Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(**Espec Cong**):44-158

Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg

Pósteres

PÓSTERES ÁREA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

Pósteres Área Biológica-Sesión Jueves

PB-001. COMPOSICIÓN CORPORAL Y FRAGILIDAD EN ANCIANOS DE CENTROS PARA MAYORES DE MADRID

A. del Valle Ramiro, M.M. Carmenate Moreno y C. Prado Martínez
Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Cronicidad y autonomía se retroalimentan en el envejecimiento. Intervenir preventivamente condiciona la calidad de vida de los mayores. Este trabajo parte de estudio transversal realizado en Centros de Madrid, (2011-0004-INV-00071 Ministerio Sanidad: "El género como unidad de análisis en el estudio de los condicionantes bioculturales del envejecimiento saludable"). Cuyo enfoque permite examinar retrospectivamente periodos críticos, diferentes estilos de vida pueden atenuar o exacerbar riesgos de fragilidad. El objetivo es valorar la contribución de la actividad física/estilo de vida, sobre la relación entre composición corporal y fragilidad. La muestra estuvo formada por 214 mayores (media 72,82 ± 7,43 años). Los datos se obtuvieron a través de cuestionario. Las dos terceras partes eran mujeres. El 98,8% de los hombres y el 57,9% de las mujeres eran jubilados. Se tomaron diferentes medidas antropométricas, se estimó IMC, masa magra y masa magra esquelética. Se recogió práctica de ejercicio, pérdida de peso, restricciones para actividades de vida diaria y comorbilidad. Se encontró desnutrición en 3,1% de mujeres, fuerza de agarre disminuida en 22,1% de hombres y 42,5% de mujeres, según el índice de masa muscular apendicular el 80% de los hombres está por debajo de normalidad. Las mujeres realizan más actividad física; paseos cortos es la actividad más realizada; la gimnasia es practicada por un 25% de mujeres y solo un 1,8% de hombres. El grado de satisfacción/percepción tiene mayor rango en mujeres, condicionado por valores más bajos. Existen correlaciones significativamente positivas entre estatura, número de enfermedades, e índice conjunto creado a partir de la salud y la satisfacción con la vida. Las personas más altas, indicador de mejor estado nutricional y de condiciones de vida durante el proceso de crecimiento y desarrollo, tienen mejor percepción de salud y mayor satisfacción. Resulta significativa la relación entre la percepción/satisfacción con la envergadura y la altura de rodilla, así como el número de enfermedades diagnosticadas con la envergadura. Estas relaciones no ocurren de la misma manera en hombres que en mujeres, por lo tanto, es necesario considerar el efecto de la variable sexo, que ya parten de valores antropométricos menores y con mayor autopercepción de enfermedades en las mujeres.

PB-002. CALIDAD DE VIDA TRAS UN TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF) A UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC) CON INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

A. Rodríguez Marcos, S. Ubero Fernández, A.I. Quindós Sendino, D. Sánchez Rodríguez e Y. Ruiz Hernández
Centre Fòrum de l´Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La infección asociada a *Clostridium difficile* (ICD) tiene una incidencia que va en aumento, existen 41,2 casos por cada 100,000 personas con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad de los ancianos, y representa un elevado costo para el sistema sanitario. Se presenta un caso de paciente crónico complejo (PCC) con diarreas agudas causadas por ICD recurrente, sin respuesta al tratamiento habitual y con percepción de pérdida de calidad de vida asociada. La estrategia terapéutica utilizada ha sido el trasplante de microbiota fecal (TMF) que ha consistido en la transferencia directa de microbiota fecal de un donante sano al receptor mediante sonda nasogástrica. Es un tratamiento de respuesta rápida y eficaz y la tasa de curación se estima que es del 90% y del 94% tras repetidos TMF. El objetivo es valorar si el TMF mejora la percepción de calidad de vida de un PCC con ICD en el ámbito sociosanitario.
Métodos: Cuantitativo descriptivo longitudinal a propósito de un caso y el instrumento utilizado el Cuestionario de Calidad de Vida relacionado con la Salud SF-36 (versión 2) que se cumplimentó en 3 momentos diferentes del proceso.
Resultados: El tratamiento fue efectivo para la ICD tras el segundo TMF y se evidencia una mejora en dos de las ocho dimensiones del cuestionario, las que se refieren a la función y rol físicos.
Conclusiones: Se precisan más estudios para conocer los efectos de este procedimiento en PCC y obtener resultados concluyentes.

PB-003. LOS ANIMALES LONGEVOS PRESENTAN, DE FORMA MÁS TEMPRANA QUE EN OTRAS EDADES, UNA POTENTE RESPUESTA LINFOPROLIFERATIVA

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

En el envejecimiento se dan alteraciones en funciones del sistema inmunológico, lo que constituye la inmunosenescencia, que son una de las causas más importantes del aumento de morbilidad y morta-

0211-139X/ © 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

lidad que aparece al avanzar la edad. No obstante, aquellos individuos que alcanzan una elevada longevidad mantienen, en general, unas funciones inmunitarias con valores propios de los adultos sanos. Entre las funciones más importantes llevadas a cabo por las células inmunitarias principales, los linfocitos, se encuentra su capacidad proliferativa frente a los antígenos, la cual disminuye significativamente al envejecer. Curiosamente, mediante el estudio de esta capacidad en la forma tradicional (48 horas de cultivo frente a mitógenos), se demostró que también estaba baja en individuos longevos. El objetivo fue estudiar la capacidad linfoproliferativa de individuos longevos a distintos tiempos de incubación, con el fin de determinar si presentan una cinética de proliferación diferente a la de otras edades. En ratones hembra ICR-CD1, en un estudio longitudinal, se analizó la capacidad proliferativa de los leucocitos peritoneales en la edad adulta (40 ± 4 semanas), madura (56 ± 4), vieja (72 ± 4), muy vieja (96 ± 4) y longeva (120 ± 4), en condiciones basales y de estimulación con un mitógeno (concanavalina A). Los tiempos de incubación analizados fueron: 4, 24 y 48 horas. Como la interleuquina 2 (IL-2) es una citoquina implicada en la proliferación linfoide, también fue analizada en los sobrenadantes de dichos cultivos. En general, al avanzar la edad se observó una disminución significativa en la proliferación y liberación de IL-2 en respuesta al mitógeno en todos los tiempos estudiados ($p < 0,001$). En cambio, los ratones longevos presentaron una proliferación aumentada en respuesta al mitógeno, en comparación con cuando eran más jóvenes, a las 4 ($p < 0,001$) y 24 horas ($p < 0,01$), mientras que a las 48 horas no había diferencias significativas. Dicha cinética de proliferación iba acompañada de los correspondientes cambios en la liberación de IL-2. En conclusión se sugiere que los individuos longevos presentan mecanismos de adaptación con una potente linfoproliferación más temprana y mejor control de la finalización de la respuesta, lo que explicaría la menor susceptibilidad que presentan a padecer infecciones y su elevada longevidad.
Financiación: FIS-(PI15/01787)-ISCIII-FEDER.

PB-004. LA CARBAMILACIÓN DE PROTEÍNAS: POSIBLE MARCADOR DE VELOCIDAD DE ENVEJECIMIENTO

R. Ramírez Carracedo[1], J. Carracedo[2], I. Martínez de Toda[2], C. Vida[2], R. Ramírez Chamond[3] y M. de la Fuente[2]
[1]Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. [2]Universidad Complutense de Madrid, Madrid. [3]Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.

La carbamilación es una modificación postransduccional de proteínas que se asocia con efectos deletéreos a nivel celular y cuyo aumento se ha relacionado con el avance de la edad y con ciertas enfermedades crónicas. El objetivo del estudio fue comprobar las variaciones en la concentración de proteínas carbamiladas plasmáticas con la edad cronológica, el género y la velocidad de envejecimiento, esto es, la edad biológica de sujetos sanos. En plasma de 105 individuos sanos entre 20 y 79 años (65 mujeres y 40 hombres, divididos en cuatro grupos de edad: jóvenes (20-39 años), adultos-maduros (40-59 años) y mayores (60-79 años), se valoró la carbamilación (concentración (ng/mL) de carbamil-lisina) utilizando un kit ELISA y se calcularon las proteínas totales (método de Biuret). La edad biológica se analizó mediante el perfil inmunitario y la aplicación del modelo matemático validado al respecto utilizando los valores de la quimiotaxis, fagocitosis, actividad *Natural Killer* y la linfoproliferación de células inmunitarias de sangre periférica. Los resultados muestran que los individuos de 60-79 años, mostraron los mayores valores de proteínas carbamiladas en relación a los otros grupos de edad, entre los cuales no hubo diferencias (20-39: 0,00574; 40-59: 0,00450; 60-79: 0,01048; $p < 0,01$). Cuando se consideraron separadamente hombres y mujeres, únicamente los varones de entre 60-79 años mostraron los valores elevados significativamente. La concentración de proteínas carbamiladas se relacionó más claramente con la edad biológica que con la cronológica. Así, en los sujetos de 60-79 años, clasificados por su edad biológica en mayores y menores de 65 años, los valores de carbamilación de proteínas se encontraron significativamente elevados en los de mayor edad biológica. En conclusión, la carbamilación de proteínas de sangre periférica está relacionada con la edad cronológica y el sexo, pero especialmente con la velocidad de envejecimiento de cada individuo, pudiendo ser un buen marcador de la misma. Dado que las alteraciones funcionales asociadas a las proteínas carbamiladas pueden ser determinantes en los procesos de envejecimiento a nivel celular, este marcador podría ser diana de actuaciones preventivas de factores de estilo de vida que permitan favorecer un envejecimiento saludable.
Financiación: FIS-(PI15/01787)-ISCIII-FEDER y FIS-(PI14/00806)-ISCIII-FEDER.

PB-005. INFLAMACIÓN Y FRAGILIDAD EN ANCIANOS DESCENDIENTES DE CENTENARIOS

A. Belenguer Varea[1], J.A. Avellana Zaragoza[1], F. Tarazona Santabalbina[1], M. Inglés[2], M. Ortuño Alonso[1], P. Sanchís Aguilar[1] y J.R. Doménech Pascual[1]
[1]Hospital Universitario de La Ribera, Alzira. [2]Departamento de Fisiología, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Examinar las diferencias en fragilidad y parámetros inflamatorios entre ancianos en función de su ascendencia centenaria.
Métodos: Estudio de casos y controles emparejado. Los casos fueron sujetos mayores de 65 años y nacidos en la comarca de La Ribera (Valencia) descendientes en primer grado de centenarios (edad mayor o igual a 97 años). Los controles fueron sujetos sin este antecedente familiar, emparejados 1:1 con los casos, por género, edad ± 5 años y lugar de nacimiento. Se presentan los resultados de los sujetos reclutados entre el 1 de marzo y el 1 de septiembre de 2015.
Resultados: Se reclutaron 70 casos y 70 controles, un 60% de nuestro tamaño muestral calculado. La edad media fue de 70 años (DE 4) y el 60% fueron mujeres. La PCR (mg/L) media de los casos fue de 4,33 (DE 9,45), en controles 3,58 (DE 6,80), $p = 0,592$. El 23,9% de los casos tuvo una PCR mayor de 5, frente a un 16,4% de los controles ($p = 0,405$). La IL-6 (pg/ml) media de los casos fue de 2,10 (DE 3,21), en controles 2,78 (DE 4,89), $p = 0,351$. El 28,8% de los casos tuvo una IL-6 mayor de 1,8, frente a un 43,9% de los controles ($p = 0,099$). La cifra media de Leucocitos ($\times 10^9$/L) en los fue de casos 7,28 (DE 2,01), y en controles 6,84 (DE 1,73) $p = 0,147$. El 1,5% de los casos tuvo más de 11,5 leucocitos por un 4,5% de los controles ($p = 0,625$). El 19,1% de los controles fueron frágiles frente a un 7,4% de los controles ($p = 0,077$).
Conclusiones: Con el 60% del tamaño muestral calculado, los ancianos con antecedentes de longevidad extrema tienden a presentar una menor prevalencia de fragilidad y menores niveles de IL-6, aunque las diferencias no son estadísticamente significativa.

PB-006. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE FRAGILIDAD EN LA VEJEZ CON BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO, DAÑO GENÓMICO Y REPARACIÓN CELULAR

J. Cortés[1], M. Sánchez-Flores[1], D. Marcos-Pérez[1], N. Fernández-Bertólez[1], A. Maseda[1], S. Bonassi[2] y V. Valdiglesias[1]
[1]Universidade da Coruña, A Coruña. [2]IRCCS San Raffaele Pisana, Roma.

Objetivos: La fragilidad es un concepto que está ganando fuerza en gerontología. Se utiliza para designar un síndrome multidimensional de pérdida de reservas que da lugar a un estado de vulnerabilidad asociado a un incremento de riesgo de caídas, dificultades para la movilidad, hospitalización, discapacidad, dependencia y muerte.

Actualmente no existe un criterio unificado para identificación de la fragilidad. Esto unido al hecho de que las escalas actuales de detección de fragilidad no incluyen biomarcadores (parámetros más objetivos), hace difícil comparar resultados y extraer conclusiones entre diferentes estudios. Sobre esta base, el principal objetivo de nuestro estudio fue identificar parámetros biológicos que pudiesen estar asociados a la fragilidad y, en consecuencia, puedan ser propuestos como biomarcadores de fragilidad en la vejez.
Métodos: Para conseguir este objetivo, en este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática exhaustiva de todos los estudios epidemiológicos realizados en poblaciones de mayores clasificadas atendiendo a su estado de fragilidad por algún método validado, en los que se haya evaluado cualquier alteración a nivel celular, incluyendo biomarcadores de estrés oxidativo, daño genómico y reparación.
Resultados: Veintiséis estudios evaluaron la relación entre alteraciones celulares y fragilidad en la vejez. En ellos, varios biomarcadores de estrés oxidativo se encontraron asociados con el estado de fragilidad. Sin embargo, ni la inestabilidad genómica en sus diversas manifestaciones, ni las alteraciones en la reparación celular parecen estar vinculadas a la fragilidad, o al menos a los biomarcadores testados hasta la fecha.
Conclusiones: Aunque se han identificado una serie de alteraciones a nivel celular asociadas con el estado de fragilidad en la vejez, especialmente relacionados con el daño oxidativo, los estudios a este respecto siguen siendo muy escasos y se limitan a unas pocas dianas celulares. Dado el sólido vínculo entre la capacidad de reparación del ADN, la inestabilidad genómica, y el envejecimiento o los trastornos derivados del mismo, se deben llevar a cabo más estudios en esta línea antes de llegar a conclusiones sólidas.
Agradecimientos: trabajo financiado por la Xunta de Galicia, referencias ED431B 2016/013, IN607C 2016/08 y ED481B 2016/190-0 (V. Valdiglesias), e INDITEX-UDC (D. Marcos-Pérez y M. Sánchez-Flores).

PB-007. IDENTIFICACIÓN DE POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO SIMPLE RELACIONADOS CON LA FRAGILIDAD

M. Inglés[1], C. Mas-Barges[2], L. Gimeno-Mallench[2], M. Dromant[2], J. Gambini[2], C. Borrás[2] y J. Viña[2]
[1]Departamento de Fisioterapia, Facultad de Fisioterapia, Universidad de Valencia, Valencia. [2]Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Desde una aproximación bioquímica, la búsqueda de biomarcadores que permitan la detección precoz y el posible tratamiento de la fragilidad se ha convertido en uno de los objetivos primordiales de la comunidad científica geriátrica. El objetivo del presente estudio fue identificar polimorfismos de nucleótido simple (SNPs) relacionados con la fragilidad.
Métodos: El estudio fue llevado a cabo en 152 sujetos (de 65 a 95 años de edad), clasificados como frágiles (78), y no frágiles (74), según los criterios de Fried. Tras la extracción de sangre, se aisló y amplificó el ADN para el análisis de 295988 SNPs mediante la tecnología AxiomTM Genotyping de Affymetrix. Se llevó a cabo un triple análisis: individual, por gen y por vía de señalización, mediante el programa Plink y varias bibliotecas de R para Windows (library SNPassoc, skatMeta).
Resultados: Los resultados del análisis mostraron 15 SNPs individuales ($p < 0,001$), 18 genes ($p < 0,005$), y 7 vías de señalización ($p < 0,05$) relacionadas con la fragilidad. Destacamos aquellos implicados en procesos relacionados con la fragilidad, como el metabolismo energético, la regulación de procesos biológicos, el sistema músculoesquelético, la cognición, la respuesta al estrés y la apoptosis.
Conclusiones: Los resultados sugieren que las variaciones genéticas identificadas en individuos frágiles están relacionadas con procesos biológicos relacionados con la fragilidad y que, además, podrían constituir biomarcadores que contribuyan a la detección precoz de la misma.
Este trabajo fue financiado a través de las ayudas SAF2010-19498, SAF2013-44663-R, ISCIII2006-RED13-027, ISCIII2012-RED-43-029, CIBERFES (ISCIII2016-CIBER); PROMETEO2010/074, PROMETEOII2014/056, ACIF2014/165, RS2012-609; CM1001 y FRAILOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2. Este estudio ha sido cofinanciado por los fondos FEDER de la Unión Europea.

PB-008. ACLARAMIENTO DE β-AMILOIDE MEDIADO POR GENISTEÍNA COMO TRATAMIENTO DE UN MODELO EXPERIMENTAL DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

C. Mas-Bargues[1], M. Inglés[2], L. Gimeno-Mallench[1], M. Dromant[1], J. Sanz-Ros[1], C. Borrás[1] y J. Viña[1]
[1]Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia. [2]Departamento de Fisioterapia, Facultad de Fisioterapia, Universidad de Valencia, Valencia.

La apolipoproteína E (ApoE) facilita el aclaramiento del β-amiloide (Aβ) del cerebro. Dicho mecanismo está disminuido en la enfermedad de Alzheimer. La ApoE se regula positivamente mediante la activación del receptor retinoide X del receptor dimérico RXR/PPARγ. Como hemos demostrado anteriormente, los compuestos estrogénicos, como la genisteína, tienen actividad antioxidante, que puede ser evidenciada por el aumento de la expresión de la manganeso superóxido dismutasa (MnSOD). Además, la genisteína es un fármaco no tóxico, bien probado y barato que activa el receptor PPARγ. Se aislaron y cultivaron astrocitos corticales de cortex cerebrales disecados de ratones neonatales (C57BL/6J). La preincubación con genisteína (5 μM) durante 24 horas, antes de la adición de Aβ (5 μM) aumentó la liberación de ApoE al medio de cultivo de una manera dependiente de concentración. Este efecto está mediado por la activación de PPARγ, ya que su inhibición previene significativamente el aumento de la liberación de ApoE en los astrocitos tratados con genisteína. Finalmente, el tratamiento de un modelo murino de la enfermedad de Alzheimer con genisteína se asoció con una disminución de los niveles de Aβ en el cerebro, tanto en el número como en el área de las placas amiloideas (confirmado in vivo por tomografía de emisión de positrones) y en la reactividad microglial. Nuestros resultados sugieren fuertemente que deben realizarse ensayos clínicos controlados para probar el efecto de la genisteína como tratamiento de la enfermedad de Alzheimer humana.

PB-009. EFECTO DEL RESVERATROL A NIVEL METABÓLICO

L. Gimeno Mallench[1], C. Mas Bargues[1], M. Inglés[2], M. Dromant[1], C. Borrás[1], J. Gambini[1] y J. Viña[1]
[1]Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universitat de València, Valencia. [2]Departamento de Fisioterapia, Facultad de Fisioterapia, Universitat de València, Valencia.

Introducción: El resveratrol, es un polifenol presente en varias plantas, especialmente en la uva y en el vino tinto. Es una molécula con múltiples propiedades biológicas, entre ellas destacar: antiinflamatorio, anticancerígeno, antiagregante plaquetario, antialérgico. Numerosos estudios muestran beneficios sobre el sistema cardiovascular, enfermedades como la diabetes y sobre la longevidad, además se ha visto que efecto a nivel del metabolismo tanto lipídico como glucídico. Por ello nos planteamos estudiar el efecto que ejerce el resveratrol a nivel metabólico y las vías implicadas, tanto en modelo *in vivo* como *in vitro*.
Métodos: *In vivo*: 6 ratones macho de 18 meses de edad fueron tratos con 100nM de resveratrol y otros 6 como control, durante dos días, tras este tiempo se les midió el metabolismo en reposo durante 24h, periodo tras el cual fueron sacrificados. Tras el sacrificio se analizó los niveles de proteína y la expresión génica, de proteínas relaciona-

das con el metabolismo, mediante western-blot y PCR respectivamente. *In vitro*: se trataron fibroblastos con 100 nM de resveratrol durante 48h y su pertinente control, tras este periodo las células fueron recogidas y se analizo las mismas proteínas.
Resultados: Los resultados, muestran una disminución en el cociente respiratorio de los animales tratados con resveratrol. Así como un descenso tanto en la expresión génica como proteica de la ACC-1 y un aumento en la expresión génica y de la actividad de PFK-1 tanto e hígado como en gastrocnemio. Se han observado efectos similares *in vitro*.
Conclusiones: Estos datos siguieren que el resveratrol induce cambios a nivel metabólico desplazando el metabolismo hacia la degradación de lípidos y no así de glúcidos.
Este trabajo fue financiado a través de las ayudas SAF2010-19498, SAF2013-44663-R, ISCIII2006-RED13-027, ISCIII2012-RED-43-029, CIBERFES (ISCIII2016-CIBER); PROMETEO2010/074, PROMETEOII2014/056, ACIF2014/165, RS2012-609; CM1001 y FRAILOMIC-HEALTH.2012.2.1.1-2. Este estudio ha sido cofinanciado por los fondos FEDER de la Unión Europea.

PB-010. RELACIÓN ASOCIATIVA ENTRE LA CAPACIDAD ANTIOXIDANTE DE LAS AGUAS MINERO-MEDICINALES Y SU COMPOSICIÓN IÓNICA

A. Hernández Torres[1], M.D.M. Polo de Santos[2] y M.L. Pérez-Rodríguez[3]
[1]Fundación BÍLBILIS para la Investigación e Innovación en Hidrología Médica y Balneoterapia, Madrid-Calatayud. [2]Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III, Madrid. [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 ºC (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 Minero-medicinales 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.

PÓSTERES ÁREA CLÍNICA

Pósteres Área Clínica-Sesión Jueves

PC-001. ENDOCARDITIS BACTERIANAS (EB) EN PACIENTES OCTOGENARIOS

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

Objetivos: Conocer las características de la EB en pacientes octogenarios.
Métodos: Estudiamos 11 paciente mayores de 80 años, diagnosticados de EB entre 1-1-2009 al 31-10-2016 en nuestro centro. Analizamos, edad, sexo, comorbilidades, características microbiológicas y evolución.
Resultados: Presentamos 11 paciente 5 mujeres y 6 varones con una edad 85,6 ± 3,86 años. Cardiopatía estructural previa, 3 pacientes (1 marcapasos, 1 válvula protésica, 1 degeneración valvular). Comorbilidades. Anemia crónica 2, Diabetes mellitus 1, cáncer 2 e IRC 1 pacientes respectivamente. Clínica: fiebre 81%, soplo nueva aparición 54%, insuficiencia renal 36%, síndrome general 18%, insuficiencia cardiaca 18%. Puerta de entrada se objetivó en el 81% (infecciones locales 36%, respiratoria y urinarias 18%), en 3 paciente no se objetivó puerta de entrada. Siendo extra hospitalaria en todos los casos. Analítica. Leucocitosis, anemia y elevación VSG 63%, creatinina > 2 mg/dl, en 27%. Las válvulas aórtica 54% y mitral 36% las afectadas y 1 caso fue por infección marcapasos. Microbiología. *Staphylococcus aureus* 45%, *Streptococcus* 27%, siendo en resto *E. coli*, *Enterococo* y *Staphylococcus epidermidis*. Ecocardiografía transtorácica se realizó a todos los pacientes y eco-transesofágico a 7, objetivándose vegetaciones en todos los casos, aparición de insuficiencia valvular moderada grave 63%. Todos los pacientes fueron tratados con antibioterapia según protocolo, realizando únicamente en 1 paciente recambio valvular. Complicaciones intrahospitalarias: insuficiencia renal 45%, embolismos periféricos 27%, shock séptico 9%. La estancia fue de 27,9 ± 15,1 días. Un paciente falleció a los 20 días del ingreso por insuficiencia renal.
Conclusiones: Los ancianos presentan un especial riesgo de EB, como se ha observado en estudios previos, existiendo un predominio de varones sobre mujeres. La válvula afectada con más frecuencia suele ser la mitral aunque en nuestro estudio fue la aórtica. Los pacientes de edad muy avanzada suelen tener valvas engrosadas y calcificadas, así como calcificación del anillo mitral, puede ser un nido para bacterias durante las bacteriemias transitorias. La endocarditis suele tener un curso más insidioso y benigno en los octogenarios. Predominio en varones. Origen extra hospitalario. Válvula aórtica fue la más afectada. Germen más frecuente el *Staphylococus aureus*. La insuficiencia renal fue la principal complicación. Baja mortalidad.

PC-002. USO DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES MUY ANCIANOS

J. Martí[1], L. Lertxundi[1], I. Frago[1], A. Labirua[1], A. Larrañaga[1], K. Leizaola[1] y J. Martí Ayerdi[2]
[1]Hospital de Zumárraga, Zumárraga. [2]Complejo Hospitalario deNavarra, Pamplona.

Introducción: El tratamiento psicofarmacológico en ancianos ofrece peculiaridades relacionadas con la pluripatología, polimedicación, lo que propicia interacciones medicamentosas y un mayor riesgo de efectos secundarios.
Objetivos: Conocer las características de los pacientes mayores de 80 años en tratamiento actual con psicofármacos.
Métodos: De 403 pacientes octogenarios ingresados en nuestro centro en un periodo de 4 meses, 273 (67,7%) estaban en tratamiento con psicofármacos, 117 fueron seleccionados aleatoriamente para este estudio. Se han valorado: características clínicas, escalas de Barthel,

Pfiffer, Tinetti y Gijón, tipo de psicofármaco, motivo del tratamiento, duración e indicación del mismo, presencia o no de polifarmacia.
Resultados: De los 117 pacientes 67 fueron mujeres y 50 varones con una edad de 85,4 ± 3,6 años, viudos 55% y casados 36%, institucionalizados 7 pacientes. Comorbilidades. HTA 82%, patología ocular previa 48%, diabetes 44%, depresión 42%, i. cardiaca 36%, IRC30%, ACVA 21%, EPOC 13%, c. isquémica 11%. Barthel < 60 (40%); deterioro cognitivo leve-moderado 54%, Tinetti 85% riesgo de caídas, de los cuales un 48% presentaron caídas con un 22% de fracturas siendo cadera y muñeca las predominantes, riego social 14%. Polifarmacia en el 93%. Con una media de 10 ± 3 fármacos. El tratamiento fue indicado por A. Primaria 76% y especialidades 24% (neurología, psiquiatría, geriatría y medicina interna), siendo empírico en el 80%, escalas de valoración en el 20%, todas ellas por especialidades. Monoterapia 61% con 1,5 ± 0,6 fármacos. Duración tratamiento, 1-5 años 45%, más de 5 años 42%. Motivo tratamiento: insomnio 36%, ansiedad-depresión 34%, insomnio-ansiedad 13%, insomnio-depresión 8%. Los fármacos utilizados fueron: benzodiacepinas 66%, siendo el lorazepam 79% el más empleado, ISRS 30% (citalopram, escitalopram, paroxetina y sertralina), antidepresivos 20% (trazodona y mirtazapina), hipnóticos 7% (zolpiden y clormetiazol), antipsicóticos 6%(quetiapina y risperidona). La asociación más común fue benzodiacepina más ISRS. Controles fueron aparentemente adecuados en el 85% pero con importante inercia terapéutica. Manifestaciones clínicas sugestivas de efectos de los fármacos, cansancio al levantarse 59%, sensación de debilidad 55%, cefalea matutina 19%.
Conclusiones: El insomnio en la causa más frecuente de uso de psicofármacos. Elevado riesgo de caída, escasa valoración previa al inicio del tratamiento. Las benzodiacepinas son las más utilizadas, excesiva duración del tratamiento. Habría que implementar medida para evitar el uso inadecuado de psicofármacos.

PC-003. VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS PACIENTES ANCIANOS TRAS SU PASO POR UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

R. Gutiérrez Hernando, A. Muñoz Pascual e Y. Campo Trapero
Complejo Asistencial de Segovia, Segovia.

Introducción: Frente al envejecimiento de la sociedad española, los Hospitales de Día Geriátricos (HDG) favorecen la recuperación funcional del individuo y su reinserción social mediante el trabajo de un equipo multidisciplinar. La colaboración y trabajo del paciente en HDG se ve influido por el estado de ánimo, siendo la depresión un gran inconveniente. Se ha observado una mejoría anímica en los pacientes incluidos en programa, sin intervención específica.
Objetivos: Demostrar objetivamente si la estancia en HDG mejora el estado de ánimo de los pacientes geriátricos.
Métodos: Participaron en el estudio todos los pacientes que acudieron a Hospital de Día Geriátrico entre 01/01/2017 y 31/12/2017, excluyendo a los pacientes ingresados antes de 01/01/2017 y los que continuaban ingresados el 10/10/2018. Se realizó una valoración integral al ingreso, utilizando la escala GDS para la valoración de la depresión y otra valoración al alta. Posteriormente los datos fueron transcritos al programa estadístico SPSS Amos v18.0 donde se obtuvieron las calificaciones sobre los indicadores de depresión.
Resultados: Estudio en curso.
Conclusiones: Si hay mejoría de la depresión de los pacientes en HDG, esto cimentaría las bases de futuros estudios donde se analizarían los factores que mejoran el estado de ánimo de los pacientes geriátricos y las intervenciones más adecuadas en la esfera psicológica.

PC-004. CASO DE QUISTE HIDATÍDICO EN PACIENTE GERIÁTRICO

A. Muñoz Pascual, R. Gutiérrez Hernando,
E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara y E. Ferreira Pasos
Complejo Asistencial de Segovia, Segovia.

