas en nuestro centro geriátrico. Identificar si las personas mayores reciben algún tipo de tratamiento en el centro geriátrico que ayude a mantener activa su esfera neuro-psico-social.
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las historias de las personas mayores de nuestro centro socio-sanitario comprobando cuáles de ellos tienen un diagnóstico de enfermedad mental diagnosticado y cotejando a la vez su historia psicológica y de terapia ocupacional para poder determinar cuáles de ellas realizan actividades propias para el tratamiento de su diagnóstico. Los datos se recogieron en la Residencia Virgen de la Capilla de Jaén durante el año 2015.
Resultados y conclusiones: La falta de un diagnóstico primario por un profesional genera un conflicto para determinar el origen e instaurar el tratamiento adecuado al deterioro cognitivo. Hemos podido comprobar que son un porcentaje > 50%, aquellas personas institucionalizadas diagnosticadas por diferentes médicos (MAT, especialista, geriatra.), de patologías psiquiátricas o neuro-psicológicas en ésta etapa de la vida y además que están medicados para ellos. En nuestro centro el 100% de las personas ingresadas son evaluados por el equipo multidisciplinar y una vez realizada ésta se define las áreas afectadas y las que se pueden trabajar para favorecer un envejecimiento activo de las personas mayores, pudiendo realizar: Actividad-

des de Orientación, cálculo, lectura... (psicóloga). Actividades de estimulación de la memoria y el lenguaje, musicoterapia (terapia ocupacional). Manualidades, colorterapia, bingo, natación, habilidades motoras, teatro... (trabajadora social).

PS-050. ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL, EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL RIESGO DE CAÍDAS EN FUNCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES MUY MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

L. Pérez del Tío
Iubilate, Madrid.

Introducción: La valoración geriátrica integral (VGI) es imprescindible para planificar los cuidados de una persona mayor, en ella se analizan los factores bio-psico-sociales que afectan a la persona con el objetivo de modificar los que son susceptibles de cambio y enlentecer lo procesos degenerativos. De entre las variables que más influyen en la calidad de vida de las personas mayores y que siempre se evalúan en al VGI cabe destacar el estado cognitivo, estado, funcional, estado nutricional y riesgo de caídas. Por ello se ha realizado este estudio longitudinal que analiza la evolución de estas variables.
Métodos: La muestra se compuso de 595 personas mayores institucionalizadas, 84% mujeres, con una media de edad de 88,57 años (6,62 DE Mín 65 Máx 104) y una media de estancia en el centro de 6,5 años (1,97 DE Mín 4 Máx 15) en el momento de inicio del estudio. Estudio multicéntrico en el que participaron 35 centros geriátricos de España, se trata de un estudio descriptivo longitudinal a dos años en el que se realizó un seguimiento semestral de los residentes. Se evaluó la función cognitiva mediante la escala Pfeiffer, el grado de dependencia mediante el Índice de Barthel, el estado nutricional mediante el Mini Nutritional Assessment y el riesgo de caídas mediante la escala Tinetti.
Resultados: El 25,71% de los residentes no presentaba deterioro cognitivo, el 7,06 deterioro leve, el 13,61% deterioro moderado y el 41,68 deterioro grave al inicio del estudio. En cuanto a la dependencia funcional, el 36,97% presentaba dependencia total, el 25,21% dependencia severa, el 20,84% dependencia moderada, el 4,2% dependencia leve y el 12,44% eran independientes funcionalmente al inicio del estudio. El riesgo de caídas se distribuyó de la siguiente manera: Bajo riesgo de caídas el 17,65% de los residentes, riesgo de caídas el 25,04%, alto riesgo de caídas el 45,88%, no evaluables el 10,92% de la muestra. El estado nutricional fue normal en el 46% de los residentes, con riesgo de malnutrición en el 46%, y con malnutrición en el 8%.