Introducción: El quiste hidatídico en seres humanos es una infección parasitaria causada por el *Echinococcus granulosus*, transmitida al entrar en contacto con excrementos o alimentos que contengan huevos del parásito. Las localizaciones más habituales del quiste son el hígado (60-70%) y el pulmón (18-35%). Son menos frecuentes los quistes en el sistema musculoesquelético (0,5-2%), siendo los más habituales en la región espinal (50%). El tratamiento es quirúrgico por su localización y potencial crecimiento. El siguiente caso de equinococosis presenta dos localizaciones, siendo la primera en región lumbosacra con recidiva tras tratamiento quirúrgico, y una segunda localización en fémur.
Caso clínico: Mujer de 91 años, que ingresó el 07/08/16 en un Complejo Asistencial por fractura pertrocantérea de fémur derecho sobre hueso patológico desde domicilio. El 17/08/16 se procede a la intervención quirúrgica con colocación de clavo largo y toma de biopsia ósea por la posibilidad de quiste de hidatídico óseo. La paciente previo a intervención quirúrgica presenta cuadro de pseudo-obstrucción intestinal por lo que se demora la intervención. Es dada de alta caminando con andador a la Unidad de Convalecencia para seguimiento de los cuidados hospitalarios y rehabilitación. El 14/09/16 se recibe de anatomía patológica el resultado de la biopsia con descripción macroscópica de hueso y membranas hidatídicas y descripción microscópica de abundantes membranas compatibles con quiste hidatídico. Se inicia tratamiento con albendazol 400 mg c/12h. durante un mes, dada la comorbilidad de la paciente y la edad. 03/11/2016 ingresa en la Unidad Geriátrica de agudos por sepsis de origen urinario con fracaso multiorgánico siendo exitus el día 10/11/2016.
Discusión: A pesar de los avances en salud pública y el control de los alimentos de consumo humano, la infección por *Echinococcus granulosus* continua presente en nuestra sociedad. Las fracturas patológicas en ancianos tienen una elevada morbimortalidad pero a pesar de que sabemos que no va a mejorar la funcionalidad, es necesaria la intervención quirúrgica para su estabilización, disminución del dolor y mejoría de su calidad de vida.

PC-005. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN GERIÁTRICA EN PACIENTES ANCIANOS AMBULATORIOS CON PATOLOGÍA ONCO-HEMATOLÓGICA

C. Palicio Martínez[1], S.M. Bidó Cipión[1], C. Boqué Genovart[2]
y M. Antonio Rebollo[2]
[1]*Hospital Central de Cruz Roja, Madrid.* [2]*Instituto Catalán de Oncología, Barcelona.*

Introducción: Los pacientes ancianos afectos de enfermedades malignas tienen unas características que condicionan una mayor complejidad en la toma de decisiones terapéuticas.
Métodos: 30 pacientes con patología hematológica que acudían a consultas externas (53% LNH, 23% LLC, 16% MM, 3% LA y 3% SMD) y mayores de 75 años. Se hizo una VGI, y propusieron modificaciones terapéuticas a razón de los problemas detectados. Se evaluaron las comorbilidades (Charlson), funcionalidad (Barthel modificado, SPPB, ECOG, Lawton), estado cognitivo (Pfeiffer), alteración del ánimo (Yesavage), síndromes, fragilidad y situación social (Escala Gijón).
Resultados: El 50% eran hombres, con una mediana de edad de 80 años. Valor promedio de escalas funcionales: IB 84, ECOG 0,8, Lawton 5,43, SPPB 7,9. Escalas de valoración del estado mental: 36% tuvieron fallos en el Pfeiffer, promedio de 3,41 errores. El 76% puntuaron en la escala de Yesavage, con un paciente con criterios de trastorno afectivo grave. Presentaron un CCI promedio de 2,1. En cuanto a síndromes geriátricos, todos los pacientes presentaban al menos uno, con una media de 3,6. Un 60% polifarmacia (9,94 fármacos de media), 42% estreñimiento, 53% alteraciones sensoriales, 20% caídas o miedo a caerse, 53% insomnio, 36% pérdida de peso y 66% dolor. En el ámbito social, el 93% no tenían recursos sociales concedidos y un

53% tenían de fragilidad social. Tras la detección de nuevos problemas se habrían hecho ajustes terapéuticos al 43% de los pacientes (1,92 fármacos de media): inicio de analgesia por mal control del dolor en el 43% (1,23 analgésicos de media), inicio de un psicofármaco por insomnio o trastorno del ánimo al 23%, e inicio de un laxante en el 23% por estreñimiento. Se podían haber evitado 51 interconsultas en total.
Conclusiones: La identificación de los múltiples problemas y condicionantes de fragilidad que presenta esta población, requiere la valoración de un equipo multidisciplinar y se considera la pieza clave para la correcta asistencia a los pacientes anciano afectos de un proceso oncohematológico. La VGI es el instrumento que aporta más información para la correcta clasificación y planificación terapéutica, tanto a nivel de prehabilitación como de tratamiento oncoespecífico.

PC-006. INFLUENCIA DE LOS FENÓMENOS METEOROLÓGICOS EN LA INCIDENCIA DE FRACTURAS DE CADERA EN LOS VARONES DE TERUEL

R. Gómez Navarro[1], C. Martín Hernández[2], P. González García[3], S. Valdearcos Enguidanos[4] y R. Vial Escolano[3]
[1]Centro de Salud Teruel Centro, Teruel. [2]Hospital Universitario Miguel Servet, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza. [3]Hospital San José, Teruel. [4]Dirección de Atención Primaria Sector Teruel, Teruel.

Objetivos: Evaluar la influencia de la estacionalidad y otros factores meteorológicos en la incidencia y tipos de la fractura de cadera por fragilidad en varones > 65 años en Teruel capital.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes varones > 65 años con residencia habitual en Teruel capital ingresados en el Servicio de COT del Hospital Obispo Polanco de Teruel con factura de fémur por fragilidad entre el 1/1/2009 y el 31/12/2014. Se estudiaron las variables: edad, fecha, tipo y lado afecto de la fractura, lugar donde se había producido, y los datos meteorológicos del día de la fractura: estación, temperatura máxima, media, mínima y pluviometría. Fuente de datos: informe de alta hospitalaria y el servicio AEMET OpenData. Los datos fueron procesados con SPSS Statistics v21.
Resultados: Ingresaron 90 varones con mediana de edad de 85 años (IQ = 10). Estacionalidad: 21,1% primavera, 23,3% verano, 30% otoño y 25,6% invierno. Sin diferencias estadísticamente significativas de incidencia por estación. Lugar de caída: 60% interior, 5,5% exterior, 34,4% no consta. Sin diferencias entre interior o exterior y estaciones. 58,8% lateralidad derecha. 52,2% extracapsular y 47,7% intracapsular. Sin relación entre la lateralidad, tipo de fractura y estación. Día de la fractura: media de temperatura máxima 19,2 ºC ± 9,0; mediana de temperatura mínima de 4,3 ºC (IQ 12,3); media de temperatura media 11,9 ºC ± 7,8; velocidad media del viento con mediana de 1,9 km/h (IQ 1,3) e intensidad media de lluvia de 0 mm/h (IQ 0). En el 87,8% de los días la velocidad del viento se catalogaba como de calma (< 5 km/h) y el 6,7% como flojo (6-20 km/h). La lluvia el 83,3% de los días se clasificaba no lluvia, el 10% débil (< 10 mm/h) y el 6,7% moderada (2-15 mm/h).
Conclusiones: No hemos encontrado influencias estacionales en la incidencia de fractura de cadera, ni en sus características principales. El prototipo de día en el que se produce la fractura es de temperatura templada, sin lluvia y sin viento.

PC-007. PREVALENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS

L. García Pérez y M.R. González Fernández
Caser Residencial León, San Andrés del Rabanedo.

Objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido conocer la prevalencia de las infecciones del tracto urinario (ITU) en una residencia de ancianos, determinar los agentes etiológicos implicados y establecer las relaciones entre dichas infecciones urinarias con la capacidad deambulatoria y tratamiento fisioterapéutico de los pacientes.
Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, de las infecciones del tracto urinario del 1 de abril al 31 de julio de 2016 en un centro geriátrico de 122 residentes. Se ha realizado cultivo y antibiograma de 56 pacientes los cuales referían o sugerían sospecha de ITU. Se ha estudiado la asociación de microorganismo aislado en relación al sexo, a la actividad física, a la rehabilitación y a las resistencias antibióticas.
Resultados: Los datos de prevalencia hallados son de un 45,90% (el IC95% es de 37,06-54,74%) de infecciones urinarias clínicas y de un 37,70% (29,10-46,30) de infecciones urinarias confirmadas analíticamente. La inmovilidad es un factor de riesgo de infección urinaria, mientras que la rehabilitación es un factor protector, aunque estas medidas no alcanzan el valor de significación estadística en este estudio. Se observa una mayor frecuencia de ITU en hombres que en mujeres pero estos valores tampoco son estadísticamente significativos. Escherichia coli es el principal microorganismo aislado y el segundo patógeno más frecuente, *Proteus mirabilis*.
Conclusiones: Se debe tener en cuenta que las características del paciente geriátrico institucionalizado podrían explicar algunos de los resultados hallados. Otros estudios, determinan que la incidencia de ITU es mayor en mujeres que en hombres, siendo el principal microorganismo encontrado el *E. coli* en mujeres, por ello es importante una adecuada ingesta de líquidos, aseo de la zona perineal y movilidad en los pacientes. Diversas publicaciones confirman que la ITU es una enfermedad común en los adultos de la tercera edad, y la fisioterapia geriátrica apoya a estos pacientes a fortalecer los músculos y mejorar su calidad de vida. En relación a las resistencias antibióticas, el más frecuente, el *E. coli* presentó una resistencia elevada a la ampicilina y al ciprofloxacino coincidiendo con otras investigaciones.

PC-008. ESTANCIA PREQUIRÚRGICA Y GLOBAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO ORTOGERIÁTRICO

M.C. Cervera Díaz, V. García Virto, H.J. Aguado Hernández, A. Llorente, E. Bustinza, L. García Flórez y A. Saldaña Díaz
Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Evaluar la influencia de la implantación de un modelo de atención ortogeriátrico, en la estancia prequirúrgica y total de los pacientes ingresados por fractura de cadera en un hospital de tercer nivel.
Métodos: Se han recogido los datos de todos los pacientes ingresados por fractura de cadera desde enero de 2012 a febrero de 2017. Los datos desde noviembre de 2014, se registraron en una base de datos elaborada desde la sección de ortogeriatría de la SCLECARTO (Sociedad Castellano-Leonesa, Cántabra y Riojana de Traumatología y Cirugía Ortopédica), hoja Excel que incluía diversos parámetros entre los que estaban estancia prequirúrgica y estancia global. Así mismo realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes ingresados por fractura de cadera en el año 2012 y que habían sido valorados por la Unidad de Geriatría antes de la implantación de este modelo. Se han comparado los datos desde el año 2012 a febrero de 2017.
Resultados: Se evidencia una clara disminución tanto de estancia prequirúrgica (3,89 días en 2012, frente a 2,32 días en enero-febrero de de 2017) como de estancia global (12,51 días en 2012, frente a 6,26 en enero-febrero de 2017), Paralelamente, existe menor tasa de institucionalización y la situación funcional al alta tiende a ser mejor medida por el índice de Barthel.
Conclusiones: El modelo ortogeriátrico conlleva una menor estancia prequirúrgica. La estancia global también disminuye a expensas sobre todo de la prequirúrgica. El alta precoz se relaciona con menor número de institucionalización. El estado funcional al alta es mejor a pesar de la menor estancia hospitalaria.

PC-009. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

M. Graupera Cuquet, C. Espinosa Val, O. Arias Varela y A. Elvira Pérez
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Objetivos: Descartar la existencia de disfagia en todos los pacientes que ingresan en una unidad de psicogeriatría. Valoración de la higiene oral en los pacientes ingresados en una unidad de psicogeriatría. Proporcionar estrategias de mejora para el cuidado del paciente con disfagia dirigidas a su cuidador habitual. Disminuir morbilidad y mortalidad. Mejorar la calidad de vida.
Métodos: En el momento del ingreso a la unidad se realizará la valoración geriátrica integral, por parte de enfermería, realizando especial hincapié en: Eating Assessment Tool, que es un cuestionario que permite realizar un cribaje rápido para el despistaje de la disfagia. La valoración del estado bucal del paciente. Para la evaluación de la higiene oral se usó el Simplified Oral Hygiene Index.-Valoración del estado nutricional mediante Mini Nutritonal Assessment. Para la detección de la disfagia se ha usado el MECV-V. Este método de cribado orienta sobre cuales son la viscosidad y el volumen más seguros para compensar al paciente y alimentarlo de manera segura y eficaz. Instruyendo al cuidador des de un primer momento, y lo largo de todo el ingreso, dándole los conocimientos básicos y las habilidades necesarias sobre la disfagia.
Resultados: La prevalencia de disfagia es muy elevada y por ejemplo, el año 2011, el 88,6% de los pacientes presentaban alteración del MECV-V. Para poder valorar el complimiento se decidió realizar durante el año 2013 un seguimiento telefónico. Se realizo un corte el 31 de julio de 2014. Se habían incluido 143 pacientes. En el seguimiento (3 meses post-alta) se habían valorado 78 pacientes, habían completado las recomendaciones 49 (62,8%) y habían presentado alguna complicación (infecciones respiratorias) 16 (20,51%).
Conclusiones: Dado que los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría presentan una alta prevalencia de disfagia, se recomienda la realización sistemática del EAT y del MECV-V para su diagnóstico y tratamiento dietético-nutricional..Se reforzara las conductas del cuidador de manera repetitiva motivándolo. La respuesta que se refuerza se repite. Adecuando la dieta del paciente conseguiremos una buena alimentación a nivel nutricional con la finalidad de evitar complicaciones broncoaspirativas.

PC-010. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES EN CIUDAD JUÁREZ

S.E. Martínez Roque
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua.

Introducción: La población de adultos mayores en México continúa incrementándose, las enfermedades evolucionan y cada vez más personas; causa de complicaciones en su salud, pasan a ser dependientes de un tercero. Conforme incrementa el índice de personas adultas mayores dependientes, crece la necesidad de un cuidador que cubra requerimientos de cuidados y de asistencia, que en su mayoría es un familiar sin experiencia que toma la responsabilidad. El constante trato entre cuidador informal y un adulto mayor dependiente puede ocasionar consecuencias negativas que implican problemas en la salud, ya que ser un cuidador informal requiere de una dedicación continua y en ocasiones absoluta.
Objetivos: Identificar los factores sociodemográficos asociados a cuidadores informales de adultos mayores en Ciudad Juárez; Identificar las complicaciones en la salud de cuidadores informales de adultos mayores en Ciudad Juárez asociadas a ansiedad y depresión.
Métodos: Estudio transversal, cuantitativo y analítico que incluye una muestra aleatoria de 28 cuidadores informales de adultos mayores dependientes (18+, ambos sexos, solteros, casados, divorciados, cualquier escolaridad, empleados, desempleados, cualquier religión, familiar, conocido). Los instrumentos de medición utilizados incluyen la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y el Cuestionario de GADI.
Resultados: Los 28 cuidadores informales encuestados (100%) reflejaron una sintomatología relacionada a ansiedad y depresión. Los datos demográficos característicos del cuidador informal fueron: la edad, sexo, estado civil, escolaridad, estatus laboral, parentesco, apoyo familiar, religión y conocimiento del diagnóstico.
Conclusiones: El 100% de los encuestados mostró una sintomatología relacionada a ansiedad y depresión. Esto refleja dos necesidades esenciales: la necesidad de validación de escalas para el diagnóstico oportuno de complicaciones y de capacitación para cuidadores informales, ya que ser cuidador informal requiere de una dedicación continua y en ocasiones absoluta en la asistencia de una persona dependiente. Esto ocasiona un desenfoque en aspectos importantes de la vida del cuidador. La falta de experiencia y conocimiento, y la incapacidad para resolver problemas favorece la aparición de complicaciones en su salud.

PC-011. GANANCIA FUNCIONAL DEL ANCIANO FRÁGIL TRAS SU ESTANCIA EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

P. Ponce Martín
Hospital General, Segovia.

Introducción: Estamos asistiendo a un envejecimiento del envejecimiento, por lo que la sociedad debe adaptar las instituciones sanitarias a las necesidades actuales, mejorando la calidad de vida de los pacientes geriátricos. Los HDG (Hospitales de Día Geriátricos) permiten la recuperación funcional, con un seguimiento exhaustivo tanto médico como de enfermería, favoreciendo la estancia en el domicilio y disminuyendo las institucionalizaciones.
Objetivos: Estudiar los factores que favorecen la ganancia funcional en el HDG, valorar la comorbilidad asociada por parte de enfermería y seguimiento posterior durante el ingreso.
Métodos: Se estudiaron todos los pacientes que ingresaron desde enero del 2015 a agosto del 2015. Se recogieron datos clínicos y la valoración geriátrica integral por parte de enfermería.
Resultados: Se analizaron 47 pacientes, edad media de 83,8 ± 5 años, todos presentaban más de 2 patologías asociadas. El 72% procedían de diferentes servicios del hospital, el 18% de la planta de Ortogeriatría, el resto a petición familiar o desde el MAP. El 33% por ACV y el 29% por fractura de cadera. El Barthel previo al ingreso era de 78, al ingreso de 47 y al alta de 72. El 98% estaban polimedicados. El 40% estreñidos, el 28% con disfagia, el 11% precisaban oxigenoterapia y el 60% referían insomnio. Con un MEC al ingreso de 25. Hubo un 4% de institucionalizaciones al alta y sólo falleció 1 paciente. El 96% acudía 2 días en semana, con una media de 29 estancias. Se observó una correlación positiva entre el Barthel previo y la velocidad de la marcha al ingreso, al igual que entre el Barthel y la velocidad al alta, estadísticamente significativa. Sin encontrarse relación con otras variables medidas, a excepción del peso y la adaptación visual.
Conclusiones: En el HDG se atienden pacientes muy añosos, con elevada comorbilidad y alta carga de cuidados de enfermería. Permite mantener al paciente en domicilio, reduciendo la institucionalización. Mejora el estado funcional y la velocidad de la marcha. La mejoría no depende de la edad ni de la patología previa, depende fundamentalmente de la base funcional previa al ingreso de cada paciente.

PC-012. UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO NECPAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD PSICOGERIÁTRICA

M.D. Nieto de Haro[1], E.M. Castells Bescos[1] y M.L. Nieto de Haro[2]
[1]*Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Málaga.*
[2]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.*

Introducción: En el Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias de Málaga se encuentra el área de Mayores psicogeriátrica. Son pacien-

tes con enfermedades mentales de larga evolución asociada a un alto índice de comorbilidad.
Métodos: Estudio descriptivo transversal utilizando el instrumento NECPAL. La recolección de datos se llevó a cabo durante julio-agosto, posteriormente se hizo un seguimiento valorando los pacientes que habían fallecido a los 7 meses.
Resultados: Se han evaluado 109 pacientes (72 mujeres y 37 hombres) con edad media de 78 años. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes: demencias 37% y esquizofrenias 34%. El 90% de estos pacientes presentan ECA con Charlson corregido por edad ≥ 3. El deterioro funcional y psíquico es grve: solo en un 30% el IB supera los 60 puntos, GDS de 6 o 7 en el 51% de los casos. El 94% de los pacientes eran Necpal positivos. Pregunta sorpresa (pregunta1) con respuesta negativa en 49 pacientes (45%). Al menos otra pregunta (2, 3 o 4) con respuesta positiva en 102 (94%). Indicadores clínicos de gravedad más frecuentes: deterioro funcional 47%, necesidad de cuidados complejos 57% y comorbilidad 56%. Respecto a los marcadores nutricionales, fueron referidos en 32% no correlacionándose con la severidad de la albumina. Indicadores clínicos de severidad más frecuentemente hallados: enfermedad pulmonar crónica y la enfermedad neurológica crónica. Cuatro pacientes con diagnóstico de cáncer. No hemos encontrado asociación entre Necpal positivo relacionado con la edad (p 0,90) o con los diagnósticos psiquiátricos (p 0,37). Si asociación significativa entre Necpal positivo IB ($p < 0,04$) y con GDS ($p < 0,02$). Del total de pacientes fallecieron 13 (11.9%) a los 7 meses, de los cuales 5 tenían respuesta sorpresa positiva. Todos eran Necpal positivos.
Conclusiones: El instrumento NECPAL nos ha permitido identificar en el área de Mayores aquellos pacientes que requieren atención paliativa, logrando orientar el trabajo multidisciplinar hacia unos cuidados que mejoren su calidad de vida. En nuestra opinión con este indicador conseguimos una herramienta objetiva que no solo ayuda a los profesionales, sino a los familiares que a veces cuestionan la actuación con estos pacientes.

PC-013. IMPLANTACIÓN DEL EAT COMO PARTE DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

M. Graupera Cuquet, C. Espinosa Val, O. Arias Varela y A. Elvira Pérez
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Introducción: La disfagia oro faríngea (DO) puede aparecer en los pacientes con demencia durante el curso de esta enfermedad y es con frecuencia motivo de complicaciones. La DO es un indicador de progresión de la demencia y la neumonía por aspiración es con frecuencia la causa de la muerte de estos pacientes.
Objetivos: Realizar el despistaje de disfagia entre los pacientes de la unidad de Psicogeriatría formando parte de la práctica habitual de la valoración de enfermería.
Métodos: Para e despistaje de la disfagia se ha utilizado El EAT-10 (Eating Assessment Tool), que es un cuestionario que permite realizar un cribaje rápido. La escala EAT- 10 es un cuestionario auto/hetero administrado de 10 preguntas Puntuación: 0 a 40 (0: ningún problema a 40: problema serio) Total de 40 puntos. Este método de cribado que nos orientara sobre la posibilidad o no de presentar disfagia y así poder detectar y realizar un abordaje más precoz de la disfagia.
Resultados: Desde el año 2016 se realiza de manera sistemática el Eat a todos los pacientes que ingresan en la unidad, como parte del protocolo de valoración de enfermería. Posteriormente todos ellos con riesgo se les realizara el MECV-V y son valorados por la dietista, para adaptar la dieta. La prevalencia de disfagia es muy elevada y por ejemplo, el año 2016, el 88,6% de los pacientes presentaban alteración del MECV-V. La recomendación más frecuente en más del 50% fue adaptar los líquidos a textura néctar y administrarlos a volúmenes bajos y medios.
Conclusiones: Dada la gran frecuencia con la que los pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría presentan disfagia, se recomienda la realización sistemática del Eat para su diagnóstico y tratamiento dietético-nutricional. Se recomienda la inclusión de un método de cribado de disfagia, en este caso el EAT, dentro del protocolo de valoración de enfermería.

PC-014. ESTUDIO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN 40 PACIENTES DE EDAD AVANZADA

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

Objetivos: Analizar los hallazgos radiológicos en la TC (tomografía computarizada) en pacientes de edad avanzada con pancreatitis aguda y clasificar la enfermedad y sus complicaciones según los nuevos criterios tomográficos de Atlanta 2012.
Métodos: Estudiamos 40 pacientes mayores de 65 años con pancreatitis aguda a los que se les solicitó una TC abdominal para estadiaje de la enfermedad. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 65 años con diagnóstico clínico de pancreatitis aguda con 48-72 horas de evolución de la clínica. Para la realización del estudio se utilizó un scanner de 64 coronas y se administró contraste oral baritado e intravenoso yodado siempre que el aclaramiento de creatinina fuera superior a 30 mililitros/minuto. Una vez acabado el estudio se procedía al posprocesado de las imágenes en una estación de trabajo y se realizaban reconstrucciones multiplanares (MPR) en coronal y sagital. Por último se interpretó cada estudio, clasificando la pancreatitis según los nuevos criterios radiológicos de Atlanta de 2012 en: PEI (pancreatitis edematosa intersticial) y PN (pancreatitis necrotizante) y las colecciones en función de su evolución, menor de 4 semanas (colección líquida peripancreática aguda y colección necrótica aguda), más de 4 semanas (pseudoquiste y necrosis encapsulada) y de su contenido, si contenían líquido o material derivado de la necrosis.
Resultados: De los 40 pacientes analizados, el 75% fueron varones y la edad media fue de 72 años. Las pancreatitis fueron en un 60% litiásicas, en un 30% alcohólicas y un 10% idiopáticas. Se analizaron los hallazgos radiológicos encontrando que el 80% fueron PEI y el 20% restante PN. En cuanto a las colecciones, se observaron un 40% de colecciones líquidas peripancreáticas y un 20% de colecciones necróticas agudas, un 30% de pseudoquistes y un 10% de necrosis encapsulada.
Conclusiones: La TC es una herramienta fundamental en el diagnóstico de la pancreatitis aguda y de sus complicaciones. Con los criterios modificados de Atlanta se ha actualizado la terminología aportando clasificaciones clínicas más prácticas de la pancreatitis, todo ello favoreciendo una mejor comunicación entre los especialistas implicados en el manejo de la enfermedad.

PC-015. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN 20 COLONOSCOPIAS VIRTUALES DE PACIENTES ANCIANOS

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

Objetivos: En la actualidad cada vez son más solicitadas las colonoscopias virtuales o colono-TC en pacientes de edad avanzada, como alternativa a la colonoscopia invasiva. Nuestro objetivo es analizar los hallazgos encontrados en 20 pacientes ancianos a los que se les realizó una colonoscopia virtual.
Métodos: Se realiza una revisión de 20 colonoscopias virtuales realizadas en mayores de 65 años que fueron solicitadas desde consulta de Digestivo. Los pacientes, previa a la colono-TC, precisan una preparación y distensión colónica adecuadas. La preparación consiste en dieta pobre en residuos y varias dosis de gastrografín. La distensión

se realiza con 40-60 insuflaciones de aire por una sonda rectal flexible. Tras esto, realizamos el estudio que incluye TC de colon en decúbito supino y prono. El siguiente paso es el posprocesado de imágenes que nos permitirá hacer un "tour" virtual por el colon en busca de posibles lesiones. Se recogieron datos demográficos de los pacientes, motivo de solicitud, grado de preparación y distensión previos y hallazgos encontrados al evaluar el estudio. Se realizó un análisis estadístico descriptivo básico, con medias, desviaciones típicas, porcentajes y frecuencias.
Resultados: Se analizaron 20 colonoscopias virtuales. El 53% fueron mujeres. La edad media de los pacientes fue de 75 ± 6 años. Los motivos de solicitud de la exploración eran: 30% colonoscopia incompleta, 20% dolor abdominal, 10% alteración del tránsito, 10% anemia, 15% control tras cáncer de colon y 15% rectorragias. La mayoría de los pacientes hicieron una buena preparación (80%), mientras que en el 20% la preparación fue mala. En el 70% de los casos la distensión colónica alcanzada fue buena, en el 20% intermedia y en el 10% pobre. En cuanto a los hallazgos obtenidos: el 30% de las pruebas fueron normales, el 20% tenían dolicocolon, en el 25% se encontró neoplasia, el 10% presentaron divertículos, el 10% estenosis y en un paciente (5%) la exploración no fue concluyente.
Conclusiones: La colonoscopia virtual es una prueba complementaria de gran ayuda en el estudio de pacientes ancianos con molestias digestivas, antecedente de colonoscopia incompleta o dudas diagnósticas por parte del especialista.

PC-016. RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DE BARCELONA: PERFIL DEL ANCIANO INGRESADO Y DOTACIÓN DE SUS EQUIPOS SANITARIOS

E. Hernández Martínez-Esparza[1], I. Mundet Riera[2], A. Torner Busquets[2], R. Santesmases Masana[1], M.A. Martínez Momblan[3], B. Campillo Zaragoza[1] y L. González de Paz[4]
[1]EUI-Sant Pau, Barcelona. [2]EAR Grup Mutuam, Barcelona. [3]Universitat de Barcelona, Barcelona. [4]ESCS, TecnoCampus, Barcelona.

Objetivos: Determinar el perfil del anciano ingresado y la dotación de los equipos sanitarios en las residencias geriátricas (RG) de Barcelona.
Métodos: Estudio multicéntrico observacional transversal y descriptivo. Proyecto financiado parcialmente (PR-2040/15). Ámbito y sujetos: 168 RG con 8.296 ancianos. Criterios de inclusión: RG del área metropolitana de Barcelona con soporte del Equipo de Atención a Residencias (EAR). Variables: titularidad y capacidad del centro; dotación profesional; características de residentes. Recogida de datos: marzo-abril 2016. Cuestionario cumplimentado por enfermeras EAR contrastado con persona responsable en residencia. Análisis: variables categóricas en frecuencia absoluta y porcentaje; variables continuas en media (rango) y mediana (rango intercuartílico).
Resultados: Titularidad: el 47,6% de las RG son privadas, el 39,9% concertadas y el 12,5% públicas/municipales. Camas ocupadas: El 51,2% con ≤ 35 camas, el 28,6% entre 36-80 (la mitad privadas) y el 20,2% > 80 (79% públicas/concertadas). Dotación de personal: Horas semanales: De médico: el 6% de RG no dispone, 50,6% con menos de 10h y 43,5% con más de 10h. De enfermería: el 6,5% no dispone, 4,8% con menos de 10h y 88,7% con más de 10h. Media de auxiliares por turno: 4,8(1-25) de mañana, 4,5 (1-25) de tarde y 1,9 (0-12) de noche. Manteniéndose los ratios el fin de semana. Enfermeras por turno: el 82,7% dispone por las mañanas, 53,6% por las tardes y 6,5% por las noches. El fin de semana disminuye: 42,3% mañana y 33,3% tarde. Perfil del anciano ingresado: A nivel funcional (Barthel): 59,6% de los residentes presentan dependencia total o severa y solo 11,3% son independientes. A nivel cognitivo (Pfeiffer): el 61,3% presentan deterioro grave o moderado y solo 19,8% sin deterioro. Riesgo de úlceras por presión (upp) (Braden, Norton o Emina): el 53,5% presenta alto o moderado, y solo 25% no presenta riesgo. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de los residentes en función de la capacidad de la RG.
Conclusiones: La tipología de RG es heterogénea. El perfil de anciano ingresado es altamente dependiente. La dotación de personal es deficiente en ocasiones, aunque dentro de la normativa. Se debería revisar los ratios exigidos en función de la tipología del residente.

PC-017. PREVALENCIA DE POLIFARMACIA Y FÁRMACOS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE CAÍDAS AL ALTA EN PACIENTES MAYORES CON FRACTURA DE CADERA

A. Correa Pérez[1], E. Delgado Silveira[1], S. Martín-Aragón Álvarez[2] y A.J. Cruz Jentoft[1]
[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [2]Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Introducción: La polifarmacia y los fármacos que aumentan el riesgo de caída (FRIDS) se han asociado a caídas con daño derivando en ingreso hospitalario. Sin embargo, en pacientes mayores ingresados por fractura de cadera la polifarmacia y los FRIDS no son habitualmente evaluados en el momento del alta.
Objetivos: Cuantificar y estimar la prevalencia de polifarmacia y FRIDS al alta en pacientes mayores ingresados por fractura de cadera tras caída.
Métodos: Estudio retrospectivo de tres meses de duración en la unidad de ortogeriatría de un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos (edad, sexo), caídas previas en 6 meses, índice de Barthel, FAC, GDS de Reisberg, número de FRIDS y número de fármacos. Siguiendo la clasificación de FRIDS del Swedish National Board of Health and Welfare se recogieron: opioides, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antidepresivos, vasodilatadores utilizados en enfermedades cardiacas, antihipertensivos, diuréticos, betabloqueantes, antagonistas del calcio, fármacos del sistema renina-angiotensina, antagonistas alfa adrenérgicos y agentes dopaminérgicos.
Resultados: Se incluyeron a 80 pacientes (77,5% mujeres, edad media 87,3, DE 4,5) de los que el 39,0% tuvo alguna caída en los 6 meses previos al ingreso. Tras la valoración basal se obtuvo un Barthel medio de 80, un FAC medio de 4 y un GDS de Reisberg medio de 2. Al alta, la media de fármacos por paciente fue 11 (DE 3,2): siendo el 96,2% polimedicados (≥ 5 fármacos) y 81,2% altamente polimedicados (≥ 9 fármacos). La media de FRIDS por paciente fue 2,6 (DE 1,6), teniendo el 91,2% de los pacientes al menos un FRID al alta (89,0% 1-4 FRIDS y 11,0% 5-6 FRIDS). Los FRIDS más frecuentes fueron: antipsicóticos (41,2% de los pacientes), fármacos que actúan en el sistema renina-angiotensina (38,7%), antidepresivos (33,7%), opioides (27,5%), ansiolíticos (23,7%) y diuréticos (23,7%).
Conclusiones: La prevalencia de polifarmacia y FRIDS al alta en pacientes mayores ingresados por fractura de cadera tras caída fue elevada. Debido al alto riesgo de caída de estos pacientes, reducir la polifarmacia y el número de FRIDS en el momento del alta hospitalaria en la medida de lo posible, podría ser de utilidad.

PC-018. PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y CONDUCTUAL EN DEMENCIAS MODERADAS Y GRAVES EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

M. Méndez Brich, F. Moreta Lora, J. Martos Gutiérrez, R. Cristòfol Allué, E. Martínez Suárez y A. Oller Bonache
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Objetivos: Medir la prevalencia y severidad de la sintomatología conductual de los pacientes afectos de demencia de cualquier etiología ingresados en una unidad de Psicogeriatría de un centro sociosanitario ya que es uno de los factores que influyen en el grado de sobrecarga para los cuidadores de este tipo de pacientes en la comunidad.

Métodos: Se evaluaron los pacientes ingresados con una demencia de cualquier etiología, en una fase moderada a muy grave según la escala GDS (fases clínicas 5-7). Se ha utilizado para la valoración de síntomas depresivos en demencias de forma aislada la Escala de Cornell y para la valoración general de sintomatología conductual, la versión breve del NPI (NPI-Q, Neuropsychiatric Inventory Questionnaire) a los cuidadores principales de los pacientes. Se han obtenido los datos sobre fármacos psicotropos utilizados al momento del ingreso, estado funcional y comorbilidades. El estudio se realizó entre el 1 de diciembre de 2016 y el 28 de febrero de 2017.
Resultados: 22 pacientes, de los cuales 12 eran hombres (54,5%). Media de edad: 85,72 años. Tipo de demencia: 11 (50%) EA, 4 (20%) mixta, 3 (13%) vascular, 2 (9%) Parkinson, 1 (4%) cuerpos de Lewy y 1 (4%) no filiada. Gravedad: GDS 5 a 10 (45%); GDS 6 a 9 (41%); GDS 7 a 3 (14%). Depresión (Cornell ≥ 9): 17 (77%) de pacientes. En cuanto a los síntomas medidos (NPI-Q), todos los pacientes presentaban más de 1 síntoma, 18 de los 22 pacientes presentaban 3 o más síntomas (81,8%). La gravedad media fue de 12,22 y el estrés medio fue de 12,45. Barthel: 12 (55%) dependencia total; 2 (9%) dependencia grave; 6 (27%) dependencia moderada y 2 (9%) dependencia leve. Fármacos: antipsicóticos: 17 (77%), antiepilépticos 4 (18%), antidepresivos 10 (45%). Exitus en el ingreso: 5 (23%). Destino al alta: Residencia 7 (41%), domicilio 8 (47%), CSS 2 (12%).
Conclusiones: Alta prevalencia de depresión y de comorbilidades. 1. Alta frecuencia y severidad de síntomas conductuales que generan un gran estrés en los cuidadores pero a pesar de ello, casi la mayoría retorna a domicilio. 2. Alta prevalencia de dependencia total.

PC-019. ESTUDIO DE PACIENTES AFECTADOS POR ÚLCERAS EN MIEMBROS INFERIORES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA

R. Gutiérrez Hernando, A. Muñoz Pascual, R. Fortes Martil, P. González Manso, E. Guerra Heras, M. Montalvo Martín y N. González Acebes
Complejo Asistencial de Segovia, Segovia.

Introducción: En las últimas décadas se han realizado varios estudios dirigidos a determinar los factores que contribuyen al desarrollo y evolución de las úlceras en ancianos. Hospital de Día Geriátrico (HDG) da soporte a estos pacientes, familiares y atención primaria (AP) para favorecer su mejoría y curación.
Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes atendidos en HDG por úlceras.
Métodos: Estudio descriptivo, observacional de pacientes atendidos con úlceras desde 01/01/2011 al 31/12/2016.
Resultados: Se analizaron 70 pacientes durante 6 años, 63% mujeres, con edad media de 85 ± 6,5 años. Tenían un estado funcional y mental medido por la escala de Cruz Roja de 3,5 ± 1,4 y de 2 ± 1,6, respectivamente. Vivían en domicilio el 66% y en residencia el 34%. El 62% presentaban incontinencia urinaria y el 59% malnutrición. El porcentaje de tratamientos relacionados con el pronóstico fue: 32% antiagregación, 32% anticoagulación oral, 11,6% corticoterapia oral y 5,8% con heparina profiláctica. Respecto a la comorbilidad: el 96% tenía úlceras; 64% hipertensión arterial, 32% diabéticos, 26% arteriopatía periférica, 36% insuficiencia venosa, 19% insuficiencia cardiaca congestiva, 26% fibrilación auricular, 3% fumadores activos, 55% demencia y 15% trombosis venosa profunda previa en miembro inferior afecto. El 55% fueron úlceras vasculares, el 35% úlceras por presión y el 10% de etiología traumática. La localización más frecuente fue en miembros inferiores 84% y en sacro 16%. Presentaron úlceras grado de profundidad III-IV > 84%. Se realizó ecografía doppler de extremidad afectada en el 54%. El 90% precisó sólo cura local, utilizando vendaje compresivo en un 57% de los pacientes. Las UPP se relacionaron estadísticamente con malnutrición, incontinencia urinaria, mayor grado de profundidad y fallecimiento durante su estancia en HDG ($p < 0,05$), mientras que las úlceras vasculares se relacionaron con antecedentes TVP y aplicación de vendaje compresivo como tratamiento ($p < 0,05$).
Conclusiones: La mayoría de los pacientes presentaron comorbilidad asociada, deterioro funcional y cognitivo moderado. Las características asociadas a las UPP y a las úlceras vasculares analizadas están en consonancia con las encontradas en otros estudios. Resultando ser esta actividad un soporte especial al paciente crónico y pluripatológico.

PC-020. MARCADORES ELECTROENCEFALOGRÁFICOS EN ESTADO DE REPOSO EN LAS DEMENCIAS: UNA REVISIÓN

A. Buján Mera[1], C. Babiloni[2], C. del Percio[2], R. Lizio[2], L. Lorenzo-López[1], A. Maseda[1] y J.C. Millán-Calenti[1]
[1]Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña. [2]Universidad de Roma La Sapienza, Departamento de Fisiología y Farmacología Vittorio Erspamer, Roma.

Objetivos: El papel de los marcadores electroencefalográficos en estado de reposo (rsEEG) como herramienta en el diagnóstico y/o seguimiento de la evolución de la demencia resulta controvertido. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión narrativa de la literatura basada en la evidencia y en la opinión de expertos sobre marcadores rsEEG en diversos tipos de demencia para establecer su potencial utilidad como biomarcadores en la evaluación de dichos trastornos.
Métodos: Se llevó a cabo una revisión de la literatura en diversas bases de datos utilizando combinaciones de palabras clave relacionadas con la población objeto de la revisión y con marcadores EEG. Se utilizaron criterios de elegibilidad para seleccionar aquellos estudios que cumplieran con altos estándares de calidad y la opinión de expertos en el campo. Los estudios seleccionados se dividieron en función del tipo de demencia (enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular (VaD), demencia fronto-temporal (FTD), demencia debida a enfermedad de Parkinson (PDD), y demencia por cuerpos de Lewy (DLB)), del tipo de marcador EEG (sincronización o conectividad) y del tipo de objetivo perseguido por el estudio (caracterización de anomalías neurofisiológicas, estudio de la evolución y severidad de las demencias, y caracterización de pacientes individuales).
Resultados: Existen anomalías neurofisiológicas relacionadas tanto con medidas de sincronización como de conectividad en los ritmos alfa, delta y theta en todos los tipos de demencia. Las diferencias entre los diversos tipos estuvieron sobre todo relacionadas con la topografía de dichos efectos. Los estudios longitudinales muestran un deterioro progresivo en estos marcadores durante la evolución de la demencia, especialmente en EA y PDD. Los estudios que han tratado de clasificar a pacientes a través de marcadores rsEEG muestran una precisión para la clasificación de entre un 70 y un 85%.
Conclusiones: Existe abundante evidencia científica sobre la utilidad de los marcadores rsEEG para caracterizar los mecanismos neurofisiológicos anómalos asociados al deterioro cognitivo en las demencias. Además, estas anomalías podrían ser útiles como marcadores para monitorizar la progresión de los pacientes con demencia. No obstante, la utilidad diagnóstica de dichos marcadores para los diferentes tipos de demencia resulta limitada.

PC-021. ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO GENERAL DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA EN LA POBLACIÓN NO SANITARIA

E. Álvarez Gómez[1], M.B. Minthè[1], R. Gómez de la Torre[2], A.B. Sow[3] y C. Cánovas Pareja[1]
[1]Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. [3]Hospital General de Segovia, Segovia.

Objetivos: El envejecimiento poblacional ha ido en aumento en los últimos años. La presencia de la Geriatría ha ido instaurándose progresivamente en la sanidad española. Aun así ¿existe desconocimiento de los recursos asistenciales para la población anciana? El objetivo de este trabajo es describir el nivel de conocimiento sobre la Geriatría, a través de una encuesta realizada en 3 hospitales españoles durante el periodo entre 1 noviembre 2016 y 31 enero 2017.
Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal, multicéntrico (Hospital Nuestra Señora de Gracia Zaragoza-HNSG, Hospital Central Cruz Roja Madrid-HCCR y Hospital General de Segovia-HGS). Se realiza encuesta aleatoria a cuidadores de pacientes, hospitalizados o de consultas externas en otros servicios diferentes al de Geriatría, para conocer su conocimiento sobre la especialidad.
Resultados: Realizadas 300 encuestas (100 en cada hospital) con diferentes rangos de edad y diferente nivel de escolarización. ¿Qué es la Geriatría para usted?: Especialidad médica: 37,2%, de enfermería: 5,4%, ambas: 45,6%. Un 12% lo desconoce. ¿A qué población atiende el geriatra? Ancianos 80%, enfermedades crónicas 32%, dependencia 20%, demencia 20%, pluripatología 10%, problemática social 7,6%. ¿Conocen en su cuidad algún servicio de Geriatría?: 80% (público 78%, privado: 2%). ¿Ha tenido contacto con algún geriatra en su comunidad?: 70%. ¿Qué valoración daría el servicio brindado por el geriatra?: muy bueno 44,14%, bueno 41,71%. ¿Le gustaría hubiera en su C. de Salud un geriatra?: 94%. En cuanto a los resultados por comunidades, obtuvimos ciertas diferencias entre las respuestas.
Conclusiones: La Geriatría se conoce como una especialidad que atiende a los ancianos, desconociéndose el perfil del mayor al que atiende. En España hay un adecuado conocimiento de la especialidad. Se plantea la necesidad de mayor divulgación de la especialidad entre la población más joven. La percepción de la atención brindada por el geriatra es en general satisfactoria, existiendo una elevada prevalencia de entrevistados que percibe la necesidad de la Geriatría en su Centro de Salud. Necesidad de continuar el estudio fuera del entorno próximo a un servicio de Geriatría. Interesante iniciativa de trabajo que permite comparar resultados y establecer estrategias futuras de colaboración.

PC-022. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR SOBRE LA INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA REHABILITADOR: ¿MEJORA SU CALIDAD DE VIDA?

M. Montoya, E. de Jaime, M.L. Rodríguez, E. Sevilla, M.A. Vidal, M. García y R. Fuentes
Servicio de Geriatría, Centre Fòrum, Parc de Salut Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar si mejora la percepción del paciente sobre el impacto de la incontinencia urinaria (IU) en su calidad de vida (CV), después de una intervención interdisciplinar en un hospital de día de geriatría rehabilitador (HDG).
Métodos: Estudio prospectivo que incluye pacientes ingresados y dados de alta de un HDG des de noviembre 2015 hasta febrero 2017. Al ingreso y al alta se registró: edad, sexo, presencia y tipo de incontinencia y el *"International Consultation on Incontinence Questionnaire"* (ICIQ). No se administró el ICIQ si: deterioro cognitivo y/o alteración del lenguaje que dificultaba la administración, negativa a participar o alta precoz. Durante el ingreso se realizó intervención interdisciplinar.
Resultados: Ingresaron 96 pacientes, de los cuales 52 pacientes eran incontinentes al ingreso (48 al alta). Edad 78,9 ± 10,2; 53,1% mujeres. Se completó el ICIQ al ingreso en 41 pacientes y al alta a 33. Al comparar el ICIQ al ingreso con el del alta se observó: en la pregunta sobre la frecuencia, 21 pacientes la mantenían, 10 la mejoraban y 2 la emporaban ($p < 0,001$); en la pregunta sobre cantidad, 25 pacientes la mantenían, 5 la mejoraban y 3 la empeoraban ($p < 0,001$); a la pregunta sobre la afectación en la vida diaria (escala numérica dónde 0 es nada y 10 mucha), al ingreso había una media de 3,6 ± 3,3 y al alta de 3,1 ± 3,1 ($p = 0,004$); la puntuación final del ICIQ (suma de los valores numéricos de las otras tres preguntas), fue de 8,9 ± 5,4 al ingreso y de 7,7 ± 5,9 al alta ($p < 0,001$). Respecto la última pregunta sobre el momento donde se produce la incontinencia, se observó cambios estadísticamente significativos en los diferentes momentos identificados, mejorando en 4 pacientes ($p = 0,02$).
Conclusiones: Se observa una leve mejoría en la percepción de los pacientes sobre su IU después de un programa de intervención en un HDG.

PC-023. DEPRESIÓN EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

J.Á. Monforte Porto y C. Fernández Rojo
Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora.

Introducción: La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en las personas de edad avanzada. Además, la comorbilidad enfermedad somática/depresión en el anciano se ha asociado con una mayor morbilidad y mortalidad por causas médicas, un aumento de las estancias, peor evolución, potenciación de la incapacidad funcional, generación de un retraso en la demanda de ayuda y en la recuperación, incrementa la percepción del dolor, disminuye la adherencia o colaboración al tratamiento y aumenta la posibilidad de reingresos y utilización de los sistemas de salud.
Objetivos: Determinar la prevalencia de trastornos depresivos en la persona mayor ingresada en el hospital general por patologías médico-quirúrgicas.
Métodos: Variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia), asistenciales (servicio de procedencia de la petición de interconsulta, días de estancia) y clínicas (motivo de consulta, diagnóstico del tipo de trastorno depresivo según criterios CIE-10 realizado desde la interconsulta). Diseño del estudio: estudio epidemiológico prospectivo sobre 761 pacientes (≥ 65 años) de las 1.266 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2015. Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.
Resultados: La edad media es de 79,18 años, varones en el 51,4% de la muestra. El 59,7% residen en medio rural. El 43,4% de las demandas de interconsulta proceden del Servicio de Medicina Interna, duplicando la media de estancia las personas mayores de 65 años (11,33 días) frente a los menores (5,69 días). Los motivos de consulta más frecuentes son las alteraciones de la conducta (42,4%), la desorientación (42,3%), el ánimo depresivo (32,7%) y la ansiedad (25,4%). Los trastornos depresivos (episodios depresivos, trastornos depresivos recurrentes, distimia) se diagnostican en el 12,6% (n = 96) de los pacientes mayores ingresados en el hospital general.
Conclusiones: Elevada prevalencia de trastornos depresivos en el anciano hospitalizado por patologías médico-quirúrgicas (12,6%), representando un importante problema de salud pública dada su elevada frecuencia, su asociación con altas tasas de discapacidad y mortalidad, el importante consumo de recursos sanitarios que genera, así como su importante impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen.

PC-024. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN LA INTERCONSULTA PSICOGERIÁTRICA

J.Á. Monforte Porto y A. San Román Uría
Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora.

Introducción: Los trastornos adaptativos son una entidad con alta prevalencia en la población anciana, pero a pesar de su elevada frecuencia no son reconocidos ni identificados como tales en un gran número de casos. Por otra parte, la enfermedad física es un factor de

riesgo para la manifestación de sintomatología ansioso-depresiva significativa, más en el caso de patologías crónicas que requieren en un momento determinado del ingreso hospitalario.
Objetivos: Determinar la prevalencia de trastornos adaptativos en el anciano desde la perspectiva de la interconsulta psicogeriátrica.
Métodos: Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, con quién vive) y clínicas (motivo de consulta, número de patologías somáticas comórbidas, número de fármacos para su patología somática, diagnóstico del tipo de trastorno adaptativo según criterios CIE-10 realizado desde la interconsulta). Diseño del estudio: estudio epidemiológico prospectivo sobre 761 pacientes (≥ 65 años) de las 1266 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2015. Consideraciones bioéticas: El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.
Resultados: La edad media es de 79,18 años, mujeres en el 48,6% de la muestra, predominando los casados (52,3%) y viudos (31%). El 47,8% conviven con su cónyuge, destacando que un 18,1% residen en medio institucional y un 13,8% solos. El ánimo depresivo fue motivo de consulta en el 32,7% de los casos y la ansiedad en el 25,4%. Un 92,4% presentan dos patologías somáticas comórbidas, un 77,4% tres y un 58,5% cuatro. La media de fármacos para sus patologías somáticas es de 4,4 (rango 0-16). Los trastornos adaptativos se diagnostican en el 23% (n = 175) de los pacientes mayores ingresados en el hospital general, y en particular los que presentan una reacción mixta de ansiedad y depresión (n = 97).
Conclusiones: Los trastornos adaptativos se presentan con una alta prevalencia en la persona mayor hospitalizada (23%). En este sentido, se ha descrito que los trastornos del estado de ánimo y adaptativos son los que mayor impacto tienen sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mayor con enfermedades crónicas, siendo necesario su diagnóstico y tratamiento precoces.

PC-025. IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LA FRAGILIDAD EN LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ANCIANOS CON ESTENOSIS AÓRTICA DEGENERATIVA

M. Ramos Sánchez[1], D.M. Quezada Feijoo[1], R. Ayala Muñoz[1], J. Jaramillo Hidalgo[1], J. Gómez Pavón[1] y R. Toro Cebada[2]
[1]Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. [2]Universidad de Cádiz, Cádiz.

Objetivos: En la actualidad los cardiólogos clínicos tienen que atender una población cada vez más añosa. El conocimiento de la situación basal y del estado de susceptibilidad, es un factor determinante por cuanto puede variar tanto el curso de la estenosis aórtica (EAo) como la actitud ante el tratamiento. Por tal motivo, el objetivo del estudio fue analizar la fragilidad como factor pronóstico de ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca (ICC) en pacientes mayores de 70 años con EAo degenerativa.
Métodos: Estudio longitudinal ambispectivo de cohortes en 104 pacientes mayores de 70 años diagnosticados de EAo degenerativa, incluidos desde 01-01-2015 hasta 01-01-2016 que acuden a las consultas externas de cardiología o ingresan a cargo de Geriatría-Medicina Interna. Se recogieron características antropométricas, clínicas, ecocardiográficas y geriátricas, y se clasificó a los pacientes como frágiles según el cuestionario de Frail. Al año de la inclusión se realizó un seguimiento para valorar ingresos por ICC y mortalidad.
Resultados: N = 104, 70,2% mujeres, edad media fue de 83,3 ± 8,8 años; 46,15% fueron mayores de 85 años. La media de seguimiento fue de 2,2 ± 2,1 años. El 59,6% de los pacientes cumplió criterios de fragilidad, con una diferencia estadísticamente significativa en los mayores de 85 años (p < 0,001). Durante el seguimiento un 89,4% de los pacientes que ingresaron por ICC fueron frágiles (p < 0,001). La mediana de supervivencia libre de ingresos por ICC en pacientes frágiles fue de 1,08 (IC95% 0,30-1,86) años. En el análisis multivariante la fragilidad fue predictor independiente asociado al primer ingreso por ICC (HR 4,83 IC95% 1,54-15,14).
Conclusiones: La fragilidad se asocia de forma independiente en pacientes con EAo degenerativa con mayor riesgo de ingreso hospitalario por ICC.

PC-026. ¿ES EL ÍNDICE DE CHARLSON UN DISCRIMINADOR DE EXITUS EN PACIENTES ANCIANOS CON ESTENOSIS AÓRTICA DEGENERATIVA?

M. Ramos Sánchez[1], M. Quezada Feijoo[1], J. Jaramillo Hidalgo[1], R. Ayala Muñoz[1], J. Gómez Pavón[1] y R. Toro Cebada[2]
[1]Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. [2]Universidad de Cádiz, Cádiz.

Objetivos: La mortalidad quirúrgica se incrementa a medida que aumenta la edad del paciente, por lo tanto la valoración de las comorbilidades asociadas se ha convertido en una necesidad de cara a los tratamientos invasivos. Nuestro objetivo fue analizar la sensibilidad-especificidad del índice de Charlson (IC) como marcador pronóstico de mortalidad en pacientes > 70 años con estenosis aórtica (EAo) degenerativa.
Métodos: Estudio longitudinal, ambispectivo, de cohortes en 104 pacientes > 70 años diagnosticados de EAo degenerativa, incluidos desde 01-01-2015 al 01-01-2016 que acuden a consultas externas de cardiología o fueron hospitalizados en Geriatría o Medicina Interna con seguimiento al año. Se realizó entrevista clínica de los pacientes, con valoración geriátrica, electrocardiograma y un ecocardiograma. La comorbilidad fue medida por el IC. Al año de la inclusión se realizó un seguimiento para valorar ingresos por insuficiencia cardiaca (ICC) y mortalidad.
Resultados: N = 104, 70,2% mujeres, edad media fue de 83,3 ± 8,8 años, 46,15% fueron mayores de 85 años. La media de seguimiento fue de 2,2 ± 2,1 años. La media del IC obtenida fue de 2,2 ± 1,9. Un 29,8% de los pacientes fallecieron, con una mortalidad del 100% en pacientes con IC ≥ 5 (8,7%). El IC presenta una escasa relación con mortalidad, con valores bajos del área bajo la curva de 0,724 (IC95%: 0,620-0,827), con valores pobres discriminativos de sensibilidad y especificidad y tanto de valores predictivos positivos como negativos. El valor de corte que maximiza la relación sensibilidad y especificidad estaría en torno a 2.
Conclusiones: El IC no pudo considerarse un buen valor de discriminación de mortalidad en pacientes ancianos con EAo degenerativa. Será necesario desarrollar nuevas escalas de comorbilidad que se adapten mejor a las patologías del paciente anciano.

Tabla PC-026

Punto de corte	Sensibilidad (IC95%)	Especificidad (IC95%)	VPP (IC95%)	VPN (IC95%)
≤1 vs > 1	0,84 (0,71-0,97)	0,47 (0,35-0,58)	0,40 (0,28-0,52)	0,87 (0,77- 0,98)
≤2 vs > 2	0,48 (0,31-0,66)	0,70 (0,59-0,80)	0,41 (0,25-0,56)	0,76 (0,66-0,86)
≤3 vs > 3	0,39 (0,22-0,56)	0,89 (0,82-0,96)	0,60 (0,39-0,81)	0,77 (0,68-0,86)
≤4 vs > 4	0,29 (0,13-0,45)	1,00 (0,94-1,00)	1,00 (0,92-1,00)	0,77 (0,69-0,85)
≤5 vs > 5	0,19 (0,05-0,33)	1,00 (0,92-1,00)	1,00 (0,90-1,00)	0,75 (0,66-0,83)

PC-027. INCIDENCIA Y PERFIL DE LAS CAÍDAS SUCEDIDAS DURANTE EL 2016 EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

L. Iglesias, V. Moreno, E. López, L. Steegman, J.C. Bermejo, C. Muñoz y M. Villacieros
Centro San Camilo, Tres Cantos.

Objetivos: Analizar la incidencia y el perfil de caídas en un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre las caídas de ancianos residentes durante el año 2016. Su edad media fue de 86 años (DT = 7,8), de ellos, 149 (73%) eran mujeres y 55 (27%) hombres. Se extrajeron los datos de la base de datos ResiPlus.
Resultados: Se cayeron 44 (21,6%) residentes, de un total de 204, notificándose un total de 110 caídas. De los 44 residentes que sufren caída, 22 (50%) lo han hecho 1 vez, 7 (16%) se han caído 2 veces, 5 (11,4%) 3 veces, 4 (9,1%) se han caído 4 veces, 4 (9,1%) se han caído 5 veces, 1 (2,3%) se ha caído 8 veces y 1 (2,3%) 15 veces. La mayor frecuencia de caídas es durante el día; 39 caídas (35,5%) en turno de mañana (de 9.00 a 15.00), 45 (41%) en tarde (de 15.00 a 21.00) y 26 de noche (de 21.00 a 9.00). El lugar de mayor frecuencia es el comedor 44 (40%), a continuación habitación: 36 (33%), baño: 13 (12%), salas comunes: 7 (6,4%) y resto en pasillo, ascensor, exteriores, rehabilitación y escaleras. En 88 (80%) caídas existía al menos 1 factor de riesgo que fueron: en 65 (59%) inestabilidad, en 11 (10%) agitación, inquietud, en 7 (6,4%) deterioro cognitivo, desorientación y en 5 (4,5%) debilidad, fragilidad. Respecto a las medidas preventivas, en 21 caídas (19%) se aplicaba supervisión (7; 6,4%), acompañamiento (7; 6,4%) y protección/sujeciones (7; 6,4%). En 15 caídas (13%) se trató de pérdida de equilibrio, en 10 (4,5%) tropezón y en 6 (5,5%) resbalón. Levantándose de la cama o de la silla de ruedas en 16 (14,6%), con calzado inadecuado 6 (5,5%).
Conclusiones: El tipo de caída más frecuente es de una mujer, que se cae 1 vez al año, en el comedor, levantándose de la silla de ruedas, debido a su inestabilidad, por una pérdida de equilibrio y sin medida preventiva.

PC-028. ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS?: REVISIÓN SISTÉMICA

L. Regueiro Folgueira, A. Maseda, L. Lorenzo-López, J. Blanco, R. López-López, V. Vilar y J.C. Millán-Calenti
Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

Objetivos: Conocer el estado actual de la literatura científica acerca de la relación entre el estado nutricional y la fragilidad en personas mayores de 65.
Métodos: Se realizó revisión bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Web of Science y Scopus, de artículos científicos publicados entre 2005 y febrero de 2017. Se analizaron 2042 estudios, de los cuales 19 cumplieron los criterios de inclusión/exclusión.
Resultados: Entre los 19 estudios analizados, se obtuvo una muestra de 22.270 personas mayores, en su mayoría residentes en la comunidad. Todos los artículos relacionaban uno o varios aspectos del estado nutricional (niveles de micro y macronutrientes, ingesta de proteínas, puntuación del Mini Nutritional Assessment (MNA) y Mini Nutritional Assessment- Short Form (MNA-SF), calidad y capacidad antioxidante de la dieta...) con los niveles de fragilidad. En cinco estudios el índice de fragilidad se asoció con una baja ingesta de energía y nutrientes específicos como vitaminas D, E, C, folatos... También en ellos se analizó la relación entre ingesta de macronutrientes y fragilidad, en cuatro de ellos se vio que una mayor ingesta de proteínas se relacionaba con menor riesgo de fragilidad, en otros dos no se encontró asociación significativa. Tres de los diecinueve estudios encontraron que a mayor calidad de la dieta menores niveles de fragilidad. Otros dos muestran que una elevada ingesta de alimentos con capacidad antioxidante se asocia con menor probabilidad de fragilidad. Además, siete de los estudios evaluados observan una asociación significativa entre desnutrición y/o riesgo de desnutrición medido por el MNA y MNA-SF y el síndrome de fragilidad.
Conclusiones: Existe una clara relación entre estado nutricional deficiente y presencia de fragilidad en las personas mayores. Es necesario incrementar el número de estudios para entender el papel que la nutrición podría tener en la prevención, retardo o reversión del síndrome de fragilidad.
Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN1607C 2016/08.

PC-029. EL CÍRCULO DEL DESASTRE TERAPÉUTICO

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

Objetivos: Describir el efecto cognitivo y funcional en ancianos que toman fármacos anticolinérgicos. Calcular la proporción de pacientes que toman fármacos anticolinérgicos según escala 'Anticholinergic Cognitive Burden Scale' (ACB) y considerar diferentes escalas de potencia colinérgica. Cuantificar el tipo de fármacos anticolinérgicos utilizados frecuentemente. Estimar la prevalencia de pacientes que toman fármacos anticolinesterásicos (IACEs) y anticolinérgicos.
Métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes mayores de 60 años visitados el 2015 por pérdida cognitiva o trastorno conductual y revalorados en 2016. Para valorar la actividad anticolinérgica central se utilizó la escala ACB y se consideró la Anticholinergic Risk Scale (ARS) y otros fármacos con conocida acción anticolinérgica central. Se valoró la repercusión funcional con las Escalas de Barthel y Lawton y Brody y la cognitiva con Mini Mental Sate Examination y Escala de Blessed.
Resultados: 126 pacientes (72,2% mujeres). Media de edad de 80 años (DE 6,7). Según escala ACB, en el año 2015, el 31,7% estaba tomando algún fármaco anticolinérgico (20% más de uno). En 2016 aumentó ligeramente a 37,3% (29,8% más de uno). Considerando la escala ARS, el porcentaje varía a 23,8% y 34,9%. Teniendo en cuenta otros fármacos no contemplados en estas escalas, esta proporción aumenta. Los grupos anticolinérgicos más administrados fueron antidepresivos/antipsicóticos (35,7%), analgésicos (14,3%), antimuscarínicos urológicos (8,6%) y antihistamínicos (4,3%). De los pacientes en tratamiento con IACEs (19% el 2015 y 27,8% en 2016), el 29,2% y 40% respectivamente tomaban anticolinérgicos. Se observó un empeoramiento no significativo en escalas de valoración funcional y cognitiva en pacientes que tomaban anticolinérgicos vs los que no habían tomado.
Conclusiones: Existen resultados contradictorios sobre la relación entre anticolinérgicos y cognición. Esto puede deberse a la dificultad en valorar la verdadera acción anticolinérgica central y la necesidad de unificar escalas. Es importante en pacientes con quejas cognitivas revisar la medicación anticolinérgica, y cuando sea posible, retirarlos o cambiarlos por otros con menos potencia. Es habitual que pacientes con demencia tomen fármacos estimulantes de la vía colinérgica (IACEs), provocando efectos secundarios que conllevan a la prescripción de anticolinérgicos que, a su vez, afectan la cognición, creando el 'círculo del desastre terapéutico'.