PS-051. ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL, EL DETERIORO COGNITIVO Y EL RIESGO DE CAÍDAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES MUY MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

L. Pérez del Tío
Iubilate, Madrid.

Introducción: Dos de las patologías más prevalentes en la población de personas mayores son la demencia y la desnutrición. Estas dos entidades coexisten en muchos pacientes y se relacionan de manera bidireccional ya que la demencia ocasiona alteraciones en la conducta alimentaria y la desnutrición afecta a la función cognitiva. Este estudio analiza cómo evoluciona la función cognitiva, la capacidad funcional, y el riesgo de caídas en residentes con diferentes niveles del estado nutricional.
Métodos: La muestra se compuso de 595 personas mayores institucionalizadas, 84% mujeres, con una media de edad de 88,57 años (6,62 DE Mín 65 Máx 104y una media de estancia en el centro de 6,5 años (1,97 DE Mín 4 Máx 15). Estudio multicéntrico en el que participaron 35 centros geriátricos de España, se trata de un estudio descriptivo longitudinal a dos años en el que se realizó un seguimiento semestral de los residentes. Se evaluó la función cognitiva mediante la escala Pfeiffer, el grado de dependencia mediante el Índice de Barthel, el estado nutricional mediante el Mini Nutritional Assessment y el riesgo de caídas mediante la escala Tinetti.
Resultados: El 25,71% de los residentes no presentaba deterioro cognitivo, el 7,06 deterioro leve, el 13,61% deterioro moderado y el 41,68 deterioro grave al inicio del estudio. En cuanto a la dependencia funcional, el 36,97% presentaba dependencia total, el 25,21% dependencia severa, el 20,84% dependencia moderada, el 4,2% dependencia leve y el 12,44% eran independientes funcionalmente al inicio del estudio. El riesgo de caídas se distribuyó de la siguiente manera: Bajo riesgo de caídas el 17,65% de los residentes, Riesgo de caídas el 25,04%, Alto riesgo de caídas el 45,88%, no evaluables el 10,92% de la muestra. El estado nutricional fue normal en el 46% de los residentes, con riesgo de malnutrición en el 46%, y con malnutrición en el 8%.

PS-052. VIVIR EN EL DOMICILIO: APOYO A CUIDADORES INFORMALES

S. Pérez Niño[1] y V. Niño Martín[2]
[1]Centro de Salud Iscar, Valladolid. [2]Centro de Salud La Victoria, Valladolid.

Objetivos: Determinar los principales déficits de conocimientos en los cuidadores informales para conseguir unos cuidados de calidad. Analizar las competencias de la práctica del cuidado.
Métodos: Se realizó un diseño observacional transversal para valorar los conocimientos en cuidados de los cuidadores informales y que acudían a la consulta de enfermería del centro de salud espontáneamente a retirar los medicamentos prescritos de la persona a la que atendían durante seis meses (de julio de 2015 a enero de 2016). Se elaboró un cuestionario en el que participaron 98 cuidadores. Para el tratamiento estadístico se utilizó el SPSS. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, nivel de estudios, formación continuada, sobrecarga del cuidador, abandono del cuidador, conocimientos que posee para realizar un buen cuidado (la adherencia terapéutica, estimulación cognitiva, actividad física, actividades sociales, prevención de caídas y alimentación).
Resultados: El 57% de los cuidadores informales son mayores de 65 años y un 43% están en una franja de edad de entre 55 a 64 años. El 60% de los cuidadores son mujeres. El 75% tienen estudios primarios. Un 80% no han recibido formación sobre cuidados. Los cuidadores presentan: sobrecarga intensa el 80%, limitaciones psicológicas o físicas el 50%, limitaciones cognitivas el 30%, agotamiento junto al familiar un 35% y falta de vida privada el 35%. En relación a las competencias que posee el cuidador para realizar un buen cuidado: el 80% refieren conocer las pautas de medicación, sólo un 20% conoce los beneficios de la actividad física, un 57% responde que realiza actividades de estimulación cognitiva, un 22% de los cuidadores posee pocos conocimientos sobre las características de la dieta en una persona mayor y un 17% posee escasos conocimientos en los factores de riesgo del entorno.
Conclusiones: Los cuidadores informales deben de poseer las competencias para apoyar los recursos y las habilidades funcionales en relación a las condiciones propias de cada persona y destrezas en la resolución de problemas. El apoyo y la formación a los cuidadores informales tiene un gran impacto en la disminución de la demanda futura del servicio formal.

PS-053. APLICACIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. Moreno-Guerín Baños[1], P.V. Martín Sereno[2] y E. Pérez-Godoy Díaz[3]
[1]Unidad de Estancia Diurna Alzheimer, Diputación de Sevilla, Sevilla. [2]Cruz Roja de Sevilla, Sevilla. [3]Unidad de Geriatría, Diputación de Sevilla, Sevilla.