PC-030. RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES HOSPITALARIAS Y MORTALIDAD AL AÑO TRAS FRACTURA DE CADERA

P. Sáez López, N. Alonso García, N. Sánchez Hernández, I. Romero Mayoral, M. Bravo Jiménez y S. Jiménez Mola
Complejo Asistencial de Ávila, Ávila.

Objetivos: Analizar qué tipo de complicaciones acontecidas durante el ingreso se relacionan con un mayor riesgo de fallecer durante el

primer año tras sufrir una fractura de cadera por fragilidad en ancianos.
Métodos: Se analizó un total de 410 pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro centro durante los años 2010 y 2013 con diagnóstico de fractura de cadera. En cada paciente se registró la presencia de complicaciones cardiovasculares, respiratorias, infección de la herida quirúrgica, infección de orina, anemia, delirium, desnutrición, úlceras por presión, insuficiencia renal, trombosis venosa profunda, complicaciones hidroelectrolíticas, digestivas y descompensación diabética durante el ingreso. Se analizó la mortalidad durante el primer año tras la fractura y su relación con cada tipo de complicación intrahospitalaria mediante los test de t de Student, chi^2 y regresión logística univariante.
Resultados: La mortalidad en el primer año fue del 30,7%. El 96,1% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación durante el ingreso, con una media de 3,05 ± 2,22 (IC: 2,83-3,26) complicaciones por paciente. La más frecuente fue la anemia, observándose hasta en un 87,6% de los casos, seguida del delirium (44,4%), las complicaciones cardiovasculares (26,8%), la insuficiencia renal (23,9%) y las alteraciones hidroelectrolíticas (22,2%). Se detectó un incremento del riesgo de fallecer en el primer año en aquellos pacientes que desarrollaron complicaciones cardiovasculares (OR: 3,22), respiratorias (OR: 4,25), infección de orina (OR: 2,42), delirium (OR: 2,43), desnutrición (OR: 2,92), insuficiencia renal (OR: 2,04) y complicaciones hidroelectrolíticas durante el ingreso (OR: 1,88), especialmente las relacionadas con el sodio (OR: 2,17).
Conclusiones: La fractura de cadera es una patología que asocia una elevada tasa de complicaciones intrahospitalarias y un alto porcentaje de fallecimientos durante el primer año. Son numerosas las complicaciones que se relacionan con un mayor riesgo de fallecer, lo que refleja la importancia de la puesta en marcha de estrategias de prevención y detección precoz de complicaciones médicas durante el ingreso.

PC-031. RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES ANALÍTICAS Y MORTALIDAD AL AÑO TRAS FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE FÉMUR PROXIMAL

P. Sáez López[1], N. Alonso García[1], N. Sánchez Hernández[1], S. Jiménez Mola[2], A. Muñoz[3], I. Romero Mayoral[1] y M. Bravo Jiménez[1]
[1]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. [2]Complejo Asistencial de León, León. [3]Complejo Asistencial de Segovia, Segovia.

Objetivos: Analizar la posible relación entre las alteraciones encontradas en la analítica rutinaria realizada al ingreso tras sufrir una fractura de cadera y la mortalidad al año.
Métodos: Se analizó un total de 410 pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro centro durante los años 2010 y 2013 con diagnóstico de fractura de cadera. En cada paciente se registraron los valores de urea, creatinina, sodio, potasio, hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, linfocitos, cociente neutrófilos-linfocitos (NLR) y plaquetas determinados en la analítica rutinaria realizada en el Servicio de Urgencias tras diagnosticar la fractura. Se registró la presencia o no de muerte durante el primer año y se analizó la relación entre la mortalidad y las variables analíticas mediante los test de t de Student y chi^2.
Resultados: La mortalidad en el primer año fue del 30,7%. Se detectaron cifras elevadas de urea en el 63% de los casos y de creatinina en un 28%. El 13% de los pacientes tenía hiponatremia al ingreso y un 16,7% alteraciones del potasio. Casi una cuarta parte presentaba anemia, el 39% tenía leucocitosis, un 50% neutrofilia y un 10% plaquetopenia. Los valores anormalmente altos en las cifras de urea, creatinina y potasio, así como el cociente NRL, se asociaron significativamente a una mayor mortalidad al año. También se relacionó de forma significativa la presencia de leucocitosis y la anemia moderada o grave.
Conclusiones: La analítica realizada en el momento del ingreso a los pacientes que sufren una fractura de cadera puede ser útil para determinar un mayor riesgo de muerte a largo plazo. La insuficiencia renal al ingreso es frecuente en los ancianos con fractura de cadera y se relaciona con una mayor mortalidad al año. Los pacientes con cifras elevadas de urea, creatinina, potasio, leucocitos, cociente neutrófilos-linfocitos (NRL) o aquellos con anemia moderada o severa presentan un aumento significativo del riesgo de fallecer en el primer año tras la fractura.

PC-032. RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ORTOGERIÁTRICOS EN FUNCIÓN DE SU DESTINO AL ALTA

A. Muñoz Pascual[1], E. Martín Pérez[2], M. García Huebra[1], R. Velayos Baeza[1], M.T. Guerrero Díaz[1], E. Ridruejo de la Cámara[1] y L. Hünicken[1]
[1]Hospital General de Segovia, Segovia. [2]Hospital San Juan de Dios, León.

Objetivos: Seguimiento del estado funcional de los pacientes ortogeriátricos en función de su destino al alta hospitalaria.
Métodos: Todos los pacientes ingresados por fractura de cadera mayores de 75 años durante el año 2015. Seguimiento de su estado funcional y social a los 6 meses tras el alta y comparación con los resultados de una URF.
Resultados: 206 pacientes ingresados en el año 2015, la mayoría mujeres (75%), edad media de 87 ± 5,5 años. Al alta hospitalaria el 38% volvieron a su domicilio y el 62% a residencia. Un 5% se incluyeron en HDG. Nuevas institucionalizaciones 25,6%. 11% ingresaron en la Unidad de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) y 14% en residencias privadas. A los 6 meses del alta desde domicilio: el 73% continuaban en domicilio, 27% en domicilio familiar y un 12% fallecido. El 51% de los pacientes de residencia el 82% permanecieron institucionalizados a los 6 meses, un 7,4% volvieron a domicilio, un 11% ingresaron en residencia pública y un 22% fallecieron. Del 11% que fueron a UCSS, el 45% volvieron a su domicilio, el 22% ingresaron en residencia privada, un 9% en pública y 4,5% fallecieron. El estado funcional a los 6 meses de las UCSS fue: sin deambular un 66% y con ayuda de una persona/andador/muleta un 33%. A los 6 meses HDG: sin deambular un 14%, con ayuda de una persona/andador/muleta un 71% y con bastón o independiente 14%. El resto sin deambular un 33%, con ayuda de una persona/andador/muleta un 42% y con bastón o de forma independiente 24%.
Conclusiones: La fractura de cadera provoca un gran deterioro funcional junto con una elevada tasa de institucionalizaciones. Se deben potenciar más las URF en nuestra comunidad con unas tasas de independencia funcional tras el alta superiores al 70%, pudiendo regresar a su domicilio más del 80%. HDG es un excelente recurso que mantiene en su domicilio al paciente con una rehabilitación eficaz realizada de forma ambulatoria. Se debería de revisar el perfil de los pacientes de las UCSS y las condiciones de rehabilitación física en base a los datos obtenidos.

PC-033. SEGUIMIENTO DE LA FRACTURA DE CADERA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

A. Muñoz Pascual, L. Hünicken, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, A. Bobo Sow, A. Suero Roiz, M.T. Guerrero Díaz y M. Macías
Hospital General de Segovia, Segovia.

Objetivos: Analizar el estado funcional, social, reingresos y mortalidad tras el alta hospitalaria por fractura de cadera.
Métodos: Todos los pacientes ingresados por fractura de cadera mayores de 75 años durante el 2015. Realizando el seguimiento de estos pacientes al mes, 6 y 12 meses tras el alta.
Resultados: 206 fracturas de cadera, la mayoría mujeres (75%), edad media de 87 ± 5,5 años. 64% a su ingreso caminaban de forma independiente o bastón. Vivían en domicilio propio/familiar el 64%. ASA

3 ± 0,6, se operaron el 88%. Al alta se iban dando algún paso con andador/muleta/persona el 62%, el resto sin deambular. El 61% se fueron a residencia privada/pública, con un 25% de nuevas institucionalizaciones. La mortalidad intrahospitalaria fue del 2,4%. La situación funcional: independiente o bastón al mes/6 meses/año 17% vs 20,5% vs 16%, con andador/persona/muleta al mes/6meses/año 47% vs 41% vs 47% y sin deambular al mes/6 meses/año del 36% vs 38% vs 36%. Permaneciendo en residencia al mes y a los 6 meses el 47% de los pacientes, ascendiendo al 60% al año. Se revisaron en consulta de Geriatría: un 38% al mes, 20% a los 6 meses y un 14% al año. Reingresaron: 9% antes del mes, 13% antes de los 6 meses y un 17% antes del año. Los reingresos por complicación quirúrgica supusieron el 1,5% en los tres cortes. La mortalidad fue del: 3,5% antes del mes, 14,5% antes de los 6 meses y del 11% al año. No se encontró relación estadísticamente significativa de las transfusiones y del retraso quirúrgico (> 4 días) ni con los reingresos, ni con la mortalidad posterior. Se observó relación de las complicaciones pulmonares hospitalarias con los reingresos antes del año y la mortalidad tras el alta, $p < 0,01$.
Conclusiones: La fractura de cadera en el anciano provoca un gran deterioro funcional con una alta tasa de institucionalización al alta y de manera permanente. Se debería prestar especial atención a aquellos que presentan complicaciones a nivel respiratorio durante su ingreso con una atención ambulatoria más específica para intentar prevenir tanto sus reingresos como disminuir su mortalidad.

PC-034. ENDOCARDITIS DE VÁLVULA PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.I. Velasco Lavalle[1], R. Malfeito Jiménez[1], L. Gamonal González[1] e I. Navarro Menéndez[2]
[1]Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. [2]Hospital Comarcal Monforte de Lemos, Monforte de Lemos.

Varón de 90 años. HTA, DM, ERC-3, cardiopatía isquémica, MP VVIR por BAV sintomático en 2003, recambio del generador en 2012, FA-TAO, neo. de colon en 1989: hemicolectomía, metástasis pulmonar única en 1997: lobectomía, Fx cadera derecha, úlcera venosa crónica MID. Ingresa en Geriatría para estudio y control de síndrome confusional agudo hiperactivo multifactorial, con caída accidental y fractura-aplastamiento de L4 como consecuencia de ello. En analítica al ingreso destaca: Hipertiroidismo primario, hipocalcemia, déficit de folato. A los 10 días de ingreso, presenta pico febril probablemente relacionado con flebitis vs neumonía nosocomial, se extraen hemocultivos y se inicia amoxiclavulánico. Hemocultivos (× 3): *Enterobacter cloacae*. 48h después del inicio de la fiebre, se objetivan datos clínicos de insuficiencia cardiaca. Ecografía abdominal muestra signos de insuficiencia cardiaca derecha. Mala evolución con persistencia de la fiebre, en EF: soplo diastólico, que motiva solicitud de ecocardiograma. Ecocardiograma: válvula pulmonar con vegetación en cara pulmonar de velo anterior. Electrodo de marcapasos en cavidades derechas sin imágenes sugestivas de vegetaciones. El diagnóstico final de nuestro paciente es una bacteriemia persistente por *Enterobacter cloacae*, cuyo origen se sospecha nosocomial en relación con flebitis de catéter periférico. Dicha bacteriemia presenta como complicación una EI sobre válvula pulmonar y probablemente de marcapasos; que, aplicando los criterios de Duke, se establece como EI posible (1 criterio mayor y 2 criterios menores). Debe destacarse que existen estudios que sugieren que dichos criterios tienen una baja sensibilidad en endocarditis asociada a marcapasos (3), y que ésta aumenta si se obtienen cultivos positivos del cable de marcapasos, que no fue posible realizar en nuestro caso. Consideramos que la relevancia del caso radica en la infrecuencia del microorganismo aislado en EI, la localización inusual de la misma (válvula pulmonar) con ausencia de imagen de vegetación en el cable de marcapasos y, sobretodo, la existencia de una infección relacionada con la asistencia sanitaria (4).

PC-035. LA TECNOLOGÍA COMO VEHÍCULO DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

V. Niño Martín[1], S. Pérez Niño[2], N. García Granja[1], M.R. Pérez Ruiz[3], I. Martín Gil[4] y P.V. Marín Sereno[5]
[1]CS La Victoria, Valladolid. [2]Parada, Valladolid. [3]Hospital Medina del Campo, Valladolid. [4]CS Medina del Campo, Valladolid. [5]Hospital Santa María del Puerto, Puerto de Santa María.

Objetivos: Analizar el contenido de los informes de enfermería al alta que llegan vía informática desde el hospital de referencia al Centro de Salud. Implementar la continuidad asistencial en los pacientes dependientes tras el alta hospitalaria.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron los informes de enfermería al alta en los pacientes mayores de 65 años que precisaban una continuidad en los cuidados por su situación de dependencia tras el alta hospitalaria. El estudio se ha realizado durante cuatro meses en una zona básica de salud urbana de Valladolid. Se estudiaron las necesidades básicas, situación al alta, registros de enfermería, recomendaciones al paciente y/o familia y entre las variables predictoras: edad, sexo, motivo de ingreso, ingresos el año anterior, estado funcional (Barthel) y deterioro cognitivo (MEC) y situación social (Escala de Gijón).
Resultados: Se analizaron 112 informes de cuidados de enfermería (nivel de confianza del 95%, precisión 4%) de los cuales el 75,5% fueron mujeres y la media de edad fue de 83,6 (DT = 7,4). El 95% de los informes de alta llegaron al centro de salud a las cuatro horas de salir del hospital. En 68% de los casos ingresaron por motivos de intervenciones quirúrgicas siendo la más frecuente: implantación de prótesis de cadera (32%), prótesis de rodilla (13%), fracturas de cadera (10%), colocación de marcapasos (8%), intervenciones de vesícula (5%), 11% por ictus, 21% otras causas (insuficiencia cardiaca, enfermedades neurológicas). Las puntuaciones medias de las escalas que se obtuvieron fueron: Barthel (44 puntos, dependencia grave), MEC (23 puntos, leve deterioro) y Escala Gijón (11 puntos, riesgo social).
Conclusiones: La utilización de la tecnología como vehículo de comunicación entre profesionales de Enfermería es un gran avance en la prestación de cuidados en los pacientes dependientes en su propio domicilio. Subrayar la valoración por necesidades básicas siguiendo el modelo de Virginia Henderson y la inclusión de recomendaciones al paciente. La transmisión de información permite una respuesta inmediata tras el alta. Existe elevada prevalencia de riesgo social que se asocia fundamentalmente a pacientes con mayor dependencia funcional, mayor edad y peor estado cognitivo.

PC-036. RED GALLEGA DE INVESTIGACIÓN EN FRAGILIDAD (FRAILNET)

C. de Labra[1], A. Maseda[1], D. Facal[2], J.M. Cancela-Carral[3], E. Pásaro[4], M. Gandoy-Crego[5] y J.C. Millán-Calenti[1]
[1]Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña. [2]Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. [3]Grupo de Investigación HealthyFit (HI22), Universidad de Vigo, Departamento de Didácticas Especiales, Área de Educación Física y Deportiva, Pontevedra. [4]Universidade da Coruña, Grupo DICOMOSA, Departamento de Psicología, Área de Psicobiología, A Coruña. [5]Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública, Facultad de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivos: La Agencia Gallega de Innovación, a través de la Fundación Profesor Novoa Santos, ha financiado la Red Gallega de Investigación en Fragilidad (FrailNet). El objetivo prioritario de la Red son las personas mayores vulnerables que, desde un punto de vista clínico, presentan un elevado riesgo de padecer patologías agudas, dependencia

funcional, institucionalización u hospitalización y, en definitiva, un incremento del riesgo de muerte.
Métodos: La Red FrailNet se presenta como un modelo de trabajo multidisciplinar que incluye expertos del ámbito sanitario y social. Como socios se incluyen el Grupo de Investigación en Gerontología (GIG), el Grupo Investigación en Diagnóstico Conductual y Molecular Aplicado a la Salud (DICOMOSA), el Grupo de Investigación en Neurociencia Cognitiva Aplicada y Psicogerontología (NeuCogA-Aging), el Grupo Dependencia, Gerontología y Geriatría (Dependencia) y el Grupo HealthyFit (HI22). Como colaboradores externos se incluyen la Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados de A Coruña (UDP-A Coruña), la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), la Fundación Valdegodos, el Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) y el Instituto Politécnico de Braganza (IPB).
Resultados: Dentro de las prioridades estratégicas de la Red se destaca la elaboración de protocolos de valoración para determinar necesidades, prevalencia y factores de riesgo de la fragilidad, identificar factores biológicos y genéticos como biomarcadores celulares y moleculares de la fragilidad, establecer los cambios cognitivos, neurodegenerativos y demográficos asociados a la fragilidad, promover pautas de intervención multidisciplinar no farmacológica, fomentar la transferencia de conocimiento a través de una guía de buenas prácticas, desarrollar proyectos de intervención conjuntos que aporten conocimiento en la fragilidad, y fortalecer líneas de investigación entre los miembros de la red, así como incrementar la producción científica de calidad.
Conclusiones: La Red FrailNet permitirá adoptar nuevos planes de acción a nivel internacional para promover programas innovadores centrados en la prevención de las situaciones de fragilidad y dependencia.
Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

PC-037. LUMINOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN EN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES, Y DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA

N. Cibeira González[1], A. Maseda[1], L. Lorenzo López[1], C. Diego Díez[1], I. González Abraldes[2], J. Blanco[1] y J.C. Millán Calenti[1]
[1]Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña. [2]Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña.

Objetivos: Como objetivo principal, realizar una revisión sistemática de los estudios publicados hasta la actualidad sobre la efectividad de la luminoterapia en la cognición y como tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en personas mayores con deterioro cognitivo; y como objetivo secundario, establecer un protocolo de actuación para el uso de la luminoterapia en personas mayores con demencia.
Métodos: Revisión sistemática de la literatura publicada hasta noviembre de 2016 en español e inglés sobre la intervención con luminoterapia. La búsqueda se realizó, en l Web of Science, utilizando una combinación de las palabras clave relacionadas con luminoterapia, demencia y personas mayores.
Resultados: De los 167 estudios encontrados, 19 cumplieron los criterios de inclusión. 8 evaluaban el efecto de la luminoterapia en agitación, 13 en sueño, 5 en depresión y 2 en cognición. En cuanto a la agitación, se encontraron efectos positivos en 5 de los artículos analizados mientras que 3 no mostraban efectividad; en relación al sueño 11 mostraban efectos positivos mientras que 2 no mostraban efectividad. Respecto a la depresión, los resultados no fueron unánimes, en 2 se encontraron efectos positivos, frente a 3 en los que no se mostraban efectos significativos en la reducción de los síntomas depresivos. En cognición, en uno de los artículos analizados se observaron mejoras significativas en el funcionamiento cognitivo de los participantes, en contraposición a otro estudio en el que no se encontró evidencia de su efectividad. En cuanto a los protocolos de intervención, fueron muy variables en cuanto a intensidad, frecuencia, distribución temporal y duración, siendo el único aspecto común el tipo de luz de intervención utilizada.
Conclusiones: La luminoterapia constituye una excelente opción de tratamiento para la agitación y los problemas de sueño en personas con demencia. La eficacia sobre los síntomas depresivos y las funciones cognitivas es controvertida. Es necesario el desarrollo de futuras investigaciones para determinar la efectividad de la luminoterapia sobre la depresión y cognición, y para establecer el protocolo de intervención más adecuado para lograr la máxima efectividad de la luminoterapia.
Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red Frailnet IN607C 2016/08.

PC-038. FORMACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO CON DM2 EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. ESTUDIO FORMA2

J.L. García-Donaire[1], J. Franch-Nadal[2], P. Rodríguez-Fortúnez[3] y M.L. Orera-Peña[3]
[1]Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. [2]CAP Drassanes Raval-Sud, Barcelona.

Objetivos: Analizar la formación proporcionada a pacientes con más de 75 años de edad y con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
Métodos: Estudio de ámbito español, transversal y multicéntrico. Para la recogida de información se ha utilizado un autocuestionario electrónico de acceso privado. Este estudio ha sido aprobado por el CEIC del Hospital Clínico Universitario de Madrid.
Resultados: Se analizaron datos de 1066 médicos. El 67% de los participantes eran hombres y la edad media 53 años. El 89.6% trabajaban en centros de Atención Primaria (AP) y la media de ejercicio profesional ascendía a 26 años. El 62% trabajaba en área urbana. El 25% de los participantes trabajaban en centros donde existía enfermería especializada en DM. El 87% de los médicos y el 75% de las enfermeras proporcionaban habitualmente formación diabetológica a sus pacientes y un 1,5% afirmaba que no proporcionaba ninguna formación. Los factores que más influyen en el tiempo dedicado a la formación son: niveles de HbA1c > 7%, presencia de complicaciones microvasculares, nivel sociocultural bajo, tipo de tratamiento farmacológico (inyectable), edad y ser divorciado/viudo. El 89% de los médicos participantes señaló que el modelo de formación más adecuado para paciente anciano sería la realizada a través de su médico y enfermería, el 56% a través de formato papel, el 48% a través de la Farmacia y el 41% a través de grupos de pacientes. Sólo un 9% opinaban que la formación online podría ser una opción para este tipo de pacientes.
Conclusiones: En el manejo de la DM2 el tiempo dedicado a la formación del paciente es fundamental. Los niveles de HbA1c, complicaciones vasculares, nivel sociocultural, tratamiento, edad, dieta y entorno familiar son los factores más influyentes. En el paciente anciano, el papel del médico y enfermería son fundamentales.

PC-039. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN GERONTOLOGÍA. PREVALENCIA, EPIDEMIOLOGÍA Y VARIABLES DEFINITORIAS DE LAS LESIONES Y PACIENTES

P. Carbonell Fornes[1] y E. Carbonell i Pascual[2]
[1]Centro Sociosanitario Novaire-Alcoy, Alcoy. [2]CIPPFP Asunción de Nuestra Señora, Valencia.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en el mundo. La prevalencia de las úlceras por presión en ancianos institucionalizados es un tema preocupante en la elaboración de los planes de cuidados de enfermería. Las úlceras por presión son el resultado de

un conjunto de factores: encamamiento prolongado, movilidad reducida, malnutrición, alteraciones fisiológicas, incontinencia, etc. A nivel internacional, la presencia o ausencia de úlcera por presión es considerada un indicador de calidad de la asistencia sanitaria brindada.
Objetivos: Deseamos conocer y especificar las características de los pacientes con úlceras por presión, así como los aspectos relacionados con las estrategias y prácticas actuales de prevención de las mismas en los pacientes de un centro sociosanitario, (Novaire-Alcoy).
Métodos: Hemos realizado un estudio observacional, descriptivo de prevalencia retrospectivo. La recogida de datos se realizó en el periodo de un año. Para el cálculo de la epidemiología de las úlceras por presión se utilizaron directrices de clasificación e indicadores epidemiológicos recomendados por el GNEAUPP. Según el diseño del estudio, se utilizaron diversos estadísticos descriptivos: valores de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión, así como tablas de contingencia.
Resultados: Se estudió una muestra de 195 pacientes. Se estudió la prevalencia de padecer úlceras por presión, se contrastó con diferentes factores predisponentes y se estudió el comportamiento de estos con las medidas de prevención.
Conclusiones: Es importante realizar estudios de prevalencia sistemática y periódicamente para conocer su importancia real a todos los niveles y poder abordar políticas eficaces y eficientes de tratamiento y prevención.

PC-040. DEMENCIA Y NUTRICIÓN ENTERAL: ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

L. Martínez Lado[1], P.M. Mañana Rendal[2] y E. López Álvarez[3]
[1]Centro Médico Mapfre, A Coruña. [2]Centro Médico Osteoger, A Coruña. [3]Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Revisar la evidencia científica relacionada con la nutrición enteral en pacientes con demencia avanzada y sus efectos en la supervivencia, estado nutricional y nivel funcional.
Métodos: Búsqueda sistemática en PUBMED de artículos de revisión con los siguientes criterios de inclusión: publicados en los últimos 10 años, en inglés o castellano y que analizaran mortalidad, niveles de albúmina y estado funcional. Las palabras clave fueron: *dementia y enteral nutrition.*
Resultados: Identificamos un total de 38 artículos de los cuales 25 cumplieron los criterios de inclusión. La mayoría fueron estudios observacionales retrospectivos y prospectivos. No encontramos evidencia científica de que la nutrición enteral sea eficaz para prolongar la supervivencia ni lograr un mejor estado nutricional y funcional del paciente.
Conclusiones: A pesar del uso creciente de sondas de alimentación en los pacientes con demencia en fase severa no existe evidencia científica de mejoría a nivel de los parámetros descritos. Consideramos fundamental una buena formación de los profesionales sanitarios en el tema, para poder proporcionar una información clara y exhaustiva al paciente y a su familia, para que la toma de decisiones sea lo más cercana a los deseos del paciente. Por ese motivo animamos a la realización del documento de voluntades anticipadas.

PC-041. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE POSAGUDOS DEL CENTRO FÒRUM-HOSPITAL DEL MAR

N. Ronquillo Moreno, M. Montoya Martínez, E. Casanovas Atienza, H. Nasser Betancourt, O. Vázquez Ibar y D. Sánchez Rodríguez
Centre Fòrum de l´Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: Las unidades de postagudos pertenecen al ámbito asistencial sociosanitario; tienen una función principalmente rehabilitadora por deterioro funcional tras un ingreso en hospitalización de agudos.
Objetivos: Describir la actividad asistencial de Postagudos-Centro Fòrum.
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de Postagudos [Abril'13-Julio'16]. Descritos: edad, sexo, estancia, procedencia, situación funcional (Barthel), cognitiva (MMSE), social, comorbilidad (Charlson), diagnósticos, destinación y rehabilitación al alta.
Resultados: Valorados 502 pacientes (74,62 ± 11,1 años; 60% mujeres),procedentes de Rehabilitación (38% Locomotor; 24,9% Neurorehabilitación), con estancia 16 ± 6 días. Tras tratamiento integral, mejoraban su capacidad funcional (Barthel ingreso 48 ± 21; Barthel alta 78 ± 22). Presentaban una situación cognitiva correcta (MMSE 24 ± 21) y una escasa comorbilidad (Charlson 2 ± 2; enfermedad cerebrovascular 27,3%; neumopatías 24,7%, diabetes 20,1%; disfagia 35,5%). Los diagnósticos principales más prevalentes fueron el ictus (24,7%) y la artroplastia de rodilla 24,5%; las complicaciones más frecuentes fueron la anemia (31,8%), el delirium 25,7%, la infección urinaria (9,7%) y la diselectrolinemia (8,1%). 43,6% precisaron cura de heridas quirúrgicas. Previamente, vivían solos (38,1%) o en pareja (38,1%). Por ausencia de cuidador (39%), un tercio precisaron intervención social (38,8%). La mayoría (79,7%) retornaron a domicilio, el resto fueron a convalecencia (8,8%), agudos (6,2%), residencia (4,2%), larga estancia (0,8%) y 0,4% fallecieron; los reingresos al mes fueron 6%. La mayoría precisó continuación de tratamiento rehabilitador al alta (73,9%).
Conclusiones: Los pacientes ingresados en Postagudos son dependientes en grado moderado, presentan escasa comorbilidad y deterioro cognitivo e ingresan mayoritariamente por artroplastia de rodilla o ictus. Vivían solos o en pareja; y algunos precisaron intervención social. La mayoría retornaron a domicilio, sin apenas reingresos y continuaron tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria.

PC-042. ÍNDICE DE NUTRIX Y LINFOCITOS TOTALES, ¿MARCADORES BIOLÓGICOS DE FRAGILIDAD?

N. Ronquillo Moreno, I. Arnau Barrés, B. Peguero, L. Canchucaja, M. Montoya, O. Vázquez Ibar y R. Miralles Basseda
Centre Fòrum de l´Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El deterioro del sistema inmunológico y del estado nutricional están estrechamente relacionados con el envejecimiento y con la aparición de fragilidad. El índice de Nutrix se calcula a partir de parámetros bioquímicos y antropométricos.
Objetivos: Estudiar la relación entre linfocitos totales en sangre, el índice de Nutrix (IN) y la Escala Clínica de Fragilidad de Rockwood (ECF).
Métodos: De forma prospectiva fueron valorados 68 pacientes > 70 años y que habían estado ingresados en un centro sociosanitario. Fueron excluidos aquellos que habían presentado un proceso agudo en el último mes. Se recogieron las siguientes variables: edad, Lawton previo, Barthel basal, Mini-Mental (MMSE), índice de Charlson. Los pacientes fueron agrupados en "ancianos sanos" (categorías 1-3 de la ECF), "fragilidad leve" (categorías 4 y 5) y "fragilidad moderada y grave" (categorías 6 y 7). A todos los pacientes se les calculó el IN [IN = 3.17 × (190-colesterol) - (77.7 × linfocitos) - (7.04 × circunferencia braquial) - (15.44 × hemoglobina) + (6.17 × edad)-(67.78 × sexo)-97]; en el que valores negativos indican nutrición correcta y valores positivos deterioro nutricional.
Resultados: Edad media: 84 ± 6 años (54% mujeres), Barthel 69 ± 30, Lawton 3,3 ± 3, MMSE 18,8 ± 8 y Charlson 1,9 ± 2. Hubo 2 ancianos sanos, 23 con fragilidad leve y 43 con fragilidad moderada y severa, cuyos valores medios de linfocitos totales fueron 1950 ± 551; 1760 ± 608 y 1613 ± 629, respectivamente (p = 0,346; p = 0,674; p = 0,463). Los valores medios de IN fueron -155 ± 194; +33 ± 162 y +113 ± 166 (p = 0,06; p = 0,131; p = 0,03).
Conclusiones: En el presente estudio se observa que a medida que existe mayor grado de fragilidad, el número total de linfocitos en sangre disminuye y los valores del IN son más elevados (indicativo de peor estado de salud nutricional).