Objetivos: Existe en la actualidad gran confusión entre los aspectos recreacionales y los terapéuticos de la música. Tras años de estudios

y aplicaciones clínicas, se ha ido validando el uso de la musicoterapia y reconociendo su rol en las demencias, al tiempo que se han descrito aportaciones como terapia no farmacológica en la Enfermedad de Alzheimer. El objetivo es utilizar la musicoterapia como herramienta a nivel terapéutico (no recreativo) dentro de un tratamiento implementado por un profesional que trabaje aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales concretos del Mayor con Enfermedad de Alzheimer.
Métodos: Revisión sistemática de la literatura actual sobre los efectos de la musicoterapia en aspectos cognitivos de la enfermedad de Alzheimer, como son memoria y lenguaje, y trastornos de conductas como la agitación. Aplicación de talleres de musicoterapia activa e introducción como subprograma dentro de un programa de psicoestimulación integral en una Unidad de Estancias Diurnas de Enfermos de Alzheimer (fase leve).
Resultados: Los estudios sobre musicoterapia tienen un gran interés sobre los dominios señalados, porque ayudan a entender aspectos como la memoria y recuerdo, y aportan datos para comprender aspectos de las bases neurofisiológicas y psicológicas relacionadas con los procesos mnésicos. Numerosas regiones cerebrales participan en la percepción y procesamiento de la música, y en las emociones que esta evoca. Este reajuste inducido por la música puede afectar favorablemente otros procesos, como la fluencia verbal o sobre la regulación de la respuesta al estrés, reduciendo síntomas ansiosos o episodios de agitación. Los talleres de musicoterapia activa indican la eficacia de estos en los Enfermos de Alzheimer en relación a los objetivos (registro gráfico).
Conclusiones: Existe una gran variedad de estudios de calidad muy dispar y con diversos objetivos, metodología y resultados. La gran heterogeneidad de los estudios, incluyendo todo tipo de terapia musical, con pacientes tanto de la comunidad como institucionalizados, y en distintos estadios de demencias impiden un análisis agrupado de las conclusiones alcanzadas por cada uno de ellos por separados.

PS-054. USO DE INTERNET Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS: UN ESTUDIO INICIAL

E. Cabras
Universidad Internacional de La Rioja, Madrid.

Objetivos: En la bibliografía internacional se ha puesto en evidencia como las personas mayores que utilizan Internet buscan de manera prioritaria informaciones relacionadas a la salud. En España el número de personas mayores que utiliza Internet está incrementándose rápidamente y los estudios han puesto en evidencia como los portales de Internet no respetan las normas de accesibilidad especialmente dirigidas a personas mayores. Este estudio inicial tiene como objetivo explorar el comportamiento de usuarios mayores en el uso de Internet en la búsqueda de informaciones sobre temas relacionados con la salud; se estudió como las variables sociodemográficas y la percepción del propio estado de salud estaban relacionadas al uso de Internet en la búsqueda de dicha información. Además se preguntó la opinión de los usuarios mayores tanto en la accesibilidad a las páginas web como en las características que debería tener un contenido de calidad.
Métodos: Después de un análisis de la bibliografía existente sobre el tema, se construyó un cuestionario compuesto por tres apartados: información sociodemográfica y estado de salud, uso de Internet, accesibilidad y contenido de las páginas web. Se encuestaron 120 sujetos, 60 hombres y 60 mujeres, de edad ≥ 60 años, residentes en centros urbanos españoles; el cuestionario fue suministrado utilizando la metodología de encuesta online.
Resultados: Los resultados pusieron en evidencia que casi el 70% de los participantes utilizaba Internet para buscar informaciones relacionadas con la salud, especialmente las mujeres, y se pudo comprobar cómo la percepción del propio estado de salud se relacionaba con la búsqueda de información. Además, los usuarios mayores pusieron de manifiesto los principales problemas en el acceso a las páginas web, especialmente de tipo visual y cognitivo.
Conclusiones: Internet se está convirtiendo rápidamente una fuente creciente de información sobre la salud y las personas mayores españolas que usan Internet no son ajenas a este fenómeno. Para estos usuarios resulta de fundamental importancia que la información proporcionada en las páginas web posea credibilidad y determinadas características de accesibilidad, ya que de esta forma se puede propiciar una participación más activa a sus decisiones sanitarias.

PS-055. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA A TRAVÉS DE UN TALLER DE ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA

O. Montón Lozano, L. Álvarez González, E. Parra Areste, M. Verdú Arnal, L. Cuixart Costa y C. Campmajó Almodóvar
CAP Roger de Flor, Barcelona.