PC-043. IMPACTO DEL DISEÑO AMBIENTAL EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA (SPCD)

P. Suárez Suárez y R. Sánchez-Ostiz Gutiérrez
Innovación y Desarrollo Asistencial S.L., Pamplona.

Introducción: El diseño ambiental de los entornos de cuidado sociosanitarios es un factor clave para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las personas con demencia (SPCD). La calidad de la luz, el ruido, el olor, la temperatura y la disposición del mobiliario, son variables ambientales que pueden exacerbar o disminuir los SPCD.
Métodos: El objetivo de la revisión es analizar el impacto del diseño ambiental sobre los SPCD en centros de cuidados de larga duración. Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios desde el año 2000 a la actualidad y el resultado de la búsqueda fueron 36 investigaciones. Las variables las agrupamos en cuatro categorías de atributos del diseño ambiental: calidad visual, calidad olfativa, calidad térmica y calidad acústica.
Resultados: Los resultados de esta revisión indican que las intervenciones sobre el diseño ambiental son beneficiosas para reducir los SPCD y más en concreto la agitación.
Conclusiones: A pesar de que el campo del diseño ambiental en las demencias está bien documentado, es necesario llevar acabo más investigaciones para aclarar qué tipo de intervenciones y en qué tipología de demencias son realmente eficaces.

PC-044. CONSUMO Y PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

V. Vilar, A. Maseda, L. Lorenzo López, R. López López, L. Regueiro, J. Blanco y J.C. Millán Calenti
Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sistemática acerca de los estudios publicados sobre el consumo de medicamentos en personas mayores de 65 o más años. Además, se pretenden conocer las características generales de la prescripción inadecuada de medicamentos (PIM); así como las herramientas empleadas para su detección e intervenciones para su disminución, o incluso reversión.
Métodos: Revisión sistemática de estudios epidemiológicos publicados en las bases de datos electrónicas Web of Science y Pubmed-Medline entre 2000 y 2016. Fueron incluidas aquellas publicaciones a texto completo de forma gratuita, con una muestra mínima de 30 participantes, mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, y con domicilio en la comunidad, instituciones de carácter gerontológico, y que sufren y/o han sufrido un episodio de hospitalización.
Resultados: De los 836 artículos encontrados, 28 cumplieron los criterios de inclusión. El consumo de fármacos en los mayores se presenta marcado por fenómenos como la polifarmacia, la mala adherencia terapéutica y la PIM, con un consumo medio al día de 7 fármacos La PIM se perfila principalmente en personas mayores de 70 años, afectadas de hipertensión arterial o enfermedades pulmonares, de sexo femenino, consumidoras de benzodiacepinas de acción prolongada, antiinflamatorios no esteroideos y teofilina.
Conclusiones: Se identifica la necesidad de diseñar intervenciones geriátricas específicas para ahondar en los conocimientos de profesionales y pacientes acerca del correcto manejo de los fármacos.
Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

PC-045. DISFAGIA EN PACIENTE NONAGENARIO

V. Landaluce Pelligra, T. Martínez Maroto, E. García Tercero y M.J. Led Domínguez
Complejo Hospitalario, Toledo.

Caso clínico: Mujer de 90 años, desde hace 2 meses presenta disfagia a sólidos hasta intolerancia para la deglución con imposibilidad para el paso de alimentos líquidos y sólidos desde hace 24 horas. No anorexia, no pérdida de peso. Exploración física: PA 140/60 mmHg, FC 76 lpm. Alerta, consciente, orientada en 3 esferas, lenguaje fluente sin afasia ni disartria. PICNR, MOEs sin restricciones, V, VII normal, incapacidad para la deglución. Fuerza 5/5 en las cuatro extremidades, ROT +/++++, RCPF bilateral. No alteración de la sensibilidad propioceptiva ni vibratoria, coordinación normal, marcha normal. Ruidos cardíacos arrítmicos, soplo mitral II/IV. Resto sin alteraciones. Pruebas complementarias: analítica normal. ECG FA a 65 lpm. Gastroscopia: Hernia hiatal axial, esofagitis grado A, sobreelevación mucosa a nivel de boca de Killian que no dificulta el paso del endoscopio. Estudio de deglución: Probable estenosis a nivel de esófago proximal que impresiona de no distenderse adecuadamente. RM de cerebro: Lesiones de aspecto residual a nivel de oliva bulbar. Evolución: Cuando la paciente ingresa a planta se intenta tolerancia oral sin éxito por lo que se coloca SNG para alimentación mientras se realizan las pruebas descritas. Una vez obtenidos los resultados de la RM se puede atribuir la clínica con los múltiples infartos bulbares evidenciados, sin necesidad de más estudios. En vista de la incapacidad de deglución se coloca PEG sin incidencias y con buena tolerancia a la alimentación. De forma ambulatoria la paciente inicia rehabilitación de la disfagia presentando recuperación total a los 9 meses, permitiendo retirar la PEG e iniciar alimentación oral sin complicaciones.
Discusión: Los infartos bulbares aislados son poco frecuentes. Por motivos anatómicos vasculares, la región más afectada es la lateral. Desde la aparición de la resonancia magnética ha podido correlacionarse la extensión y localización del área laterobulbar afectada con la topografía vascular. En nuestro caso la paciente presenta FA, originando algún microtrombo con desplazamiento al cerebro causando un microinfarto de forma muy selectiva, afectando exclusivamente el núcleo del nervio vago y glosofaríngeo generando exclusivamente alteración de la deglución.

PC-046. ÍNDICES DE IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE POSAGUDOS

M. Montoya Martínez, N. Ronquillo Moreno, L. Canchucaja Gutarra, H. Nasser Betancourt, E. Casanovas Atienza, O. Vázquez Ibar y D. Sánchez Rodríguez
Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: Postagudos son unidades de rehabilitación geriátrica de estancia en torno a dos semanas. La situación funcional en el anciano, se suele valorar mediante escalas de autonomía; para valorar el resultado obtenido tras la aplicación de terapias rehabilitadoras, se utilizan índices de impacto de la rehabilitación.
Objetivos: Describir los resultados del tratamiento rehabilitador mediante índices de impacto en Postagudos-Centro Fórum.
Métodos: Estudio descriptivo de ingresados en Postagudos. Criterios de inclusión: edad ≥ 65 años; deterioro funcional reciente secundario a hospitalización y proceso agudo, potencial rehabilitador, posibilidad de planificación de alta en dos semanas. Criterios de exclusión: ausencia de potencial rehabilitador. Se estableció un programa integral individualizado para reeducación de marcha y actividades básicas. Índices de impacto de la rehabilitación: Ganancia funcional absoluta (GFA: Barthel alta - Barthel ingreso, clínicamente relevante si ≥ 20); Ganancia funcional relativa [GFR: (Barthel alta - Barthel ingreso)/(Barthel previo- Barthel ingreso) × 100; clínicamente relevante si ≥ 35%: categorizada en completa = 100%; elevada = 99-35%; moderada = 34-1%, leve = 1%)]; Índice de eficiencia rehabilitadora (IER: GFA/estancia; clínicamente relevante si ≥ 0,5).
Resultados: Valorados 502 pacientes (74,6 ± 11,1 años; 60% mujeres), estancia 16,1 ± 6,1 días, con GFA 31,2 ± 17, siendo clínicamente relevante en el 74,5%. La GFR fue 48,3% ± 59,9%, siendo completa en 1%, elevada en 69,9% moderada en 27,8% y leve en 1,2%. El IER fue 2,1 ± 1,2, clínicamente relevante en 100%.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en postagudos lograron mejoría tras el tratamiento rehabilitador. La mejoría obtenida en la ganancia funcional absoluta, relativa e índice de eficiencia rehabilitadora, fue clínicamente relevante en la mayor parte de los ingresados. La rehabilitación en la Unidad de Postagudos del Centre-Forum es exitosa en términos de efectividad y eficiencia.

PC-047. PERFIL DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA MEDIA

M.N. Gómez González[1], E. Martín Pérez[2], M.I. Porras Guerra[1], N.D. Fatama Flores[3] y C.E. Benítez González[1]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Hospital San Juan de Dios, San Andrés del Rabanedo. [3]Hospital San Juan de Dios, Burgos.

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más grave de los pacientes ancianos con osteoporosis. En España tiene incidencia anual de 500 casos/100.000 ancianos. La edad media es cerca de 80 años y frecuencia mayor en mujeres. Las complicaciones en el posoperatorio, y su reintegración al medio habitual es el principal objetivo asistencial (González Montalvo et al. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:239-51). Los equipos de ortogeriatría son cruciales para la recuperación funcional mediante una correcta valoración y medidas de intervención (Tarazona Santabalbina et al. Clinical Interventions in Aging. 2016;11:843-56).
Objetivos: Analizar el perfil del paciente que ingresa posoperado de cadera a la unidad de media estancia.
Métodos: Muestra: 17 pacientes post-operados de cadera. Estudio prospectivo y observacional en pacientes posoperados de cadera, durante 6 meses en 2016, características clínicas, demográficas, antecedentes personales, datos clínicos, situación funcional, medición de la fuerza de prensión con un dinamómetro.
Resultados: De los 17 pacientes la edad promedio era 87 años, la mayoría mujeres (12) y hombres (5), tiempo de demora quirúrgica 5,17 días, tipo prótesis parcial de cadera (14) y prótesis total de cadera (6), vivían con su familia 14 pacientes, media de fármacos 5,8, índice de Charlson ajustado por edad de 6,4, Fuerza de prensión promedio en mujeres 8,9 kilos y en hombres 21,6 kilos, índice de Barthel basal 65, al ingreso 23 y al alta 44, FAC basal 3,1, ingreso 0,4, y al alta 2,1; 8 pacientes al alta caminaban con andador, complicaciones durante el ingreso más frecuente: anemia 16 pacientes, estreñimiento 11, delirium 5, úlceras por presión 5, malnutrición 3, retención aguda de orina 2, depresión 2; analíticas: HB 10,36, sodio 139, potasio 4,5, Vit D 9,9; altas a su domicilio 7 pacientes; exitus 1, pacientes con demencia avanzada 3.
Conclusiones: Recalcamos la importancia del geriatra dentro del equipo de ortogeriatría para realizar una valoración de la situación funcional, y poder intervenir en recuperación funcional.

Bibliografía:
González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, et. al. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(4):239-51.
Tarazona Santabalbina F, Belenguer-Varea A,Rovira E, Cuesta-Peredó D. Orthogeriatric care: improving patient outcomes. Clinical Interventions in Aging 2016:11 843-856.

PC-048. PERFIL DE PACIENTES CON ANEMIA TRANSFUNDIDA EN UNA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA VALORADA POR UN GERIATRA

A. Suero Roiz, A. Bobo Sow, E. Ridruejo Gutiérrez, M.C. Macías Montero, A. Pascual Muñoz, L. Hünicken y M.T. Guerrero Díaz
Hospital General, Segovia.

Introducción: Uno de los procesos quirúrgicos más frecuentes en el anciano y con mayor morbimortalidad es la fractura de cadera. Se relaciona con un elevado consumo de sangre en los centros hospitalarios. La prevalencia de la anemia en el paciente con fractura de cadera se encuentra entre el 20 y el 45%. En el anciano se asocia con múltiples procesos y se ve acentuada por la hemorragia tras la fractura y en el perioperatorio. La anemia y la transfusión son importantes factores independientes de riesgo de morbimortalidad postoperatoria.
Objetivos: Analizar y valorar la relación existente entre la morbimortalidad tras la fractura de cadera en los ancianos y la necesidad de transfusión por anemia de los pacientes ingresados.
Métodos: Recogida prospectiva de los datos demográficos y clínicos de los pacientes que se han sometido a cirugía de cadera en la Unidad de Ortogeriatría durante los años 2014 y 2015. Análisis estadístico descriptivo de las variables cuantitativas con comparación de medias mediante prueba t de Student y de las variables cualitativas mediante chi^2.
Resultados: Ingresaron en la unidad 405 pacientes, 77% eran hombres y 23% mujeres con una edad media de 87 años y desviación típica de 6. 65% tuvieron fractura pertrocantérea (260 pacientes) y 85% han sido operados. La mayoría de los pacientes no requirieron transfusión sanguínea y de los que la recibieron (205 pacientes), 40% fueron transfundidos con al menos 2 concentrados de hematíes. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y la necesidad de transfusiones, pero si en cuanto al tipo de fracturas ($p = 0,000$). Se observó mayor complicación médica en pacientes transfundidos, resultado estadísticamente significativo ($p = 0,029$). No hubo diferencias significativas en cuanto a la mortalidad al mes y las complicaciones médicas ($p = 0,075$).
Conclusiones: La mortalidad en pacientes con necesidades transfusionales no experimenta aumento significativo, a pesar del mayor número de complicaciones médicas asociadas a las fracturas de cadera. Esto se explica por el importante papel que juega el equipo interdisciplinar formado por geriatras, traumatólogos y rehabilitadores.

PC-049. CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL SIGLO XXI. ¿CÓMO LLAMO A MI GERIATRA?

J. Alonso Ramírez, R. Paz Maya, D. Cabeza Jaén, N. Herrera Fernández y S. Alfonso Gómez
Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife.

Introducción: La actividad asistencial en las unidades de geriatría se extiende más allá de la mera práctica clínica habitual. Algo tan simple como un dispositivo de interconsultas telefónicas en la era de la tecnogeriatría parece no ser tan prevalente como necesario.
Objetivos: Potenciar el registro de consultas telefónicas en la unidad de geriatría y analizar el perfil de usuario para poder dar una asistencia continuada y especializada de forma no presencial.
Métodos: Estudio observacional trasversal descriptivo de una muestra de 71 pacientes que consultaron vía telefónica a la unidad entre el septiembre/16 y febrero/17.
Resultados: Con una media de edad de 83,62 años (61-105, DE ± 8,66). El 59,2% eran mujeres. El motivo de consulta más frecuente fueron los síntomas médicos seguidos de la solicitud de informes médicos y los resultados analíticos. Los síntomas o signos médicos más prevalentes fueron la agitación (21,4%), la inmovilización (9,5%) y la clínica urinaria (9,5%). Los hijos son los consultores más frecuentes con un 59,7%. El Barthel medio de los pacientes fue de 62,6 puntos, el 48,6% de la muestra presentaba deterioro cognitivo moderado y un 21,4% de las consultas se realizó en pacientes sin deterioro. La mayor parte de las consultas se realizaron desde el entorno familiar (83,9%). Casi la mitad de las consultas (43,7%) precisó de modificación terapéutica, siendo el incremento de la medicación y la prescripción de nuevos fármacos la estrategia terapéutica más optada. El 80% de las consultas se resolvieron en dicha intervención, solo en un cuarta parte de las ocasiones (18/71) se requirió derivación, en cuyo caso la Atención geriátrica a domicilio y la consulta geriátrica preferente fueron las citas más generadas.

Conclusiones: La puesta en marcha de soporte de consultas telefónicas adscritos a las unidades de geriatría da un valor añadido a la práctica clínica y un soporte a las familias. A pesar de que dicha práctica se lleva realizando en nuestro servicio desde hace años, la implementación de dicho registro nos permitirá conocer y cuantificar el alcance de nuestra actividad y proporcionar una mejor calidad asistencial a nuestros pacientes.

PC-050. DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE CANDIDATOS A TAVI

C. Oñoro Algar[1], F.J. Martínez Peromingo[1], M.E. Baeza Monedero[1], C. González de Villaumbrosía[1], A.R. Murillo Martín[2], I. Navas Clemente[1] y R. Barba Martín[1]
[1]Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles. [2]Hospital Santa Bárbara, Puertollano.

Objetivos: Definir un procedimiento para el cribado de anciano frágil con estenosis aórtica grave previa a la realización de TAVI con el propósito de ayudar en la toma de decisiones sobre su tratamiento.
Métodos y resultados: EUROSCORE y STS utilizados para evaluar riesgo por parte de cardiólogos y cirujanos torácicos sobreestiman riesgo y no miden fragilidad, teniendo el doble de mortalidad al año los pacientes diagnosticados de ésta última. Se evalúan por nuestra parte los pacientes mayores de 75 años candidatos a TAVI en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, cinco hasta el momento desde octubre de 2016. Se recoge Barthel, Lawton, Frail, SPPB, Pfeiffer, Charlson, MNA, EuroQ 5L-5D y se filian los pacientes como robustos, frágiles o de mal pronóstico con enfoque paliativo. De ellos un 80% fueron filiados como frágiles y no se le realizó TAVI y un 20% fueron robustos, es decir, uno de los cinco, implantándose la válvula percutánea, con una tasa de éxito del 100%. La media de edad fue de 87 años y ninguno de los los mismos falleció al mes, a diferencia de últimos estudios que sitúan la mortalidad al mes en torno un 9%. Tampoco hubo complicaciones significativas, no se produjeron ictus ni complicaciones vasculares, a diferencia por ejemplo del estudio PARTNER que presentaba un 5% y 16,2% al mes respectivamente.
Conclusiones: La detección de pacientes frágiles en candidatos a TAVI parece de especial relevancia en la toma de decisiones, dado que filiar al paciente como frágil implica posiblemente un peor pronóstico en el caso de implantar de manera percutánea una válvula que aquel que no lo es. Aun así, nuestra muestra todavía es muy pequeña y tendremos que evaluar mortalidad y complicaciones a 6 meses y 12 meses.

PC-051. PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

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

Objetivos: La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función. Nuestro objetivo ya en 2016 fue 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 y el S de Geriatría. Proseguimos dicho estudio desde enero 2017 ampliando el proyecto a un nivel multidisciplinar, con la colaboración del EAP de Zaragoza (CS Almozara) y nuestro Servicio de Geriatría. Nuestro objetivo principal consiste en orientar y entrenar al paciente anciano, con situaciones de pre o fragilidad, detectadas en consultas de Atención Primaria, con recomendaciones nutricionales y de estilos de vida en su domicilio, para prevenir discapacidad.
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, mediante una herramienta que detecta el deterioro incipiente SPPB (Short Physical Performance Battery, 0 peor-12 mejor). En pacientes con SPPB < 10 según orden de llegada a la consulta, se elige de forma aleatoria a un grupo de intervención con respecto a un grupo control con seguimiento a los 6 meses y al año para revalorar la eficacia del programa. Variables a analizar: edad, sexo, niveles de albúmina, vit D, número de fármacos, I. Barthel, caídas, ingreso y fallecimiento a los 6m y al año, percepción subjetiva de salud. Análisis grado de adherencia.
Resultados: Esperables (hipótesis): el grupo de intervención con buena adherencia es esperable que mantenga o mejore su funcionalidad con respecto al grupo control con mejoría en su calidad de vida y retraso de su discapacidad. Si tenemos resultados positivos sería un programa a introducir en otros Centros de Salud.

PC-052. ÍNDICE DE FRAGILIDAD-VIG (IF-VIG): EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD A 3 MESES EN UN MEDIO RESIDENCIAL GERIÁTRICO

N. Lema[1], P. Garmendia[1], J. Uranga[1], M. Epeldegi[1], O. Bueno[2], J.J. Calvo Aguirre[3] y M. Ugartemendia Yerobi[4]
[1]Residencia Zorroaga, San Sebastián. [2]Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. [3]Servicios Sociosanitarios Gipuzkoa (SESOSGI), San Sebastián. [4]Escuela Universitaria de Enfermería del País Vasco, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: La toma de decisiones en la población geriátrica está sometida a muchas variables, que en ocasiones dificulta la toma de las mismas. La publicación del IF-VIG (Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016), permite disponer de una herramienta pronóstica de mortalidad para dicha población en el medio hospitalario. Nos hemos planteado conocer el valor premonitorio de esta herramienta en la población geriátrica institucionalizada con la que trabajamos.
Métodos: Administramos y evaluamos el IF-VIG a los ingresos habidos a partir del 1/1/2017 y a la totalidad de la población previamente institucionalizada en la residencia, entre el 31/1/2017 y el 20/02/2017. La administración de la herramienta ha sido realizada por 3 enfermeras geriátricas con formación específica supervisadas por un médico geriatra. En total se ha evaluado a 306 residentes con una edad media de 83,67 años.
Resultados: Siendo el valor máximo de 1 y el mínimo de 0 en el IF-VIG, el resultado medio de las 306 evaluaciones ha sido de 0,39, y establecemos 8 puntos de corte con los resultados que se presentan en la tabla. Tras el primer mes de seguimiento, se han producido 10 fallecimientos (5,49%), todos ellos en personas con un IF-VIG > 0,4. Presentaremos los resultados pormenorizados por subgrupos del seguimiento a los 3 meses.

Grupo	IF-VIG	Número	Edad media	Mortalidad (%)
A	0-0,09	17	74,65	0
B	0,1-0,19	17	75,43	0
C	0,2-0,29	50	78,44	0
D	0,3-0,39	40	84,61	0
E	0,4-0,49	106	86,18	4,7
F	0,5-0,59	52	87,72	5,7
G	0,6-0,69	24	85,44	8,3
H	≥ 0,7	0		

Conclusiones: El IF-VIG puede ser una herramienta útil para el abordaje de los cuidados y la toma de decisiones, por su correlación con la expectativa de mortalidad.

Bibliografía:
Jordi Amblàs-Novellas, Joan Carles Martori, Núria Molist Brunet, Ramon Oller, Xavier Gómez-Batiste, Joan Espaulella Panicot. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016.

PC-053. VALORACIÓN INTEGRAL Y CUIDADOS EN PACIENTES DEMENTES EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

F. Moreta Lora, M. Graupera Cuquet, O. Arias Varela, C. Ismael y R. Cristófol Allue
CSS Antic Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, Mataró.

Objetivos: Análisis descriptivo de las necesidades de los pacientes con demencia avanzada que ingresan en el área de Psicogeriatría de un centro sociosanitario para continuar tratamiento de enfermedad aguda o trastornos conductuales.
Métodos: Se realizó una valoración integral incluyendo situación clínica de todos los pacientes ingresados en la unidad Psicogeriátrica rellenando a título póstumo (sólo en los pacientes que fallecieron) un formulario diseñado con la intención de recoger datos de los pacientes fallecidos desde agosto a diciembre de 2016 que nos permitan hacer un análisis de los cuidados que conllevan los pacientes que llegaron a situación de final de vida durante el ingreso. Entre los cuidados se encuentran: valoración del estado nutricional, situación funcional, síndromes geriátricos, disfagia, necesidad de asesoramiento psicológico, días de tratamiento activo hasta sedación, tratamientos empleados, relación del cuidador con el paciente y procedencia del paciente previo al ingreso.
Resultados: Se obtuvieron los datos de 10 pacientes que ingresaron y fallecieron en el período previsto de los cuales los familiares aceptaron dar la información. 6 de los pacientes eran mujeres. Edad media 85.4 años (rango 70-93 años). Disfagia conocida previo al ingreso 2 pero todos los pacientes desarrollaron disfagia como parte del deterioro global. Solo uno de los pacientes no tenía un Barthel de 0 (25). Todos los pacientes presentaban más de un síndrome geriátrico sin contar la demencia. 3 de los pacientes estaban institucionalizados, el resto vivían en sus domicilios o de un familiar de primer grado. 3 de los cuidadores principales necesitó asesoramiento psicológico, (de los cuidadores no profesionales en domicilio). Tipos de demencias: 3 Alzheimer, 2 Vascular, 1 mixta, otras demencias 4. Síntomas que angustiaban a los cuidadores: disnea 4, disconfort/posibilidad de dolor 1, agitación 1, apraxia deglutoria 2, negativa a la ingesta 2.
Conclusiones: Gran necesidad de cuidados al final de vida de los pacientes precisando valoración y adecuación del tratamiento en últimos días de vida. Necesidad de atención y soporte a los familiares de los pacientes con demencia en situación de final de vida. Complejidad de los cuidados y necesidad de trabajo en equipo.

PC-054. LA INTERVENCIÓN "OSSEBO" PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS PERJUDICIALES EN MUJERES MAYORES

D. Sánchez Pardo
Siel Bleu España, A Coruña.

Objetivos: Evaluar efecto de programa de ejercicio físico (2 años) sobre la prevención de caídas en mujeres de 75-85 años. Los resultados secundarios incluyen las capacidades funcionales, el miedo a caer y la calidad de vida. Este estudio ayudará a determinar la eficacia de un programa de prevención de caídas a gran escala y los factores que potencialmente pueden ayudar a su éxito.
Métodos: Se aplicó enfoque pragmático. Las mujeres de 75 a 85 años que vivían en comunidad eran elegibles si habían disminuido equilibrio o capacidad de andar (evaluado por tiempo que tomaron en caminar curso de 6 metros y la prueba de caminata tándem. Se utilizaron pruebas funcionales para seleccionar mujeres. Excluimos los más frágiles (aquellas que tomaron > 12,5 segundos) o fueron Incapaces de mantenerse en pie durante 10 segundos con los pies juntos, por alto riesgo de caer. Estudio realizado en 20 sitios de 16 grandes ciudades en Francia. Reclutamiento centralizado organizado (en Inserm CESP). Se utilizaron listas para identificar a todas las mujeres de 75 años en la comunidad, cerca de los sitios de estudio. Recibieron invitaciones para un examen de salud y equilibrio. Los exámenes se realizaron en los departamentos geriátricos del hospital local o Centros de salud, siendo realizados por examinadores UNESCO, especialmente contratados y capacitados para el estudio.
Resultados: Hubo 305 caídas perjudiciales en grupo intervención y 397 en grupo control. La diferencia en lesiones graves (68 en el grupo de intervención y 87 en grupo control) fue del mismo orden de magnitud. A los dos años, las mujeres del grupo de intervención estaban significativamente mejor en todos los exámenes. La percepción de su función física fue significativamente mejor que las mujeres en el grupo de control. Entre las mujeres que iniciaron la intervención (n = 294), La mediana del número de sesiones de grupo atendidas fue de 53.
Conclusiones: Un programa de reciclaje de equilibrio progresivo de dos años, combinando sesiones semanales de grupo e individuales resulta eficaz para reducir las caídas perjudiciales y mejorar la función física medida y percibida en mujeres de 75-85 años en riesgo de caer.

PC-055. COLOCACIÓN DE SONDAS DE NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

L. Martínez Lado[1], E. López Álvarez[2], P. Mañana Rendal[3], S.M. Barros Cerviño[4], G. Gómez Sedano[4], R. Malfeito Jiménez[4] y C. Calviño Díaz[4]
[1]Centro Médico Mapfre, A Coruña. [2]Hospital Monte Naranco, Oviedo. [3]Centro Médico Osteoger, A Coruña. [4]Hospital Lucus Augusti, Lugo.

Objetivos: Describir las características y la evolución clínica de los pacientes geriátricos tras el inicio de nutrición enteral hospitalaria, la aparición de complicaciones y la mortalidad asociada, así como el grado de satisfacción de los cuidadores.
Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en un servicio de Geriatría a los que se les colocó sondas de nutrición enteral en un período de 2 años. Realizamos un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses después del alta, valorando la aparición de complicaciones, la mortalidad y el grado de satisfacción del cuidador.
Resultados: Pacientes: n = 103, con una edad media de 84 ± 7 años, 57,3% varones, con deterioro funcional severo (91,3% Katz G) y cognitivo 94,1% (62,1% GDS 7). La media del índice de comorbilidad de Mitchell fue elevada (11,6 ± 2,7). Un 32,4% de los pacientes tenían úlceras por presión y un 53,5% polifarmacia. El tipo de sonda más empleado fue la gastrostomía en un 52% de los casos. La principal indicación para la colocación fue la disfagia en la demencia severa y el accidente cerebrovascular, con un 43,1% y 33,3%, respectivamente. Evidenciamos un 37,3% de complicaciones secundarias al sondaje, siendo las más frecuentes: aspiración (48,7%), extracción de sonda (46,2%) y contención mecánica del paciente (10,3%). La mortalidad global fue de 74,3% (78,6% fallecieron en el primer trimestre), con una mediana de seguimiento de 2 meses. La satisfacción del cuidador con el proceder resultó excelente; a la conclusión del seguimiento el 90,3% de los familiares opinó que fue una decisión acertada y el 81,6% volverían a tomar la misma decisión.
Conclusiones: La mortalidad a corto plazo de los pacientes con sondas de nutrición es elevada, así como la aparición de complicaciones. A pesar de lo anterior, el grado de satisfacción del cuidador con el proceder resultó excelente.

PC-056. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS DE LA DEMENCIA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

C. Fernandes Valverde, M.A. Zelada Rodríguez, N. Muñoz Mateu, L. García de Uriarte, M. Valero Carrasque y D. Rodríguez González
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: Determinar la relación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) con los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD´s) en una Unidad de psicogeriatría.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en una Unidad de Psicogeriatría durante el periodo: enero a diciembre de 2015. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (HTA, DLP, obesidad, DM y comorbilidad según I. Charlson), funcionales (I. Barthel basal, al ingreso y al alta) y cognitivas conductuales (MEC, NPI-Q total/gravedad/estrés del cuidador). Se incluyeron todos los pacientes con el diagnóstico de demencia según el DSM V, estadios GDS 4-7b; excluyéndose: menores de 65 años, demencia en estado terminal (GDS-FAST 7c) y demencia secundaria a trastornos psiquiátricos. Para analizar las variables de distribución normal se utilizó Chi cuadrado (v. cualitativas) y T-Student (v. cuantitativas); en el caso de No normalidad se aplicó la U de Mann Whitney, utilizando el programa estadístico SPSS Versión 15.
Resultados: Se incluyó 107 pacientes, predominando el sexo femenino en 69% de los casos, la edad media fue de 84, 8 años (± 8). Los tipos de demencias más frecuentes fueron: demencia mixta (72,6%), enfermedad de Alzheimer (24,8%) y demencia vascular (11,5%). La prevalencia de los FRCV fue; hipertensión arterial (73%), diabetes mellitus (32%) dislipemia (37%) y obesidad (6%). Entre los SCPD´s destacaron: apatía (48%), irritabilidad (43%), alucinaciones (38%) y trastorno del sueño (35%). En el análisis univariante, no se encontró relación estadísticamente significativa entre los FRCV con los SCPD´s a nivel global mediante la escala NPI-Q total/gravedad/estrés del cuidador. También se analizó los FRCV con cada uno de los SCPD´s de manera independiente, encontrándose asociación estadísticamente significativa en el caso de irritabilidad y obesidad.
Conclusiones: No se demostró relación estadísticamente significativa entre los FRCV con los diferentes tipos de demencia. Se encontró relación estadísticamente significativa entre obesidad con irritabilidad, no así en el resto de los FRVC y SCPD´s estudiados de manera individual.

PC-057. PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: MORTALIDAD Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

S. Bernades Teixidó[1] y E. Descals Singla[2]
[1]Hospital Sagrat Cor Martorell, Martorell. [2]CAP Bages, Manresa.

Objetivos: Evaluar la tasa de mortalidad de pacientes crónicos complejos comunitarios atendidos por un equipo especializado de atención domiciliaria. El recurso utilizado en la fase terminal y los motivos que desencadenaron el traslado al servicio de urgencias del hospital comarcal de referencia, pueden indicarnos en que podemos mejorar la atención al final de la vida de este perfil de pacientes.
Métodos: Realizamos un análisis descriptivo de los pacientes comunitarios atendidos durante un año por el Equipo de Soporte y Evaluación Socio-sanitaria. Analizamos la tasa de mortalidad y lugar de fallecimiento, y concretamente cuales fueron las circunstancias que provocaron el traslado al hospital comarcal.
Resultados: Durante el año 2015 se atendieron 328 pacientes. La distribución por sexo/edad fue 53% hombres y 47% mujeres, y el 80% tenían más de 65 años de edad. En cuanto al perfil de paciente atendido; el 13% era geriátrico complejo, el 24% demencia y el 63% paliativo. La tasa de mortalidad fue del 46% con la siguiente distribución: 47,4% fallecieron en el domicilio, 17,7% en el hospital comarcal, 21,7% en la Unidad de Cuidados Paliativos, 5,3% en la residencia y 7,9% fuera del territorio. De los pacientes que fallecieron en el hospital comarcal analizamos las causas; en un porcentaje elevado de pacientes (40,7%) el seguimiento domiciliario del Equipo de Soporte fue inferior a 4 visitas, se rechazó el ingreso en cuidados paliativos en el 22,3%, acudió a urgencias por un proceso agudo el 18,5%, y se trataba de un domicilio frágil por la situación socio-económica en el 18,5%.
Conclusiones: Los pacientes crónicos, especialmente los de alta complejidad, pueden beneficiarse de la intervención de un equipo de soporte domiciliario, para garantizar una atención de calidad al final de la vida. De los pacientes fallecidos en el hospital comarcal en el 40%, el seguimiento domiciliario del Equipo de Soporte fue inferior a 4 visitas. La intervención de los equipos de soporte en fases tempranas, la intervención en las residencias y la coordinación con las unidades de cuidados paliativos aseguran la atención paliativa durante la agonía, sin necesidad que acudan a los servicios de urgencias.

PC-058. APLICACIÓN DEL SEVOFLURANO EN ÚLCERAS VASCULARES

J.F. García Meana[1], B. Cámara Marín[2], E. García Tercero[1], M. Bermúdez de la Granda[2], O. Saavedra Obermann[2], A. Montoya Ortega[1] y J.O. Flores Valderas[3]
[1]Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. [2]Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. [3]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: En la medicina es bien conocido el uso del sevoflurano como anestésico general inhalado, tanto en el proceso de inducción como en el mantenimiento de la anestesia general. Dicho efecto se ha asociado a sus efectos sobre el SNC, no siendo tradicional su empleo por otras vías que no sean inhaladas al considerarse que no poseía más efectos fisiológicos. Sin embargo, la experimentación y el uso clínico de este producto han llevado a algunos autores a especular con la posibilidad de nuevos efectos a través de otras vías. Dichas experiencias nos han llevado a investigar si dichos efectos han sido verificados por otros autores y qué evidencia hay al respecto en la literatura.
Objetivos: Valorar la presencia de un efecto analgésico periférico y bactericida cuando se usa de forma tópica sobre el lecho de heridas infectadas y dolorosas.
Métodos: Revisión sistemática de la literatura científica relacionada en las principales bases de datos online.
Resultados: En términos generales se encontró una reducción rápida, intensa y duradera del dolor. No se refirieron efectos secundarios importantes salvo presencia de picor en los bordes de la herida, sin más complicaciones terapéuticas. No especificándose la dosis precisa ni los márgenes terapéuticos. Con respecto a su uso antiséptico, hay un estudio in vitro que demuestra dichos efectos, no se han encontrado más referencias claras que refuercen ese hecho. Además, en este caso no se han concretado las causas de este hecho, lo que dificulta su uso posterior. Si se encontró, un incremento de la velocidad de cicatrización, probablemente debido a la sinergia de los dos efectos.
Conclusiones: Si bien los escasos estudios parecen sugerir un importante efecto analgésico aplicado de forma tópica y un probable efecto bactericida, quedan por concretar muchos aspectos (dosis, pautas...) que permitan concretar cuál sería la aplicación idónea del producto. Por otra parte, el sevoflurano presenta dos problemas añadidos: en primer lugar, su elevado precio, que dificulta su uso habitual en la práctica; en segundo lugar, al tratarse de un anestésico inhalado y de fácil evaporación se corre el riesgo de intoxicación o sufrir parte de sus efectos al uso.

PC-059. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN GERIÁTRICA EN PACIENTES ANCIANOS DE RIESGO AL ALTA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS

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

Objetivos: Describir una valoración e intervención multidimensional y multidisciplinar llevada a cabo en pacientes ancianos de riesgo dados de alta de una Unidad de Corta de Estancia (UCE) de Urgencias.
Métodos: Estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes ≥ 75 años de riesgo según escala *Identification of Senior at Risk (ISAR)* al ingreso, en la UCE del hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2016. Un médico geriatra adjunto a Urgencias realizó una valoración geriátrica adaptada y posterior plan de intervención multidimensional y multidisciplinar al alta de

la UCE. Otros investigadores realizaron el seguimiento telefónico a 30 días del alta. Las variables de resultado fueron: reingreso en hospital, deterioro funcional (dependencia severa según Índice de Barthel < 60 no presente de forma basal en la visita índice) y exitus). El estudio fue aprobado por Comité Ético de Investigación del centro.
Resultados: Se incluyeron 180 pacientes con 84 ± 5 años, 110 (61,1%) fueron mujeres. Diagnóstico principal agrupado: 31 (17,4%) Cardiorrespiratorio, 49 (27,5%) Digestivo, 43 (24,2%) Infeccioso, 55 (30,9%) otro. 109 (60,6%) presentaron alta comorbilidad (índice de charlson ≥ 3), 140 (77,8%) polifarmacia (toma 5 o más fármacos), 94 (52,2%) riesgo de Malnutrición (MNA-SF ≤ 11); 25 (13,8%) Prescripción inapropiada según criterios STOPP/START; 38 (21,1%) dependencia severa, 83 (46,1%) demencia o probable deterioro cognitivo (Six Item Screener +), 17 (9,4%) delirium (Confusion Assessment Method+) y 26 (14,4%) vive solo o con dependiente. La estancia mediana fue de 2 (1-3) días. Plan de alta: 157 (87,2%) recibieron intervención clínica y farmacológica, 21 (11,7%) intervención nutricional, 24 (13,3%) intervención funcional, 31 (17,2%) intervención mental y 43 (23,9%) intervención social. En 80 (44,4%) pacientes se solicitó intervención por Enfermería de enlace hospitalaria y/o trabajadora social de Urgencias con intención de mejorar continuidad asistencial. Resultados a 30 días: 23 (12,8%) reingreso hospitalario, 12 (6,6%) deterioro funcional y 2 (1,1%) exitus.
Conclusiones: se presentan los primeros resultados de programa pionero de valoración e intervención geriátrica llevado a cabo en una UCE de Urgencias sobre pacientes ancianos de alto riesgo dados de alta a la comunidad.

PC-060. ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA. DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS

L. Nadal Bares, M. Martínez Toribio, M.F. Ramírez Hidalgo,
N. Prats Pascual, S. Castro Ruiz, J. Giralt Vallés y M. Serrano Godoy
Hospital Universitario Santa María, Lleida.

Objetivos: Las EPC son enterobacterias que han adquirido la capacidad de generar enzimas productoras de carbapenemasas y tienen una amplia capacidad de diseminación en el ambiente sanitario. Las infecciones por EPC están asociadas a elevadas tasas de mortalidad, tienen gran capacidad de diseminación y pueden adquirir características genéticas que les hacen resistentes a la mayoría de antibióticos, lo que supone una limitación importante de las opciones de tratamiento. Nuestro objetivo es describir los casos de infección/colonización por EPC detectados en una unidad de convalecencia.
Métodos: Mediante la revisión de la historia clínica y los resultados de las diferentes pruebas de laboratorio de los pacientes, recopilamos la información relativa a las colonizaciones/infecciones por EPC detectadas durante el año 2016 en una unidad de convalecencia.
Resultados: Durante el año 2016 se Han detectado 6 pacientes colonizados por ECP a nivel rectal, faríngeo y/o axilar. Las cepas detectadas han sido: *K. oxytoca* VIM en 3 pacientes, *E. cloacae* VIM en 1 paciente y *P. aeruginosa* VIM en 2 pacientes. Se les aplicó el protocolo de descolonización, aislamiento de contacto, medidas de limpieza para gérmenes multirresistentes hasta su negativización. Sólo 1 de ellos desarrolló infección por ECP (*E. cloacae* VIM que se aisló a nivel abdominal y que se le trato según antibiograma). Características comunes: 1) Pacientes geriátricos con una media de edad de 83 años (80-88), 4 hombres y 2 mujeres. 2) Procedentes todos ellos del hospital de agudos. S COT (1), Cirugía (1), S MI (2), UGA (2). 3) Portadores de otros gérmenes multirresistentes. 4) Alto grado de dependencia física. Ubicación al alta: 2 fueron exitus, 1 fue trasladado a una unidad de larga estancia y 3 fueron dados de alta a domicilio.
Conclusiones: Es necesario establecer protocolos de detección precoz de EPC en el entorno sociosanitario ya que el traslado de estos pacientes entre distintas unidades hospitalarias constituye un factor de riego conocido para su propagación. La puesta en marcha de medidas de control evitó la propagación de estas EPC al resto de pacientes de la unidad.

PC-061. EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA ODONTOGERIÁTRICO DE VALORACIÓN MÓVIL E INGRESO PARA CIRUGÍA ORAL PROGRAMADA

M.V. Mejía Ramírez de Arellano, B. Garmendia Prieto,
C. Alcaraz López, P. Ruiz Sáenz y J. Gómez-Pavón
Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid.

Objetivos: Definir las características del uso del programa de Odontogeriatría desarrollado en nuestro centro en los últimos 2 años.
Métodos: Programa dirigido a pacientes atendidos por los programas de Atención Geriátrica Residencial y Domiciliaria y la Unidad Geriátrica de Agudos. A través de Telemedicina se le presenta el paciente al odontólogo quien establece el tratamiento a realizar (ingreso para cirugía oral programada o bien extracción en consulta propia de odontología del Hospital). Periodo incluido años 2015, 2016 y 2017. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, síndromes geriátricos, fármacos, comorbilidad, riesgo quirúrgico, y actividad odontológica realizada.
Resultados: 19 pacientes, uno rechazado para cirugía bucal por detección de TVP. N = 18 (84% mujeres, edad media 83,84 ± 7,32 años). Perfil del paciente: 68% con dependencia grave (índice físico de Cruz Roja 4-5), 53% demencia moderada-severa (Índice de Cruz Roja > 3), 74% polifarmacia (> 6 fármacos) 6 fármacos y con índice de comorbilidad y riesgo quirúrgico altos (Charlson > 3- 26% y ASA IV 57,89%). El diagnóstico más frecuente por el que se indicó el ingreso para cirugía bucal fue el de extracción de piezas dentales completas o restos radiculares retenidos con infecciones frecuentes o con complicaciones graves (57,89% y 26,31% respectivamente). La demora quirúrgica media fue de 9,33 días desde el día de inclusión en lista de espera. La complicación hemorrágica (15,79%) fue la complicación quirúrgica más frecuente. La media de piezas extraídas ha sido de 6,38 (rango 2 a 13 piezas).
Conclusiones: Los pacientes de grave dependencia funcional y cognitiva, alta polifarmacia, comorbilidad y elevado riesgo quirúrgico, son los que más se han beneficio del programa de ingreso para cirugía bucal programada.

PC-062. CONSUMO DE OPIOIDES EN UN CENTRO DE CUIDADOS CONTINUOS: CAUSAS, DIFERENCIAS POR GÉNERO Y CONSECUENCIAS

V. Vilar[1], M.A. Mata[2], P.E. Martins[2], A. Maseda[1], L. Lorenzo López[1],
R. López López[1] y J.C. Millán Calenti[1]
[1]*Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.*
[2]*Escuela Superior de Salud, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.*

Objetivos: Conocer y analizar el consumo de fármacos opioides, así como los posibles efectos adversos e interacciones farmacológicas, en una muestra de sujetos de edad igual o superior a 65 años convalecientes en la Unidade de Longa Duraçao e Manutençao, integrada en la Rede de Cuidados Continuados, de la Santa Casa da Misericordia (Bragança, Portugal).
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión integral de 84 expedientes clínicos en formato digital, correspondientes a los años 2014-2016. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, profesión, grado de escolaridad, procedencia clínica, diagnóstico clínico principal y secundario, fármacos consumidos, nivel de dolor, estado funcional (escala Barthel), días de ingreso en la unidad, úlcera por presión, fármacos opioides consumidos (dosis, forma de presentación y duración del tratamiento), uso de fármacos laxantes, existencia de cuidador principal, presencia de profesional médico en la unidad y horas de desarrollo de la profesión y motivo de alta de la unidad.
Resultados: El 22,6% de la muestra consumía opioides, reflejándose un mayor consumo de acuerdo al grado de dolor (p = 0,021). Se

obtuvo una relación estadísticamente significativa (p = 0,006) entre la presencia de úlceras por presión y el consumo de fármacos opioides. Se observó además un mayor porcentaje de consumo por parte del sexo femenino (p = 0,035). El consumo de opiáceos no se relacionó con la prescripción de fármacos laxantes.
Conclusiones: Se identifica la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios específicos para ahondar en los conocimientos de profesionales acerca del correcto manejo de los fármacos opiáceos y sus efectos secundarios.
Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

PC-063. PATOLOGÍA ORAL EN EL ENVEJECIMIENTO

J. Blanco[1], L. Lorenzo López[1], A. Maseda[1], L. Lodeiro Fernández[2], L. Regueiro[1], C. de Labra[1] y J.C. Millán Calenti[1]
[1]Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña. [2]Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña.

Objetivos: El objetivo general es describir las características de las patologías orales más frecuentes en mayores de 65 años y sus principales factores de riesgo. Los objetivos específicos son diferenciar los cambios orales que se producen como consecuencia del envejecimiento, de los cambios patológicos; investigar qué patologías orales tienen mayor potencial de malignización en la población mayor; y resaltar la importancia de una óptima salud oral.
Métodos: Se ha llevado a cabo una búsqueda temática de artículos científicos en las bases de datos "Web of Science", "Medline", "Dialnet" y "Scopus" publicados entre los años 2000 y 2016. Palabras clave: salud oral, envejecimiento.
Resultados: Las caries dentales son las patologías orales más frecuentes ya que más del 95% de las personas las presentan, sobre todo en la vejez. También, es frecuente la aparición de enfermedad periodontal y ambas conducen a severos cuadros de edentulismo, alterando la calidad de vida, la nutrición y la interacción social de las personas mayores. Sus factores de riesgo son la edad, la falta de higiene bucal, la disfunción salival, los hábitos alimenticios y tóxicos, las variables sociodemográficas, el uso de prótesis dentales, el consumo de ciertos fármacos o las enfermedades sistémicas asociadas. La leucoplasia representa un 85% de las lesiones orales con capacidad de transformación maligna, aunque el liquen plano, el lupus eritematoso, la eritroplasia y la fibrosis oral submucosa también presentan cierto potencial de malignización. El cáncer de cabeza y cuello es el sexto tipo de cáncer más frecuente en el mundo y en un 48% afecta a la cavidad oral, sobre todo a la lengua, al labio inferior y al suelo de la boca. En la mucosa oral también puede aparecer una de las infecciones víricas más frecuentes, la del virus herpes simple.
Conclusiones: Se concluye la necesidad de intervenir sobre factores potencialmente modificables como la falta de higiene bucal, los hábitos alimenticios, los fármacos, y el uso de prótesis dado que son factores de riesgo de enfermedad dental en población geriátrica, que afectan notablemente a la calidad de vida.
Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

PC-064. ¿EXISTE ALGÚN CRITERIO DE LINDA FRIED QUE MEDIDO DE MANERA INDIVIDUAL SE CORRELACIONE CON LA FRAGILIDAD? PROYECTO FRAILCLINIC

A. Sanz González[1], C. Herrera Bozzo[2], O. Saavedra Obermann[2], J.M. Arche Coto[2] y J.J. Solano Jaurrieta[2]
[1]Fundación Hospital de Avilés, Avilés. [2]Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Introducción: ¿Existe algún ítem dentro de los 5 criterios de Linda Fried que medido aisladamente se correlacione con fragilidad de igual manera que la velocidad de la marcha? Si no se puede medir velocidad de la marcha ¿se podría estimar fragilidad mediante el resultado de la fuerza de prensión en mano dominante?
Métodos: Estudio descriptivo prospectivo que incluye pacientes mayores de 75 años valorados en consulta externa o ingresados en el servicio de cirugía general, para cirugía urgente o electiva, en hospital de tercer nivel, desde agosto 2014 hasta febrero 2015. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, estado mental, polifarmacia, pluripatología y mortalidad a 12 meses, y se realizó el análisis según criterios de Linda Fried.
Resultados: Total 172 pacientes. 18% robustos, 52,1% prefrágiles y 29,9% frágiles. En frágiles (n = 50), 58% eran mujeres, 42% menores de 80 años, 46% estaba casado/divorciado. 16% eran independientes, 10% eran dependientes grave, y 74% dependientes leve-moderados (22% y 52% respectivamente). 55,1% tenía estado de ánimo normal, 21,3% deterioro cognitivo moderado y 2,1% grave. 66% tenía polifarmacia y 52% era pluripatológico. Mortalidad a 12 meses fue del 25%. En análisis de regresión para medir correlación entre fragilidad y cada uno de los ítems de Linda Fried de manera aislada se obtuvo relación estadísticamente significativa entre fragilidad y la velocidad de la marcha p = 0,004, sensación de cansancio p = 0,011 y la pérdida de peso p = 0,001.
Conclusiones: Para nuestra población de estudio: Existe correlación entre fragilidad y la medición aislada de velocidad de la marcha, la sensación de cansancio y pérdida de peso. Si velocidad de la marcha no puede medirse, la medición aislada de la sensación de agotamiento y la pérdida de peso, obtiene correlación con fragilidad (p < 0,005). La fuerza de presión en la mano dominante, no obtuvo correlación con fragilidad (p = 0,705).

PC-065. PERFIL DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS VALORADOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL SEGÚN LOS CRITERIOS DE FRAGILIDAD DE LINDA FRIED; ¿QUÉ VARIABLES MANTIENEN CORRELACIÓN CON LA FRAGILIDAD? ESTUDIO FRAILCLINIC

A. Sanz González[1], C. Herrera Bozzo[2], O. Saavedra Obermann[2], J.M. Arche Coto[2] y J.J. Solano Jaurrieta[2]
[1]Fundación Hospital de Avilés, Avilés. [2]Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Describir según Fried el perfil de pacientes mayores de 75 años valorados en cirugía general de hospital de tercer nivel. Analizar si existe correlación entre estadios de Fried y grado funcional y mental. Determinar que variables se correlacionan con fragilidad.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, incluye pacientes mayores de 75 años valorados en consulta externa o ingresados en cirugía general, para cirugía urgente o electiva, en hospital de tercer nivel, desde agosto 2014 hasta febrero 2015. Recogimos variables sociodemográficas, funcionales, estado mental, polifarmacia, pluripatología y mortalidad 12 meses, y realizamos análisis según criterios de Fried.
Resultados: 172 pacientes. 18% robustos, 52,1% prefrágiles y 29,9% frágiles. Robustos (n = 30), 86,6% varones, 80% menores de 80 años, 76,6% casado/divorciado. 83,3% independientes y ninguno dependiente grave. 100% con perfecto estado ánimo, 42% deterioro cognitivo leve. 46% polifarmacia y 26% pluripatológico. Mortalidad 12 meses 0%. Prefrágiles (n = 87), 61% varones, 54% menores de 80 años, 67% casado/divorciado. 66,6% independientes, 2,3% dependientes grave. 88,4% adecuado estado de ánimo y 92% dudoso deterioro cognitivo o leve. 55,1% polifarmacia y 56,32% pluripatológico. Mortalidad 12 meses < 5%. Frágiles (n = 50), 58% mujeres, 42% menores de 80 años, 46% casado/divorciado. 16% independientes, 10% dependientes grave, y 74% dependencia leve-moderada. 2% depresión grave, 55,1% ánimo normal, 21,3% deterioro cognitivo moderado y 2,1% grave. 66% polifarmacia y 52% pluripatológico. Mortalidad 12 meses 25%. El estudio de regresión logística determinó correlación con fragilidad y dependencia, estado de ánimo y pluripatología (p < 0,05).

Conclusiones: Para nuestra muestra: Los robustos son en su mayoría varones, generalmente menores de 80 años, viven en pareja con buena situación funcional previa al ingreso en un servicio de cirugía general. Algo semejante sucede en prefrágiles. En los frágiles, hay más mujeres, mayores de 80 años que viven solas. Son más dependientes; pudiendo estar en relación con aumento de esperanza de vida para la mujer. La dependencia, puede relacionarse con la edad y con la comorbilidad y polimedicación. Parecía existir relación entre estado civil y fragilidad. Lo mismo ocurría con mortalidad y fragilidad. Sin embargo, en el estudio de regresión logística, la fragilidad solo se correlaciona con dependencia, estado de ánimo y pluripatología.

PC-066. VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD Y LA SITUACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES ANCIANOS CON PATOLOGÍA VALVULAR GRAVE SUBSIDIARIOS DE CIRUGÍA

A. Alfaro Acha, J. Losa Reyna, S. Martín Braojos, M.I. Uceta Espinosa, F. Solís Ovando, L.F. López Almodóvar y A. Cañas Cañas
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de fragilidad y situación funcional en pacientes ancianos ≥ 70 años con patología valvular severa subsidiarios de cirugía cardiaca y dependiendo de los resultados reevaluar la indicación de cirugía, implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) o tratamiento conservador.
Métodos: En la Unidad de Fragilidad se evaluaron los pacientes ≥ 70 años con patología valvular severa subsidiarios de cirugía, derivados desde las consultas de Cirugía Cardiaca de manera consecutiva. Se recogieron características demográficas, hábitos tóxicos, comorbilidad, medidas antropométricas, situación funcional [Índice Barthel (IB) e Índice Lawton (IL)], cognitiva, anímica, valoración nutricional (Mini Nutritional Assessment), actividad diaria (Physical Activity Scale for the Elderly), pruebas de funcionalidad física [Short Physical Performance Battery (SPPB), velocidad de la marcha y fuerza de prensión manual] y el fenotipo de Fragilidad según L. Fried. Dependiendo de los resultados se reevaluaron por el *Heart Team* aquellos paciente con alto riesgo quirúrgico.
Resultados: Un total de 26 pacientes (42% mujeres) fueron evaluados con una edad media 82 años (71-90). Un 88,4% fueron derivados por padecer una estenosis aórtica severa y un 11,5% patología mitral severa. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (77%), dislipemia (54%) y enfermedades reumatológicas (27%). El 92% de los sujetos tenían un IB > 80. Los valores del SPPB fueron 0-3 (7,6%), 4-6 (15,3%), 7-9 (38,4%) y 10-12 (38,4%). La prevalencia de fragilidad fue del 30,7% (57,6% pre-frágil y 11,5% robustos). A los pacientes robustos y pre-frágiles se les dieron pautas de ejercicio, alimentación y fueron intervenidos. Los pacientes frágiles fueron reevaluados por el *Heart Team* y se individualizó la estrategia en cada caso. El análisis descriptivo de la muestra se realizó usando el SPPS 22.0.
Conclusiones: La prevalencia de la fragilidad en este grupo de pacientes es más elevada que en el resto de la población anciana. El SPPB y la escala de L. Fried se correlacionaron bien y estratificaron mejor a los pacientes que el I. Barthel. La valoración de la fragilidad junto con la valoración geriátrica integral son herramientas útiles para estratificar el riesgo quirúrgico, ayudar a la toma de decisiones en el Heart Team y preparar a los sujetos para la intervención.

PC-067. GANGLIÓN DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

A. Sola Mateos[1], M.J. Hernández Sanz[1], M. Gonzalo Lázaro[2], J. Alonso Renedo[2], I. Iraízoz Apezteguía[2] y M. Gutiérrez Valencia[2]
[1]Residencia El Vergel (ANADP), Pamplona. [2]Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Conocer existencia de ganglión en localización muy poco frecuente. Describimos a paciente con hallazgo casual de bultoma en hombro izquierdo con diagnóstico final de ganglión acromio-clavicular.
Caso clínico: Paciente de 88 años institucionalizada (en centro sociosanitario) por dependencia para las ABVD y en hemodiálisis por Enfermedad Renal Crónica estadio 5. Antecedentes de síndrome lacunar, insuficiencia cardiaca y diabetes. Múltiples trastornos osteoarticulares: poliartrosis, aplastamiento vertebral, rotura completa del manguito de los rotadores en hombro derecho. Tendinitis en ambos hombros. En la exploración rutinaria se aprecia tumoración lisa, blanda, no dolorosa, adherida a planos profundos, de 2-3 cm, en región superior de hombro izquierdo, adyacente a articulación acromioclavicular, sin signos inflamatorios perilesionales. No traumatismo ni factor desencadenante previo reconocible, aunque sí clínica dolorosa en ambos hombros con limitación funcional. Se solicita radiografía que no muestra alteraciones óseas ni de partes blandas. Tras consulta con Traumatología, se establece el diagnóstico de ganglión acromioclavicular optando por actitud conservadora.
Discusión: Los gangliones constituyen hallazgo poco frecuente en la localización acromioclavicular, con pocos casos descritos en la literatura. Es una patología benigna y habitualmente asintomática que suele aparecer en individuos de edad avanzada con patología degenerativa de la articulación acromioclavicular y roturas tendinosas masivas del manguito rotador. Suelen ser de crecimiento lento y pueden desaparecer espontáneamente. No suelen presentar complicaciones ni afectar a la función articular, aunque su crecimiento puede causar compresiones nerviosas o limitación de la movilidad articular. El diagnóstico es básicamente clínico. La radiología simple únicamente muestra un aumento de densidad de partes blandas o lesiones articulares degenerativas si las hubiera. La ecografía y/o resonancia magnética permiten comprobar su naturaleza quística y posibilitan el diagnóstico diferencial con neoplasias, aneurismas, adenopatías. El manejo es conservador. El empleo de AINES y las maniobras de aplastamiento son ineficaces, con recidivas tras su desaparición. La exéresis está indicada en caso de ser sintomáticos o por motivos estéticos, optando por la punción evacuatoria o la extirpación completa, incluyendo el pedículo de comunicación. En ambos casos son frecuentes las recidivas, precisando cirugía de las lesiones del manguito rotador y de la articulación acromioclavicular para mejorar los resultados.

PC-068. ARTROSIS DE RODILLA CON DOLOR CON COMPONENTE NEUROPÁTICO EN PACIENTES ≥ 75 AÑOS EN TRATAMIENTO CON OXICODONA/NALOXONA

J.A. Almazán Arjona[1], L.F. Cabañas Enríquez[2], P. Pinto González[3], A. Acosta Pereira[4], R. Sánchez de las Matas[5] y E. Guevara Sierra[6]
[1]Residencia Geriatric XXI, Cúllar Vega. [2]Consulta Privada Dr. Cabañas, Talavera de la Reina. [3]Consulta Privada Dr. Pinto, Ávila. [4]Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. [5]Centro de Consultas Médicas Hermes, Jerez de la Frontera. [6]Hospital de Terrasa, Barcelona.

Objetivos: Determinar la evolución del dolor, discapacidad lumbar y calidad de vida (CdV) de pacientes ≥ 75 años con artrosis de rodilla con dolor moderado-intenso con componente neuropático, 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 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 CdV (termómetro EuroQoL-5D). Se analizaron los pacientes ≥ 75 años con mayor afectación articular en la rodilla y con dolor artrósico con componente neuropático (intensidad $EVA_{0-10} \geq 4$) y cuyo tratamiento fue OXN según criterio del investigador. Los pacientes fueron atendidos mayoritariamente en Unidad de dolor (25,3%), Geriatría (24,2%), Traumatología (16,2%) y Atención Primaria (11,1%).
Resultados: 107 pacientes. Mujeres 70,1%, edad 80 [75-95] años. Todos los pacientes presentan dolor con componente neuropático. El 96,3% con artrosis primaria, siendo la artrosis secundaria postraumática la

artrosis secundaria más prevalente (2,8%). En el 66,4% de los pacientes el tiempo de evolución, transcurrido desde el diagnóstico de la artrosis, fue ≥ 5 años. El 43,9% de los pacientes además de artrosis de rodilla presentaron artrosis lumbar y el 21,5% artrosis en miembros superiores, siendo estas localizaciones sintomáticamente menos relevantes para el paciente. Mejoría significativa del 52,2% del alivio del dolor (ENV_{0-10}), descendiendo la puntuación de 6,7 a 3,2 (basal vs mes 3, p < 0,001). El 80% de los pacientes obtuvieron un alivio del dolor ≥ 30% y un 61% de pacientes alcanzaron un alivio sustancial (≥ 50%). El grado de discapacidad de rodilla mejoró un 33,1% (16,2 vs 10,8, p < 0,001). Mejoría significativa de la CdV del 66,2% (basal vs mes 3) en el termómetro (p < 0,001). El 76,2% de los pacientes han superado sus expectativas en al alivio del dolor (mucho más o algo más).
Conclusiones: Los pacientes ≥ 75 años con artrosis dolorosa de rodilla con componente neuropático obtienen mejoría clínicamente significativa en el alivio del dolor, en la recuperación funcional y la calidad de vida con el tratamiento con OXN.

PC-069. PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE UN SERVICIO DE GERIATRÍA Y RESIDENCIAS. ACTIVIDAD A LOS 3 AÑOS

M. Bidó, M. Mejía, P. Pérez, S. Cachuan, A. Socorro García y J. Gómez-Pavón
Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid.

Objetivos: Describir la actividad de coordinación entre un Servicio Hospitalario de Geriatría y Residencias de Personas Mayores, tras tres años del comienzo del programa.
Métodos: Estudio longitudinal de seguimiento de la actividad realizada en un programa de Coordinación entre el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja y 6 Residencias del Área Norte de Madrid (cerca de 2000 plazas residenciales) desde su inicio el 1-3-2014 al 1-1-2017. El equipo de Atención Geriátrica Residencial está formado por un Geriatra que acude diariamente a las residencias, para atender la demanda de los médicos de residencia y coordinar conjuntamente con enfermería y trabajo social, ingresos, interconsultas y pruebas diagnósticas y así facilitar la atención de estos pacientes. Se analizaron los pacientes que fueron atendidos en este periodo, los ingresos directos en el Servicio de Geriatría sin pasar por urgencias, las pruebas de laboratorio e interconsultas realizadas a otros especialistas, la reducción y ajuste farmacológico realizado, así como seguimientos de final de vida.
Resultados: En los tres años de seguimiento se han atendido 1236 pacientes nuevos, con un aumento creciente de los pacientes valorados. Los pacientes tenían una edad media mayor de 84 años y presentaban deterioro funcional moderado (CRF 3,3) y deterioro cognitivo leve-moderado (CRM 2,34). Durante el seguimiento se apoyó directamente en 82 pacientes el proceso de final de vida en la residencia. Se realizaron 293 ingresos procedentes de las seis residencias, con un 85% de ingresos directos sin pasar por la Urgencia. Se realizaron 354 pruebas complementarias, así como 191 interconsultas con otros especialistas, más de la tercera parte a través de teledermatología móvil geriátrica. Se redujo en casi 2 fármacos el tratamiento de los pacientes evaluados.
Conclusiones: En estos tres años, la Atención Geriátrica Residencial se ha implantado de forma progresiva, favoreciendo la atención al final de la vida, reduciendo polifarmacia e ingresando de forma directa sin pasar por la urgencia.