Introducción: El Taller de Entrenamiento de la Memoria (TEM) nace como una herramienta dirigida a la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal de las personas mayores, mediante estimulación de las funciones cognitivas, promoción de hábitos saludables, autoconocimiento y fomento de las relaciones interpersonales para evitar el aislamiento social.
Objetivos: Promover el envejecimiento activo, mediante el entrenamiento de la memoria con actividades individuales y grupales, así como incentivar la socialización de personas mayores de 65 años sin deterioro cognitivo y con indicadores o sospecha de aislamiento social e insuficiente red social.
Métodos: Estudio descriptivo de las personas que han participado en el TEM de un CAP urbano, consistente en una sesión grupal semanal de dos horas de duración durante tres meses. Se lleva a cabo una evaluación previa y post sobre el estado cognitivo (Mini Mental Test) y emocional (Yessavage).
Resultados: Se evaluaron 67 pacientes: mujeres (94%), edad media: 77,1 (D: 4,5) con una escolaridad básica (40,3%), media (43%) y superior (16,4%). Un 40,3% no participa en ninguna actividad social y comunitaria y un 79% no realizan ninguna actividad física. Percepción estado de salud: excelente (1,5%), buena (53,9%), regular (37%), mala (7,6%). Percepción dolor: ninguno (9%), poco (46,3%), moderado (34,3%), grave (10,4%). La media obtenida de la evaluación preTEM del Mini Mental fue de 28 y Yessavage 3,2 y la media postTEM del Mini Mental resultó de 29 y Yessavage 2.9. El Grado de satisfacción obtenido: Organización: 4,7/5, tutores 4,8/5, otros 4,7/5.
Conclusiones: Se identifica un perfil de participante del TEM, donde predominan las mujeres, de edad avanzada, con estudios básicos y medios, buena autopercepción de su estado de salud y poca percepción de dolor pero con una baja participación en actividades sociales y comunitarias, que conlleva a un mayor riesgo de aislamiento social. El TEM ha servido para vincular a estos pacientes a la red social y comunitaria para favorecer su socialización y se ha evidenciado un alto grado de satisfacción después de participar, así como una mejoría de las puntuaciones del Yessavage y Mini Mental.

PS-056. PERFIL DE LOS/AS CUIDADORES/AS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD AVANZADA EN SEVILLA

R. Prior Venegas, F. Sierra García, L. Merinero Casado, J.M. García Cabral, I. Ancizu García y M. Ollero Baturone
Equipo de Atención Psicosocial de Sevilla.

Objetivos: Elaborar un perfil de los cuidadores/as de personas con enfermedad avanzada atendidos por el Equipo de Atención Psicosocial de Sevilla, en función del número de personas cuidadoras en la

familia y su capacidad para desarrollar ese rol. Conocer el grado de riesgo de presentar claudicación familiar en el entorno de cuidados.
Métodos: Estudio descriptivo de la actividad llevada a cabo (marzo 2015-marzo 2016) por EAPS Sevilla, analizando los ítems "Existencia de cuidadores", "Capacidad de cobertura de cuidados" y "Riesgo de claudicación familiar". Estas categorías permiten relacionar a las personas que dentro de la red familiar ejercen el rol de cuidador, su capacidad en el desempeño de funciones de cuidado y el riesgo existente de claudicación familiar.
Resultados: El EAPS Sevilla proporciona atención psicosocial especializada integrado en las Unidades de Cuidados Paliativos, los Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos y las Unidades de Medicina Interna de los HH.UU. Virgen del Rocío y Virgen Macarena de Sevilla. Del total de pacientes atendidos, el 56% es mayor de 65 años (n = 233). Existencia de cuidadores/as: 40% tiene un cuidador y 55% tiene más de uno. Capacidad de cobertura de cuidados: 61% suficiente, 30% insuficiente/deficitaria y 6% desfavorecedora/nula. Riesgo de claudicación familiar: 42% leve, 30% moderado, 12% grave.
Conclusiones: Los pacientes con enfermedades avanzadas en su mayoría cuentan con uno o más cuidadores. De ellos, el 36% tiene problemas para desempeñar adecuadamente la cobertura de cuidados, lo que se traduce en una cobertura de necesidades físicas y emocionales deficitaria. Existe además un 42% de cuidadores con riesgo moderado o grave de claudicación familiar. La atención integral debe tener en cuenta estos datos y ofrecer recursos que fomenten el cuidado en el entorno del paciente, ejerciendo con ello un soporte a la familia, ayudando a su vez a prevenir desenlaces no deseados y dando al final de vida del paciente la importancia que merece.