PC-070. VARIABLES BASALES ASOCIADAS AL TIPO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA APLICADA EN ANCIANOS CON DEMENCIA

F. Uriz Otano[1], M.A. Arizcuren Domeño[2], L. Leache Alegría[2], P. de Gracia Vergara[2], Y. Burguete Vidondo[3] y V. Malafarina[3]
[1]Hospital San Juan de Dios, Pamplona. [2]Residencia Landazábal, Burlada. [3]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Identificar los factores basales funcionales cognitivos, conductuales y sociales que mejor identifican el tipo de intervención terapéutica en ancianos con deterioro cognitivo ingresado en un Centro de Día.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de los usuarios ingresados en una unidad de centro de día. Se recogen datos de edad, sexo, variables funcionales, (Barthel, Tinetti para marcha y equilibrio, instrumentales-Lawton, dependencia, Norton), conductuales (inventario pneuropsiquiátrico-NPI), cognitivas (Minnimental-MMSE, MiniExamen Cognoscitivo-MEC, test del reloj, Pfeiffer, escala cognitiva global-GDS) y sociales (Zarit de sobrecarga). El tipo de intervención fue definida por escalones: El primero (T1) la terapia ocupacional y musicoterapia. En un segundo escalón (T2), se añade la orientación a la realidad al T1. En un tercer escalón (T3), el entrenamiento de actividades básicas al T2. El cuarto escalón (T4) incluye todas las anteriores más la estimulación cognitiva. Se analizó la relación entre las intervenciones (cualitativa) y las variables anteriores (cuantitativas) mediante ANOVA o Kruskal-Wallis. El análisis estadístico se realizó mediante STATA® 13.0.
Resultados: Se incluyeron 42 usuarios, edad media 80,8 ± 8,1 años, siendo el 69% mujeres. En cuando al diagnóstico: 43% enfermedad de Alzheimer, 24% demencia mixta, 17% deterioro cognitivo leve, 10% demencia frontal, 7% demencia con cuerpos de Lewy. Las variables que se asociaron de manera significativa al tipo de intervención llevada a cabo fueron: El grado de deterioro cognitivo medido por el MMSE (p < 0,0001), MEC (p < 0,0001), Pfeiffer (p = 0,0004), GDS (p = 0,0004) reloj (p = 0,038)), la situación funcional medido por el Barthel (p = 0,0128), Lawton (p = 0,0123). No observando asociación estadística (p > 0,05) con el riesgo de caída (Tinetti), los trastornos conductuales (NPI) y parámetros sociales como la sobrecarga familiar (Zarit). Los usuarios que se beneficiaron de la intervención de escalón superior presentaron mayor puntuación en MMSE, MEC, Test del reloj, Barthel, Lawton; y menor puntuación en GDS y Pfeiffer (p < 0,005).
Conclusiones: La enfermedad de Alzheimer constituye el tipo de demencia más frecuente en nuestro medio. Los usuarios que se beneficiaron de intervención terapéutica de escalón superior presentaban mayor puntuación cognitiva y funcional. Factores como el riesgo de caída, los trastornos conductuales asociados, o la sobrecarga familiar, no inciden sobre el tipo de intervención terapéutica administrada.

PC-071. FRAGILIDAD Y VARIABILIDAD DE LA VELOCIDAD DE ZANCADA: ESTUDIO FISTAC

M. López Utiel, I. Huedo Ródenas, S. Lozoya Moreno, L. Plaza Carmona, M. Martínez Reig, M. Esbrí Víctor y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Analizar si la variabilidad de la velocidad de zancada (VVZ) se asocia con el estado de fragilidad y con otros indicadores de función física.
Métodos: Análisis transversal de 147 mujeres de la Unidad de Caídas del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete del estudio FISTAC. Los participantes deambularon cinco veces sobre la plataforma Gait Rite, dos a velocidad normal, una a velocidad rápida, una a velocidad lenta y una con tarea dual (fluencia semántica). La VVZ se determinó dividiendo entre dos la desviación estándar (DE) de la media de la velocidad de zancada derecha e izquierda de las 5 deambulaciones. Se analiza mediante análisis bivariante y multivariante ajustada por edad, comorbilidad, velocidad de marcha e IMC, la asociación entre la VVZ y la fragilidad con criterios Fried, índices de Barthel y Lawton, SPPB, fuerza y potencia muscular y escala FES-I.
Resultados: Edad media 78,4. Barthel 91 (DE 9), Lawton 6 (DE 2,2), Número de criterios Fried 2,7 (DE 1,1), SPPB 7,2 (DE 2,4), FES-I 34 (DE 12), Fuerza prensora 15 kg (DE 6), 1 RM prensa de piernas 56 kg (DE 28), Potencia media máxima 67 W (DE 47), Potencia máxima global 116 W (DE 83), velocidad de marcha 0,62 m/s (DE 0,16). El

número de caídas en el último año fue 3,4 (DE 2,9) por participante. La VVZ según número de criterios de Fried fue: 0 = 29,9; 1 = 22,3; 2 = 20,3; 3 = 16,1; 4 = 14,5; 5 = 14,5 (p < 0,001). La VVZ se asoció de manera ajustada con el número de criterios de fragilidad (B = -0,05; IC95% -0,08 a -0,03; p < 0,001), con índice de Barthel (B = 0,23; IC95% 0,01 a 0,44; p < 0,05), SPPB (B = 0,15; IC95% 0,10 a 0,19; p < 0,001), 1RM (B = 0,84; IC95% 0,17 a 1,51; p < 0,05), potencia media global (B = 1,48; IC95% 0,21 a 2,74; p < 0,05) y FES-I (B = -0,43; IC95% -0,73 a -0,13; p < 0,01), pero no al índice de Lawton ni a la fuerza prensora.
Conclusiones: La variabilidad de la velocidad de zancada se asocia independientemente de la velocidad de marcha con fragilidad y otros indicadores de función física, pudiendo ser un buen marcador de esta condición.

PC-072. UN CAMBIO EN LA PSICOFUNCIONALIDAD EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO REHABILITADOR

N.C. Herrera Fernández, S. Alfonso Gómez, J. Alonso Ramírez y D. Cabezas Jaén
Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife.

Objetivos: Describir las características socio-demográficas, funcionales y cognitivas en la población que ha asistido al Hospital de Día Geriátrico (HDG) de Lanzarote durante el año 2016.
Métodos: Estudio observacional transversal descriptivo realizado sobre un tamaño muestral de 136 pacientes que han acudido al HDG del Hospital Insular de Lanzarote desde enero a diciembre de 2016. Se recogieron diversas variables de interés en una hoja diseñada con dicho fin y, posteriormente, se introdujeron en el programa estadístico PSPP donde se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos.
Resultados: Se incluyeron un total de 61 varones y 75 mujeres (n = 136), con una edad media de 81,90 años (± 6,32). La estancia media fue 15,71 días (± 9,02) y la mayoría de los pacientes fueron derivados desde Consultas Externas (47,06%), siendo la unidad de agudos (33,82%) la segunda fuente suministradora de pacientes. El síndrome de inmovilidad (38,97%) fue el motivo principal de ingreso, seguido del ACV agudo y el ingreso prolongado (11,76%). En el ingreso, la media en el índice de Barthel fue 54,93 y la de fármacos fue 8,74. Al alta, la media se modificó hasta alcanzar 69,71 en el índice de Barthel y 8,99 en el número de fármacos. A nivel cognitivo, en el ingreso, 29,41% no tenían antecedentes personales de deterioro cognitivo, 37,50% tenían deterioro cognitivo leve, 30,15% moderado y 2,94% grave. El destino más habitual fue el domicilio (87,50%), seguido en gran distancia por las Residencias de Ancianos y el Hospital General de Lanzarote (3,68%), presentándose ambos con el mismo porcentaje.
Conclusiones: Los datos sugieren que la asistencia a Hospital de Día repercute de forma favorable en el paciente geriátrico, teniendo su papel en la prevención del deterioro psicofuncional que acompaña a la edad, así como en el retraso en la institucionalización.

PC-073. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS MULTIMODAL SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS: ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO

V. Benavent Caballer[1], A. Sendín Magdalena[2], J.J. Amer Cuenca[1], P. Salvador Coloma[1], G. Biviá Roig[1], J.Á. González Domínguez[1] y P. Rosado Calatayud[1]
[1]Departamento de Fisioterapia, Universidad CEU Cardenal Herrera, Moncada. [2]Clínica Fisioterapia Fisionality, Guadasuar.

Objetivos: Evaluar los efectos a corto plazo de un programa de ejercicios domiciliario multimodal, sobre la capacidad funcional en adultos mayores no institucionalizados.
Métodos: Setenta y cinco adultos mayores no institucionalizados con edades ≥ 65 años, independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria y sin deterioro cognitivo, participaron en este estudio. Tras una evaluación inicial, los participantes fueron aleatoriamente asignados al grupo intervención (GI) o al grupo control (GC). Durante 16 semanas, los participantes del grupo GI realizaron una rutina de ejercicios en su domicilio, basados en el fortalecimiento de la musculatura de miembro inferior y mejora del equilibrio. Las sesiones de ejercicios se realizaron 3 días no consecutivos por semana, con una duración de 45 minutos por sesión, suplementada con 10 minutos de marcha. La variable primaria de este estudio fue la movilidad, mientras que las variables secundarias incluyeron la capacidad funcional de los miembros inferiores, el equilibrio funcional, el equilibrio monopodal, la fuerza de agarre, la capacidad aeróbica, la fuerza de miembros inferiores y la velocidad habitual de la marcha.
Resultados: Los resultados del análisis ANOVA de dos factores de medidas repetidas mostraron una mejora significativa, en la interacción grupo × tiempo, en la movilidad [GI 7,2 (1,8) vs GC 8,6 (2,8), diferencia de medias -1,3, intervalo de confianza 95% (IC) (-2,4 a -0,2); p = 0,018], la fuerza de miembros inferiores [GI 9,2 (2,2) vs GC 11,6 (3,1), diferencia de medias -2,5, IC95% -3,8 a 1,2; p < 0,001] y el equilibrio monopodal [GI 24,9 (20,6) vs GC 14,3 (13), diferencia de medias 10,6, IC95% 2,3 a 18,8; p = 0,013] en el GI en comparación con el GC. El análisis intra-grupo del GI, también mostró una mejora significativa de todas las variables estudiadas, a excepción de la fuerza de agarre.
Conclusiones: Este estudio muestra que un programa de ejercicios domiciliario multimodal, puede mejorar significativamente la movilidad, la fuerza de miembros inferiores y el equilibrio monopodal, en una población de adultos mayores no institucionalizados.

PC-074. PREVALENCIA Y CRIBADO DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES MAYORES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS MÉDICOS

M.N. Vaquero Pinto, C. Miret Corchado, N. Pérez Panizo, B. Ponce Moreno, B. Fernández Jiménez, V. Sánchez Cadenas y A.J. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Conocer la prevalencia de malnutrición en pacientes mayores hospitalizados en servicios médicos y valorar la eficacia de dos herramientas de cribado (MUST y MNA-SF) para detectarla.
Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de todos los pacientes mayores de 60 años ingresados en nueve servicios médicos de un hospital terciario. Los datos fueron recogidos durante una semana en aquellos pacientes con estancia previa o esperada de más de 48 horas. Se excluyeron aquellos en situación de terminalidad, coma, en cuidados paliativos o que rechazaran participar. Se realizó el diagnóstico de malnutrición según criterios ESPEN, y se obtuvo la puntuación en la escala MUST y MNA-SF.
Resultados: Se valoraron un total de 179 participantes (53,3% varones, edad media 79 ± 8,9 años). La prevalencia de malnutrición siguiendo criterios ESPEN fue de un 19,8%. La herramienta MUST encontró un 32% de la población en alto riesgo de malnutrición y un 15,2% adicional en riesgo intermedio. La escala MNA-SF clasificó un 42,5% como malnutridos y un 41,3% en riesgo de malnutrición.
Conclusiones: Uno de cada cinco pacientes mayores hospitalizados en servicios médicos cumple criterios diagnósticos de malnutrición. Los criterios de cribado MUST y MNA sobreestiman esta prevalencia.

PC-075. ACTIVIDAD EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO: CURA DE ÚLCERAS

R. Fortes Martil, A. Muñoz Pascual, R. Gutiérrez Hernando, P. González Manso, E. Guerra Heras, N. González Aceves y M. Montalvo Martín
Complejo Asistencial de Segovia, Segovia.

Objetivos: Analizar las características asistenciales de los pacientes atendidos en Hospital de Día Geriátrico (HDG) por úlceras.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional de todos los pacientes con úlceras desde enero del 2011 a diciembre del 2016. Se elaboró una hoja de recogida con los datos asistenciales.
Resultados: Se analizaron 58 pacientes durante 6 años, 63,8% mujeres, edad media de 85,5 ± 6,2 años. Un total de 1912 sesiones (318 sesiones/año), con una media de 20 ± 30 (1-179) sesiones por paciente. La estancia de 4 ± 4 meses/paciente. La procedencia fue: Consulta de Geriatría 26,5%, por petición familiar 17,6%, Unidad Geriátrica de Agudos 14,7%, Atención Primaria (AP) 14,7%, Ortogeriatría 11,8%, Residencia 8,8% y Dermatología 5,9%. El tipo de úlcera; venosa 39,7%, úlcera por presión 32,8%, traumática 12%, arterial 10,3% y vascular mixta 5,2%. El promedio de úlceras en cada paciente fue de 2 ± 1,6. En cuanto a la profundidad; grado II 13,8%, grado III 46,6% y IV 39,7%. El tiempo de evolución de la úlcera hasta ser derivados a HDG era de 8,4 ± 14,4 meses. A más del 67% de los pacientes se le extrajo cultivo de la herida, con positividad del 93%, recibiendo tratamiento antibiótico sistémico específico el 90%. Se precisó ingreso por la úlcera en un tercio de los pacientes. El 20% acudían a programa completo de HDG. Con una colaboración con A.P en el 80%, precisando seguimiento específico por cirugía en el 19% y por dermatología el 10,3% de los casos. El 46,3% se dieron de alta totalmente curadas, fallecieron durante las curas un 17,5%. Sólo 3 pacientes precisaron amputación y 1 derivación a cirugía plástica. Curaron lo más ancianos, los de menor grado de profundidad, a los que se les extrajo cultivo y los que no precisaron ingreso hospitalario ($p < 0,05$).
Conclusiones: El equipo multidisciplinar de HDG atiende a pacientes con un alto grado de complejidad de curas, en colaboración con A.P, evitando en lo posible el ingreso hospitalario y obteniendo un total de curaciones cercano a la mitad de los casos.

PC-076. GASTROSTOMÍA: NO TE LO TOMES A LA LIGERA

B. Cámara Marín[1], E. García Tercero[2], J.F. García Meana[1], M. Bermúdez de la Granda[1], O. Saavedra Obermann[1], F. Moreno Alonso[3] y J. Flores Valderas[4]
[1]Hospital Monte Naranco, Oviedo. [2]Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. [3]San Juan de Dios, Pamplona. [4]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La alimentación enteral en la demencia avanzada es un tema emotivo. Es probable que esta situación derive en la colocación de una sonda de alimentación a pesar de que haya pruebas de que tal intervención puede no ser eficaz o beneficiosa.
Objetivos: Determinar la supervivencia media tras gastrostomía.
Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo sobre pacientes mayores de 75 años con gastrostomía, realizados en el año 2014, en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle del Complejo Hospitalario de Toledo.
Resultados: De un total de 51 pacientes investigados, 38 contaban con la información mínima para ser incluidos en el estudio, correspondiendo al 74% del total. Las causas patológicas que desencadenan la colocación de GEP están en relación con las complicaciones de broncoaspiración y negativa a la ingesta secundaria a patología de origen neurológico (DTA 55,26%c; DV 10,52%; D. mixta 28,8; ACVA 5,26%). La albumina es el indicador bioquímico que se encuentra disminuido en la mayoría de los pacientes, con una media de 0,5 mg/dl menor al valor de referencia, en cambio la hemoglobina, como las proteínas totales, no se observan tales diferencias. En el presente estudio el 39,47% de los pacientes murió después de la realización de la GEP; dentro de este grupo, 26% falleció entre el día 0 y el día 15, el 40% entre el día 11 y el día 60, y el 44% en un tiempo mayor a 2 meses después de la realización del procedimiento.
Conclusiones: Teniendo en cuenta que aproximadamente el 26% de los pacientes, fallecieron dentro de los primeros 60 días después de la realización GEP y que la mayoría de los pacientes con ese desenlace tenían demencia, sería recomendable que la decisión de este procedimiento la tome una junta multidisciplinaria. En relación a los valores de malnutrición que justifique la colocación de gastrostomía, nos encontramos la albumina, con un rango de normalidad entre 3,5-5 g/dl, es el valor más afectado en estos pacientes, es además, considerado valor pronóstico de mala evolución, y marcador no precoz de reserva proteica visceral.

PC-077. VELOCIDAD DE TITULACIÓN CON TAPENTADOL LP EN PACIENTES OCTOGENARIOS CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

V. Limia Hernández, L. Slonchenko y A.L. García-Machiñena Herrera
Hospital Febles Campos, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción y objetivos: Existen pocos datos del uso de fármacos opioides en el tratamiento del dolor en mayores de 80 años. La elección de opioide debería tener en cuenta la polimedicación de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es iniciar una evaluación de la eficacia y seguridad de tapentadol en el tratamiento de dolor en pacientes mayores de 80 años, evaluando para ello la escalada de dosis que se ha hecho para su titulación analgésica.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes de 80 o más años con dolor de más de tres meses de evolución y pobre respuesta a analgésicos. Criterios de exclusión: contraindicación de opioides, intolerancia de vía oral. Medida del dolor: se analizan parámetros que muestran mejora del dolor y calidad de vida.
Resultados: Se reclutaron 7 pacientes mayores de 80 años, con una media de edad de 83,42 años (rango: 81-86). La dosis media diaria inicial fue de 53,6 mg. Se estudió la curva promedio de titulación de tapentadol. Se observó un incremento promedio diario de tapentadol de 3,5 mg hasta alcanzar la dosis final. La dosis media diaria final de tapentadol fue de 185,7 mg (rango: 50-400). Se consiguió pasar de un promedio de 3,1 fármacos analgésicos pautados a simplificar el tratamiento con sólo Tapentadol. En cuanto a eficacia: en todos los casos se obtuvo una respuesta positiva en el alivio del dolor y mejoría en algunos aspectos de la calidad de vida. En cuanto a seguridad: en 2 casos (28,57%) se observó estreñimiento resuelto con laxante y en 1 caso (14,28%) ocurrió una impactación fecal resuelta mediante laxante y enemas. En ningún caso hubo que suspender el tratamiento. No se observaron otros efectos secundarios.
Conclusiones: En todos los casos se consiguió un mejor control del dolor y una simplificación del tratamiento al introducir el uso de tapentadol. Los datos apuntan a que una particularizada titulación del tapentadol LP minimizaría la aparición de efectos secundarios consiguiendo una buena tolerabilidad en todos los pacientes del estudio. Los escasos efectos adversos detectados son similares a los descritos en población más joven.

PC-078. RESULTADOS INMEDIATOS Y A MUY LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL ANCIANO

M. Vigara García[1], C. Cerdán Santacruz[2], A. Viloria Jiménez[1], J. Cerdán Miguel[2] y P. Gil Gregorio[1]
[1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [2]Clínica Santa Elena, Madrid.

Introducción: Más del 50% del cáncer colorrectal se presenta en sujetos mayores de 70 años, y su prevalencia irá aumentando en las próximas décadas, en consonancia con el incremento de la edad poblacional. Analizamos nuestra experiencia en esta patología en este grupo etario.
Métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de los pacientes sometidos a Cirugía electiva por cáncer de colon y recto entre enero-1991 y diciembre-2012. El periodo de control oscila entre 3 y 25 años, basados en nuestro programa de seguimiento habitual y datos del Servicio de Geriatría y otros Servicios hospitalarios.

Resultados: Se trata de 1.031 pacientes, 571 (55,4% H), de edades comprendidas entre 70 y 100 años. Se dividen en cinco grupos: 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 ≥ 90 años. Se llevó a cabo cirugía potencialmente curativa en 883 (85,6%), paliativa en 137 (13,3%) y fueron irresecables 44 (4,3%). La mortalidad global fue de 2,6% y por grupos de edades, 0-1-1,2-1,7 y 12% respectivamente. La supervivencia global a 5 años fue de 76,6%. Por grupos de edades: 82%, 80%, 71%, 69% y 57,4% respectivamente. Se analizan complicaciones postoperatorias, estadio tumoral, supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad por estadios, localización colon o recto y ASA del paciente.
Conclusiones: 1. En nuestra serie, con la adecuada atención pre y postoperatoria, los resultados obtenidos mediante el tratamiento quirúrgico de sujetos ancianos son equiparables a los objetivados en pacientes jóvenes, exceptuando los mayores de 90 años. 2. La edad no puede ser un impedimento para llevar a cabo el tratamiento adecuado en personas de edad avanzada. 3. El establecimiento generalizado de Prehabilitación y ERAS facilitará mejora paulatina de los resultados en este grupo etario.

PC-079. NONAGENARIOS

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

Objetivos: Definir el perfil sociodemográfico, clínico y farmacológico de los pacientes nonagenarios ingresados en nuestra Unidad de Geriatría y como objetivos secundarios identificar los factores que incrementan o disminuyen la mortalidad en este tipo de población, así como distinguir cuales son las patologías más frecuentes por las que ingresan los pacientes nonagenarios.
Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de nonagenarios ingresados en la Unidad de Geriatría en el año 2015. La información se obtuvo revisando los informes de alta y realizando consulta telefónica. Los datos extraídos fueron: Datos sociodemográficos y datos clínicos. Todos los datos fueron analizados por el programa estadístico: SPSS 19.
Resultados: De un total de 572 paciente, 133 fueron mayores de 90 años, con una edad media 91,1 años (M: 60,2%/H: 58,6%), el 58,6% vivían en domicilio, un 67, 7% fueron derivados del Servicio de Urgencias, el 71,4% ingresó en la Unidad de Agudos, un 48,6% tenía un Charlson mayor o igual a 3, de la ECRM el 48,3% era menor igual a 2, con una media de Pfeiffer al ingreso de 5,2 y al alta de 4,6. El diagnóstico más frecuente fue la infección respiratoria con un 46%, la media de fármacos era de 6,5 ± 3 al ingreso y 6,8 ± 3 al alta, siendo el diurético el fármaco más prescrito con un 47,8%, con una supervivencia a los 6 meses de 65,4% y al año de 59,1%.
Conclusiones: En mayores de 90 años, la mortalidad no se ve condicionada por la comorbilidad. La institucionalización, en mayores de 90 años, no viene determinada por la situación funcional. La alta tasa de feminidad es una característica de esta población. En los pacientes nonagenarios, cualquier enfermedad que obligue ingreso hospitalario puede desencadenar una pérdida en la capacidad de realizar las ABVDs.

PC-080. PRÓTESIS DE RODILLA. ¿LA EDAD IMPORTA?

A. Narvión[1], M. Sancho[2], P. Vicente[2], E. Ubis[1], R. Rodríguez[1], L. Morlans[1] e I. Peralta[2]
[1]Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca. [2]Hospital San Jorge, Huesca.

Objetivos: 1. Describir las características de los pacientes programados para artroplastia de rodilla. 2. Identificar las complicaciones perioperatorias. 3. Describir los resultados funcionales durante el ingreso. 4. Comparar por grupos edad.
Métodos: Estudio transversal, descriptivo que incluye a los pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología de Huesca desde el 01/01/2013 al 31/12/2015 para artroplastia de rodilla. Datos recogidos: Datos sociodemográficos, comorbilidad, situación funcional previa y al alta medida con el Índice de Barthel. Complicaciones perioperatorias. Estancia media en el Servicio de Traumatología.
Resultados: 230 pacientes (61,7% mujeres) con una edad media de 71,88 ± 8,16 años, una estancia media de 9,4 ± 2,1 días. Índice de Barthel previo medio 96,3 puntos, al alta 70 puntos. Peores resultados funcionales en mayores de 70 años (Índice de Barthel 65,7 vs 85,7 puntos en jóvenes). Antecedentes patológicos más frecuentes: HTA (65,2%), dislipemia (51,7%), patología reumatológica e insuficiencia venosa (40%). Polimedicados un 65,7% (significativamente más en mayores de 60 años). Mayor consumo de AINES en menores de 70 años (48% vs 21,5% siendo estas diferencias estadísticamente significativas). Presentaban anemia (hb < 13 g/l) antes de la IQ el 17%, al alta un 84%. Criterios de transfusión en el 17,8% sin diferenciarse por grupos de edad. Precisaron EPO el 17,8% de los cuales el 83% eran mayores de 70 años ($p < 0,05$). Complicaciones más frecuentes: estreñimiento 27% (significativamente más en > 70), fiebre 15,7%, RAO 8,3%. El 93% de los pacientes que sufrieron delirium tenían más de 70 años.
Conclusiones: La edad: a. Influye en los resultados funcionales a corto plazo tras artroplastia de rodilla. b. Condiciona un mayor uso de eritropoyetina. c. Se relaciona con mayor riesgo de delirium y estreñimiento periquirúrgico.

PC-081. RELACIÓN ENTRE DISTRIBUCIÓN DE GRASA ABDOMINAL Y TASA METABÓLICA EN REPOSO EN ADULTAS MAYORES CHILENAS

M. Ruiz de la Fuente, A. Rodríguez Fernández y J. Parra Flores
Universidad del Bío-Bío, Departamento de Nutrición y Salud Púbica, Chile.

Objetivos: Analizar la influencia de la distribución de grasa corporal en la tasa metabólica en reposo (TMR) de mujeres adultas mayores de la ciudad de Chillán, Chile.
Métodos: Estudio analítico, transversal, realizado en 45 mujeres adultas mayores de 60-85 años. Se realizó evaluación antropométrica del peso, talla, IMC, y circunferencia cintura para determinar la distribución de la grasa corporal. Se midió la TMR mediante el método de calorimetría indirecta. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: presencia de patologías hipermetabólicas y uso de medicamentos que modifican la TMR. Se verificó distribución de normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov. El análisis de variables cuantitativas se determinó mediante la correlación de Pearson. Se usó análisis de regresión lineal simple y múltiple para evaluar el efecto de la composición corporal y la circunferencia de cintura en la TMR.
Resultados: El 47,7% de ellas presentó malnutrición por exceso y 52,3% estado nutricional normal. Mostraron un promedio de TMR de 1.083,6 ± 171,9 kcal/día. La TMR se correlacionó significativa y positivamente con la masa libre de grasa, peso corporal, circunferencia cintura y masa grasa, e inversamente con la edad ($p < 0,0001$). Sin embargo, la TMR ajustada por masa libre de grasa y masa grasa, sólo mostró una correlación estadísticamente significativa e inversa con la edad ($p < 0,0001$). La circunferencia de cintura, explicó en un 3% adicional la variación de la TMR y la grasa corporal en un 1%.
Conclusiones: La distribución de grasa abdominal en las mujeres adultas mayores chilenas estudiadas, se correlacionó positivamente con la TMR.

PC-082. INDICADORES DE BIENESTAR SUBJETIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

S.A. Covarrubias-Castillo[1], E.D. Arias-Merino[2], B.A. Corona-Figueroa[3] y B.A. Ochoa-Sánchez[1]
[1]Maestría en Gerontología; [2]Coordinadora de la Maestría en Gerontología; [3]Doctorado en Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco.

Objetivos: Determinar la asociación de los indicadores de bienestar subjetivo, edad y estado civil con depresión en adultos mayores del occidente mexicano.
Métodos: Estudio analítico transversal, con datos de 2394 adultos mayores de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de Colima y Jalisco, México. La variable principal fue la depresión y los indicadores de bienestar subjetivo fueron satisfacción con cohabitación, salud, religión, memoria, vista, audición, nutrición e ingreso. Como covariables se incluyeron el estado civil y la edad. Se utilizó un análisis multivariado, con OR ajustadas (IC = 95%) y p < 0,05.
Resultados: El rango de edades fue de 60 a 98 años, con una edad media de 70,91 ± 7,61 años. El 62% (n: 1.489) fueron mujeres. La prevalencia absoluta de sintomatología depresiva fue de 23,8%. Todos los indicadores de bienestar subjetivo analizados arrojaron resultados significativos, memoria regular/buena, salud regular/buena, buena audición, ingresos regular/buenos y sexo femenino resultaron ser factores protectores de bienestar subjetivo contra síntomas depresivos.
Conclusiones: Se encontró un predominio de síntomas depresivos en mayores de 75 años, en aquellos no casados, en la población con analfabetismo o ausencia de escolaridad, así como en aquellos que viven solos. Así pues, los indicadores de bienestar subjetivo analizados, en general, protegen a los adultos mayores contra sintomatología depresiva, evidenciando la importancia de promover las diferentes condiciones asociadas a bienestar subjetivo, buscando aportar lineamientos que permitan una mayor atención que incida en el desarrollo integral de los adultos mayores.

PC-083. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS CON LEVOTIROXINA

S. Pérez Niño[1], V. Niño Martín[2] y R. López Mongil[3]
[1]CS Magdalena, Valladolid. [2]Universidad de Valladolid, Valladolid. [3]Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid.

Objetivos: Valorar la adherencia terapéutica en los pacientes con levotiroxina. Analizar el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas y la adopción de cambios de estilos de vida.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo transversal. A los pacientes diagnosticados de hipotiroidismo y en tratamiento con levotiroxina (N = 98) se les realizó una valoración de la adherencia terapéutica durante seis meses de 2016 para cual se utilizó el test de cumplimiento autocomunicado o el test de Morisky-Green que está basado en la entrevista clínica. Para el seguimiento de las recomendaciones se utilizó un cuestionario donde se recogía: toma de la medicación en ayunas (media hora antes del desayuno), ingesta de soja, café, grasa, fibra. Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, adherencia, y cumplimiento terapéutico. El análisis estadístico se efectuó con el SPSS.
Resultados: De los 98 pacientes estudiados (nivel de confianza del 95%), el 78% eran mujeres y el 22% varones, un 62% en una franja de edad de entre 67 a 70 años. Se obtuvo una falta de adherencia terapéutica del 57% a través del test de Morisky. Entre los factores más frecuente que influyen en la adherencia al tratamiento en este estudio se encuentran los olvidos en la toma de la medicación y en dejar la medicación cuando se encuentran bien. Al examinar los diferentes elementos que dificultan la absorción de la levotiroxina hemos identificado en un 18% que no toman la medicación en ayunas (media hora antes del desayuno), un 15% toman la levotiroxina con café, 12% con fibra, un 5% con grasa y un 3% con soja.
Conclusiones: Necesidad de monitorizar el cumplimiento terapéutico de la levotiroxina para garantizar su seguridad. Comunicar al paciente que el tratamiento con levotiroxina es crónico. Los pacientes deben conocer que la dosis de la levotiroxina hay que tomarla en ayunas, 30 a 60 min antes del desayuno (con agua) para facilitar su absorción. Es conveniente distanciar unas 4 a 6 horas la ingesta de la levotiroxina de la de otros fármacos e informar de las posibles interferencias.

PC-084. MANUAL DE FISIOTERAPIA EN EL ALZHÉIMER Y OTRAS DEMENCIAS NEURODEGENERATIVAS

V. López Miguens[1], N. Portela González[2], A. Brito Sánchez[3], A.M. Curros Amboage[4], X. Márquez Padín[5] y N. Rodríguez Pardo[6]
[1]AFAGA, Vigo. [2]AFAMO, Moaña. [3]AFACHAN, Chantada. [4]AGADEA, Ribeira. [5]AFAPO, Pontevedra. [6]AFALU, Lugo.

La prevalencia de Alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas aumentan, así lo corroboran los últimos estudios realizados. Este hecho supone un problema socio- económico y sanitario importante, impactando además en la salud del cuidador principal y/o personas próximas. Por todo ello, el tratamiento es multidisciplinar. Todavía no existe una cura pero la atención centrada en la persona y la importancia de la prevención y el control de factores de riesgo, hace posible retrasar los primeros síntomas de la enfermedad y su evolución. La Fisioterapia como disciplina potenciadora de la autonomía personal y la funcionalidad psico- motora es aplicable desde las fases más leves a las más avanzadas de la enfermedad. La prevención e innovación es su talón de Aquiles por la complejidad especialmente conductual a la que nos enfrentamos diariamente, siendo el contacto manual necesario. Estas dificultades se acentúan por la escasez de escalas específicas de valoración, así como tratamientos y bibliografía específica en este ámbito. Por ello, promocionado por FAGAL (Federación Alzhéimer Galicia),que ha puesto en marcha este proyecto innovador, fisioterapeutas de años de experiencia profesional en diferentes asociaciones de Alzhéimer de Galicia con Centros de día especializados y atención domiciliaria, hemos elaboramos un Manual de Fisioterapia específico para EA y otras demencias. Este manual, conciso y actualizado, pretende facilitar la labor diaria de muchos fisioterapeutas del sector, así como facilitar la comunicación del equipo inter- multidisciplinar. Siendo la metodología de la valoración inicial, e intervención terapéutica innovadores y los casos clínicos representativos, en base a diagnósticos médicos del ámbito de la geriatría, gerontología y neurología de gran relevancia en la actualidad. Desde septiembre de 2016, a través de reuniones presenciales, y del uso de tecnología; webcam, Google drive... hemos desarrollado este manual que expone técnicas innovadoras de fisioterapia en EA y una exhaustiva revisión bibliográfica científica. Además de la maravillosa experiencia de compartir conocimientos con compañeros de centros especializados. La publicación se realizará a través de la Federación Gallega de Alzhéimer (FAGAL) Su divulgación con el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, el Departamento de Comunicación de la Federación Gallega de Alzhéimer, así como Congresos de ámbito estatal.

PC-085. INCIDENTES DE SEGURIDAD DETECTADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

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

Objetivos: Analizar los incidentes de seguridad notificados y el grado de adherencia de la implantación del registro informático de incidentes en una unidad de hospitalización médica de pluripatológicos durante el año 2016.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. Revisión del registro informático de incidentes de seguridad durante el año 2016. Variables de estudio: persona que notifica incidente, sexo y edad paciente afecto, tipo de incidente y resultado en paciente.
Resultados: Se detecta un mayor registro de incidentes en relación a años anteriores. Del total de incidentes notificados (n = 103): 23,30% caídas; 16,5% úlceras por presión; 14,56% errores en medicación o fluidos iv; 12,62% procedimientos clínicos; 11,65% errores en documentación. La persona que comunica el incidente es el personal sanitario (73,78%), cuidador (15,53%); no consta (10,67%). Paciente afectado: 47,57% hombre; 48,54% mujer, 3,88% no consta. Rango edad paciente: 38,83% de 76 a 85 años; 28,15% mayores de 85 años; 17,47%

de 66 a 75; 15,53% no consta. Daño en paciente: ninguno (15,53%), leve (45,63%), moderado (29,12%), grave (0,97%).
Conclusiones: La notificación de incidentes de seguridad es una práctica cada vez más habitual en una unidad de pluripatológicos. El personal sanitario y dentro de él, el colectivo de enfermería es quien comunica la mayor parte de los incidentes. Hay que concienciar no solo a profesionales de la salud, sino a pacientes y cuidadores en la comunicación escrita de incidentes registrados durante la hospitalización para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Los registros en muchas ocasiones son incompletos dificultando el procesamiento de datos. El análisis de incidentes registrados exige medidas de mejora a nivel administrativo y clínico para evitar, prevenir o reducir el daño producido al paciente.

PC-086. CONOCIENDO LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD CLÍNICA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

M.C. Deza Pérez, M. González Eizaguirre, I. Ferrando Lacarte y C. Cánovas Pareja
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

Objetivos: Conocer la percepción de seguridad del paciente o cuidador en la atención recibida durante la hospitalización. Registrar si ha habido Incidentes durante el ingreso y si han sido detectados por el paciente. Analizar la satisfacción del paciente por el nivel de información recibido, si se ha pedido su opinión respecto a cuidados y tratamientos y grado de confidencialidad percibido.
Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y trasversal. Entrevista a pacientes o sus cuidadores dados de alta del s. de Geriatría entre octubre 2016 y enero 2017. Encuesta sobre percepción de seguridad clínica publicado por el Ministerio de Sanidad en 2010. Registro de incidentes reales y percibidos, satisfacción por información recibida, grado de confidencialidad y registro de consentimiento informado.
Resultados: Encuesta a 126 pacientes 66% mujeres, de edad media 86,7 años. Entrevista a cuidadores: un 65%. Estancia media: 10 días. Incidentes conocidos en Hª clínica: 13. Caídas 1 (0,8%), infección nosocomial 7 (5,6%), error medicación 3 (2,4%), reacción alérgica evitable 2 (1,6%). Incidentes percibidos por el paciente: 10. Ha recibido información suficiente: sí 79,4%, a veces 16,7%. Sabe a quién preguntar: sí 77,8%, a veces 16,7%, no 5,6%. Ha podido preguntar dudas: sí 74,6%, a veces 16,7%, no 8,7%. Se le ha contestado de forma clara y comprensible: sí 73,6%, a veces 20,8%, no 5,6%. Se ha pedido su opinión sobre los tratamientos: sí 81%, a veces 15,1%. Se ha solicitado su consentimiento: sí 93,7%, a veces 5,6%. Se ha respetado su confidencialidad: sí 93,6%, a veces 5,6%. Sensación de seguridad percibida: muy seguro 48% (60), bastante seguro 38,4% (48), ligeramente seguro 8% (10), medio 4,8% (6), ligeramente inseguro 0,8% (1).
Conclusiones: Existe una alta percepción de seguridad en el hospital, incluso en aquellos que han presentado algún incidente. Hay una moderada prevalencia de incidentes, que en general son detectados y que obliga a mejorar con estrategias específicas. Están en general satisfechos con la información recibida, en el respeto a la confidencialidad y en dar su opinión con respecto a los cuidados. Tenemos que mejorar, en algún caso, en dar claridad de la información, con posibilidad de aclarar dudas y en la identificación al personal de referencia en la información.

PC-087. PROYECTO DE CALIDAD: CONSULTAS DE GERIATRÍA Y PROPUESTAS DE MEJORA

M.C. Deza Pérez[1], M. González Eizaguirre[1], C. Cánovas Pareja[1], C. Bibian Getino[1], L.M. Domínguez Barcelona[2], J.L. Cañada Millán[3] y E. García Arilla Calvo[1]
[1]Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. [2]Centro de Salud Fuentes de Ebro, Zaragoza. [3]Centro de Salud La Almozara, Zaragoza.

Objetivos: Conocer la valoración de Médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de unas consultas externas de Geriatría. Conocer los motivos más frecuentes de derivación. Consultar propuestas de mejora sobre coordinación entre niveles a los equipos de Atención Primaria.
Métodos: Estudio descriptivo y transversal desde enero 2016 y marzo 2017. Elaboración de un cuestionario de 11 ítems con respuesta múltiple y en el mismo se propone propuestas de mejora en relación con nuestro servicio. Se solicita consentimiento y colaboración en el estudio con cada coordinador de los Centros de. Se acude a cada centro para que personal médico cumplimente la encuesta. SPSS.
Resultados: 66 cuestionarios de 8 Centros de Salud de Zaragoza. Conocen las consultas de Geriatría 92,4%. Solicitado consulta el 78,8%. Frecuencia derivación: 74,2% a veces, 4,5% a menudo, 15,2% nunca. Motivo derivación: valoración geriátrica integral: 54,5%, demencia: 53%, pluripatología: 33,3%, alteración conductual: 28,8%, visados: 10,6%, polimedicación: 7,6%. Respecto a la demencia suele derivar a otros especialistas simultáneamente: 45,5% a veces, 36,4% a menudo, 12,1% siempre. Respuesta satisfactoria al motivo de derivación: 48,5% a menudo, 21,2% siempre. Recibe informe por escrito de consulta 57,6% siempre, 15,2% a menudo. Se percibe satisfacción del familiar tras la consulta: 45,5% a menudo, 19,7% siempre. Valoración del funcionamiento de la consulta: 74,2% adecuado. Propuestas: definir criterios de derivación y realizar sesiones sobre geriatría en AP.
Conclusiones: La gran mayoría de los médicos de los EAP conoce nuestras consultas aunque un 19,7% no ha derivado nunca pacientes. Puede estar en relación al desconocimiento de la posibilidad de ser atendido en nuestro centro con independencia del sector sanitario al que pertenece. La valoración geriátrica integral y el deterioro cognitivo son motivos frecuentes de consulta y comprobamos que la demencia es un motivo de derivación simultánea también a otros especialistas, como vemos con frecuencia en el día a día. El funcionamiento de nuestras consultas aprueba con un notable. Valoramos mejorar el acercamiento del S. de Geriatría con los EAP y seguimos trabajando con las propuestas de los EAP como un proyecto de mejora de nuestro servicio.

PC-088. PACIENTES ≥ 75 AÑOS *NAÏVES* A OPIOIDES CON DOLOR LUMBAR CON COMPONENTE NEUROPÁTICO EN TRATAMIENTO CON OXICODONA/NALOXONA SIN COANALGÉSICOS

J.A. Almazán Arjona[1], J.R. Doménech Pascual[2], R. Periáñez Moreno[3], J.M. Sabater Melchor[4], J. Navarro Gimeno[5] y R. Belenguer Prieto[6]
[1]Residencia Geriatric XXI, Cúllar Vega, Granada. [2]Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia. [3]Hospital Victoria Eugenia de la Cruz Roja Española, Sevilla. [4]Consulta Privada Dr. Sabater, Alcora, Castellón. [5]Consulta Privada Dr. Navarro, Sagunto, Valencia. [6]Consulta Privada Dr. Belenguer, Algemesí, Valencia.

Objetivos: Determinar la evolución del dolor, discapacidad lumbar y calidad de vida (CdV) de pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar con componente neuropático y naïve a opioides, tras 3 meses en tratamiento con oxicodona/naloxona (OXN) sin asociar con coanalgésicos.
Métodos: Subanálisis de un estudio observacional, multicéntrico, de 6.436 pacientes con dolor lumbar, evaluados mediante cuestionarios en dolor (BPI), funcionalidad de columna (Oswestry) y CdV (tarifa de estados de salud EuroQoL-5D). Se analizaron 147 pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar con componente neuropático (intensidad EVA_{0-10} ≥ 4) y naïve a opioides, cuyo tratamiento fue OXN sin asociar con coanalgésicos según criterio del investigador.
Resultados: Mujeres 59,9%, edad 79 [75-92] años. Todos los pacientes presentan dolor con componente neuropático. En el 51% de los pacientes el tiempo de evolución, transcurrido desde el diagnóstico del dolor lumbar, fue ≥ 2 años. Mejoría significativa del 47,1% del alivio del dolor (ENV_{0-10}), descendiendo la puntuación de 7,0 a 3,7 (basal vs Mes 3, $p < 0,001$). El 72,1% de los pacientes obtuvieron un alivio del dolor

≥ 30%, el 45% de los pacientes alcanzaron un alivio sustancial (≥ 50%) y el 21,4% un gran alivio (≥ 70%). Repercusión significativa del alivio del dolor sobre la interferencia en las actividades de la vida diaria del paciente (7 ítems, p < 0,001). El grado de discapacidad de columna lumbar mejoró un 42,7% (67,1 vs 38,4, p < 0,001). Mejoría significativa de la CdV de basal vs mes 3 de un 73,4% (36,1 vs 62,6, p < 0,001). El 72,1% de los pacientes cumplieron sus expectativas respecto al control de su dolor, mucho más o algo más de lo que esperaban.
Conclusiones: Los pacientes ≥ 75 años con dolor lumbar con componente neuropático y naïve a opioides obtienen mejoría clínicamente significativa en el alivio del dolor, en la recuperación funcional y la calidad de vida con el tratamiento con OXN sin añadir tratamiento con coanalgésicos.

PC-089. EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO COGNITIVO SEGÚN NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA MEDIDA CON EL CUESTIONARIO PASE. ESTUDIO DE TOLEDO DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

M. Valdés Aragonés[1], S. Walter[2], F.J. García[3] y L. Rodríguez Mañas[1]
[1]Hospital Universitario de Getafe, Getafe. [2]Fundación para la Investigación Biomédica, Hospital Universitario de Getafe, Getafe. [3]Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: Existen numerosos artículos que evidencian el beneficio del ejercicio físico sobre la cognición. Nuestro objetivo principal es valorar el efecto de la actividad física, medida en pacientes ancianos mediante el cuestionario PASE, sobre el rendimiento cognitivo.
Métodos: Utilizamos datos de las 2 primeras olas del Estudio de Toledo de Envejecimiento Saludable. La actividad física se midió mediante PASE en la primera ola y calculamos el efecto de aumentar en PASE una desviación estándar (DE = 47,19) sobre las variables de cognición (fluidez verbal y MMSE). Definimos demencia con un MMSE < 20 puntos y una fluidez semántica < 10 puntos. La relación entre actividad física y cognición se estudió con modelos de regresión linear, y logísticos para evaluar capacidad diagnostica y pronóstica ajustado por edad, sexo y nivel educativo.
Resultados: Analizamos 1.723 pacientes, con edad media de 74,25 años (DE = 5,34); 58,2% eran mujeres. Estar una DE en PASE por encima de la media incrementaba significativamente en 0,36 (IC95% = 0,13-0,59) puntos en la fluidez verbal en el mismo periodo y en 0,53 (IC95% = 0,31-0,73) prospectivamente. Utilizando la regresión logística para evaluar la presencia de demencia, estar 1 DE por encima de la media en PASE, reducía el riesgo de presentar demencia un 17% (OR = 0,83, IC95% = 0,67-1,02) en el mismo periodo y un 33% (OR = 0,68, IC95% = 0,58-0,79) prospectivamente. Estar una DE en PASE por encima de la media incrementaba significativamente en 0,67 (IC95% = 0,47-0,87) puntos en MMSE en el mismo periodo y en 0,05 (IC95% = 0, -0,15 a 0,25) prospectivamente. Utilizando la regresión logística para evaluar la presencia de demencia, estar 1 DE por encima de la media en PASE reducía el riesgo un 34% (OR = 0,66, IC95% = 0,52-0,84) en el mismo periodo y en 11% (OR = 0,89, IC95% = 0,75-1,06) prospectivamente.
Conclusiones: El aumento de niveles de actividad física condiciona, mayor rendimiento cognitivo y reducción del riesgo de presentar demencia prospectivamente, definido mediante fluidez verbal.

PC-090. AUMENTO DE LAS ALTAS A DOMICILIO DE UN CENTRO RESIDENCIAL: ¿CAMBIO EN LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN?

J.L. López Otero[1], J. Pascual Torramadé[2], I. Ancizu García[2], R. Vaca Bermejo y A. Pozo Lafuente[2]
[1]Centro residencial SARquavitae San Lázaro, A Coruña.
[2]Geriatros-SARquavitae, Barcelona.

Introducción: En los últimos años, se ha producido un cambio en las altas de los centros residenciales para personas mayores con un aumento de las destinadas al propio domicilio. Parece coherente suponer que este incremento viene causado por una trasformación en las necesidades de las personas que ingresan.
Objetivos: Analizar el perfil de ingreso de las personas atendidas en centros residenciales para personas mayores que causan alta con destinación al propio domicilio. Identificar las diferencias en las variables sociodemográficas y clínicas que resulten significativas.
Métodos: De las altas producidas en 2013 (n = 4.273) y en 2016 (n = 6.040) un 45,82% (n = 1.958) en 2013 y un 54,01% (n = 3.262) en 2016 fueron altas a domicilio. Se compara el perfil de ingreso de estas altas.
Resultados: En 2013, el 73,08% (n = 1.431) de las altas fueron mujeres cuya edad media fue 81,32 (dt = 9,59). La puntuación media al ingreso en el índice de Barthel fue 54,86 (dt = 29,79) y en el MMSE 17,88 (dt = 9,35). Tenían una media de 3,44 (dt = 2,28) diagnósticos al ingreso con 6,26 (dt = 6,43) planes farmacológicos asociados. En 2016, el 69,74% (n = 2.275) de las altas fueron mujeres cuya edad media fue 81,98 (dt = 9,53). La puntuación media al ingreso en el índice de Barthel fue 53,65 (dt = 31,07) y en el MMSE 18,61 (dt = 9,18). Tenían una media de 4,42 (dt = 2,63) diagnósticos al ingreso con 7,18 (dt = 6,54) planes farmacológicos asociados. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05) en el género, edad, MMSE y número de diagnósticos.
Conclusiones: Este cambio en el perfil podría reflejar nuevas necesidades de atención (aumento de estancias medias y cortas asociadas a una convalecencia o a un proceso de rehabilitación, incremento de los ingresos temporales y de respiro, etc.) que deberían ser tenidas en cuentas en la planificación, diseño y oferta de cuidados destinados a personas mayores. De esta forma, será necesario adaptar los servicios, estableciendo como objetivo el retorno al domicilio o al nivel de procedencia y así asegurar su utilidad y sostenibilidad.

PC-091. PATOLOGÍA PRINCIPAL Y ESTADO NUTRICIONAL: RESULTADOS DE INTERVENCIÓN

J. Pascual Torramadé, I. Ancizu García, R. Vaca Bermejo, N. Cárdenas González y A. Pozo Lafuente
Geriatros-SARquavitae, Barcelona.

Introducción: Es de sobra conocido la importancia de la nutrición en la salud y bienestar de las personas atendidas en los centros residenciales donde priman los cuidados sociosanitarios integrales. Además, el estado nutricional y los diferentes diagnósticos que tienen estas personas tienen una relación bidireccional en la que el estado de uno puede determinar la evolución de los otros, y viceversa.
Objetivos: Estudiar la evolución del estado nutricional de las personas atendidas en los centros residenciales de la organización en función de su patología principal.
Métodos: Se realiza un corte transversal del MNA al ingreso y a los 6 meses de estancia en el centro. (n = 4.723 casos).
Resultados: Enfermedad del aparato circulatorio (27,88%). Ingreso. Estado nutricional normal: 32,57%. Riesgo de desnutrición: 46,32%. Desnutrición establecida: 21,11%. A los 6 meses. Estado nutricional normal: 41,38%. Riesgo de desnutrición: 42,14%. Desnutrición establecida: 16,48%. Demencia (22,76%). Ingreso. Estado nutricional normal: 19,16%. Riesgo de desnutrición: 54,51%. Desnutrición establecida: 26,33%. A los 6 meses. Estado nutricional normal: 20,19%. Riesgo de desnutrición: 52,18%. Desnutrición establecida: 27,63%. Trastorno mental (15,88%). Ingreso. Estado nutricional normal: 25,73%. Riesgo de desnutrición: 51,20%. Desnutrición establecida: 23,07%. A los 6 meses. Estado nutricional normal: 30,93%. Riesgo de desnutrición: 46,93%. Desnutrición establecida: 22,14%. Enfermedad del sistema nervioso (8,45%). Ingreso. Estado nutricional normal: 27,07%. Riesgo de desnutrición: 48,37%. Desnutrición establecida: 24,56%. A los 6 meses. Estado nutricional normal: 35,09%. Riesgo de desnutrición: 43,11%. Desnutrición establecida: 21,80%.

Conclusiones: Nuestra organización basa su servicio y atención nutricional especializada en la adaptación a las necesidades de cada persona, tras un exhaustivo trabajo de equipo en el cual intervienen los profesionales asistenciales. Como se ha demostrado en otros estudios, la comorbilidad y la patología influyen en el estado nutricional, por lo que resulta esencial combinar la intervención clínica con los gustos y preferencias de las personas para una atención de calidad.

PC-092. PLATAFORMA DECI PARA TRATAMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

M. Valdés Aragonés[1], R. Pérez Rodríguez[2], P.A. Moreno Sánchez[2] y L. Rodríguez Mañas[1]
[1]Hospital Universitario de Getafe, Getafe. [2]Fundación para la Investigación Biomédica, Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: El deterioro cognitivo y la demencia, son unos de los problemas más importantes asociados al envejecimiento. Las nuevas tecnologías en los últimos tiempos, han intentado mejorar tanto el rendimiento cognitivo como la calidad de vida a través de diversas plataformas. Los objetivos principales de este trabajo son evitar el declive cognitivo en pacientes con deterioro cognitivo y demencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante la plataforma telemática DECI (*Digital Environment for Cognitive Inclusion*), que no solo ofrece y monitoriza la ejecución de ejercicios de estimulación cognitiva y física sino también propone un nuevo modelo organizacional y de interacción entre médico y paciente.
Métodos: La plataforma DECI se está validando en un estudio multicéntrico, en el que participarán finalmente 640 pacientes reclutados en España, Italia, Israel y Suecia. A través de esta plataforma y tras una evaluación física y cognitiva de los pacientes, el médico pauta de forma individualizada ejercicios de estimulación cognitiva y física. La ejecución de las terapias prescritas se monitorizan por el médico a través de la plataforma, siendo posible la comunicación bidireccional entre el médico y el paciente a través de la misma, aportando mayor conocimiento sobre la evolución de los pacientes, para poder incidir sobre determinados aspectos del tratamiento.
Resultados: El resultado que esperamos obtener a través de los ejercicios físicos y cognitivos pautados a través de la plataforma, es evitar el declive cognitivo en los pacientes usuarios de la plataforma. Otro resultado esperado, es que, a través del nuevo modelo de comunicación, mejore la calidad de vida de los pacientes.
Conclusiones: Se deben desarrollar nuevas herramientas tecnológicas para llevar a cabo nuevas estrategias terapéuticas con la finalidad de evitar el declive cognitivo en los pacientes y así mantener su independencia y funcionalidad durante más tiempo. La plataforma DECI propone un abordaje integral del deterioro cognitivo y la demencia, intentando dar solución a la mayor parte de las necesidades de los pacientes, mejorando la monitorización y comunicación entre médico y paciente.

PC-093. EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA FUNCIONAL EN EL ALTA A DOMICILIO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS INGRESADAS EN CENTROS RESIDENCIALES

I. Ancizu García, J. Pascual Torramadé, R. Vaca Bermejo y A. Pozo Lafuente
Geriatros-SARquavitae, Barcelona.

Introducción: El mantenimiento de la independencia y la mejora de la funcionalidad han adquirido un papel cada vez más relevante en la atención prestada en centros residenciales y sociosanitarios. Así, se ha observado un aumento de las estancias debidas a convalecencias o rehabilitaciones físicas fruto del nuevo rol de este nivel intermedio de atención.
Objetivos: Analizar la efectividad de la terapia funcional en personas con una enfermedad musculoesquelética atendidas en centros residenciales que causan alta con destinación a su propio domicilio.
Métodos: Partiendo de las altas a domicilio que se producen en 2016 en los centros de nuestra organización (n = 3.262), se compara el estado funcional (índice de Barthel) y la estabilidad de la marcha (escala de Tinetti) al ingreso y al alta de las personas cuya patología principal es una enfermedad musculoesquelética (n = 643; 19,71% de las altas). Además, se analiza la relación entre la mejora encontrada y el número de planes de fisioterapia.
Resultados: La puntuación media en el índice de Barthel al ingreso fue 50,59 (dt = 28,55), la del alta 58,13 (dt = 28,70). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y supone una mejora media de 7,54 puntos (dt = 17,91). En relación a la escala Tinetti, al ingreso la puntuación media fue 11,19 (dt = 9,39), mientras que al alta fue 14,10 (dt = 9,10). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y supone una mejora media de 2,91 puntos (dt = 6,40). El número medio de planes individuales de intervención fisioterapéutica fue 5,18 (dt = 5,94). Se halla una leve correlación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,005$) entre el número de planes individuales y la mejoría en las puntuaciones del Barthel (correlación de Pearson = 0,151) y Tinetti (correlación de Pearson = 0,133).
Conclusiones: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la efectividad de la terapia funcional en centros residenciales que asumen, cada vez más, un rol rehabilitador. Se observa que los programas de fisioterapia mejoran el estado funcional y minimizan el riesgo de sufrir caídas. Esta mejora de la capacidad para el desempeño de las ABVD y en la estabilidad de la marcha de las personas atendidas se asocia, tradicionalmente, con mayores de bienestar y calidad de vida.

PC-094. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SARC-F EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y DEFINICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE SARCOPENIA

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

Objetivos: Establecer la prevalencia de sarcopenia mediante el cuestionario de cribado SARC-F en pacientes atendidos en consultas externas de Geriatría. Analizar la relación entre el resultado del SARC-F y algunos factores de riesgo potenciales detectados mediante la valoración geriátrica integral.
Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes citados en las consultas externas de Geriatría de un hospital terciario (tanto nuevos como en revisión) en un período de tres meses que accedieron a rellenar, mientras esperaban, el cuestionario SARC-F. Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas, número de fármacos, situación funcional, evaluación de la marcha, situación cognitiva, presencia de algunas enfermedades (depresión, demencia, ictus, ICC, EPOC) y motivo de derivación a la consulta. La prevalencia de sarcopenia se evaluó mediante el SARC-F.
Resultados: Se incluyeron 418 sujetos (70,3% mujeres, edad media 85,3 ± 5,5 años, IMC 26,2 ± 4,7). Un 77,8% de los sujetos tenía prescritos más de 4 fármacos. El 33,7% eran independientes para las todas las AVD básicas y el 13,5% para todas las AVD instrumentales. El 63,4% presentaron demencia y el 50,9% depresión. El motivo principal de consulta fue deterioro cognitivo (64,4%). El 73,7% era independiente para la marcha. Presentaron riesgo de sarcopenia, según el instrumento de cribado, el 64,4%. Con respecto a los ítems del cuestionario, el 54,2% eran incapaces de levantar 5 kg de peso, el 49,6% tenían dificultad para cruzar andando una habitación, el 42,4% tenía alguna dificultad para levantarse de la cama o la silla, el 41,6% tenía mucha dificultad para subir 10 escalones y el 47,7% se había caído

entre 1 y 3 veces en el último año. El riesgo de sarcopenia mediante el SARC-F fue significativamente más alto en pacientes con polifarmacia, demencia y dependencia para la marcha.
Conclusiones: El riesgo de presentar sarcopenia es muy elevado en pacientes que acuden a una consulta de Geriatría, especialmente en aquellos con dependencia para la marcha, demencia y polifarmacia.

PC-095. CALIDAD EN EL CONTROL METABÓLICO Y LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

J. Gutiérrez Rodríguez, E. Valle Calonge, S. Mohamed y J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Métodos: Estudio longitudinal y prospectivo sobre sujetos que ingresan en una Unidad de Agudos Geriátrica desde el 1 de septiembre de 2016 al 28 de febrero de 2017. Variables: edad, sexo, enfermedades (cardiaca y vasculocerebral), deterioro cognitivo, índice de Barthel (IB), hemoglobina glicosilada (HbA1C) previa al ingreso, creatinina y filtrado glomerular (CKD-EPI) al ingreso, tratamiento antidiabético.
Resultados: 47 sujetos fueron incluidos en este estudio (68,1% mujeres, edad media 87,5 ± 5,17). Un 68,1% presentaba patología cardiaca y el 25,5% patología vasculocerebral. No presentaba deterioro cognitivo 61,7%, leve 25,5% y moderado-grave 12,7%. Índice de Barthel 55,74 ± 40,94, HbA1C 7,03 ± 1,31, creatinina 1,31 ± 0,56, FG 48,08 ± 20,37 (FG < 30% 19,14%). Respecto a la última HbA1C registrada antes del ingreso: el 21,96% la tenía entre 0-6 meses, 56,76% de 6 meses-1 año, el 2,13% de 1-2 años y el 19,5% no había registro en los dos años previos. Un 46,68% presentaban una HbA1C menor de 7%. Entre los pacientes con dependencia: leve (4,26% presentaba HbA1C de 7-7,5% y 2,13% > 7,5%); dependencia moderada-total (4,26% entre 7-7,5% y 21,28% con HbA1C > 7,5%). El 31,8% estaba a tratamiento solo con dieta diabética, 21,3% con metformina, 8,5% con metformina e inhibidores DDP4, 10,6% con IDDP4, 8,5% con insulina basal, 4,2% con metformina o IDDP4 mas insulina basal, 2,1% con sulfonilurea, 10,6% con insulina no basal y un 2,1% con SGLT2. Respecto al análisis de ajuste de tratamiento según la función renal del paciente, tan solo un paciente con un FG < 30 presentaba tratamiento con metformina y otro paciente con IDDP4.
Conclusiones: Uno de cada cinco pacientes de nuestro estudio no tenia realizada una HbA1C en el último año. Casi la mitad de los pacientes tenía un objetivo terapéutico demasiado estricto para su situación funcional.

PC-096. NUTRICIÓN Y FRAGILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Herrera Bozzo, O. Saavedra Obermann, G. Guzmán Gutiérrez, B. García García, J.M. Arche Coto y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes ancianos frágiles ingresados en cirugía general. Valorar la prevalencia de desnutrición a través del MNA y parámetros analíticos.
Métodos: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron a los pacientes mayores de 75 años frágiles (criterios L. Fried y/o Frail) ingresados en el Servicio de cirugía general que corresponden a la fase de Intervención del proyecto Frailclinic incluidos desde noviembre del 2015 hasta enero 2017. Se recogieron variables socio demográficas, funcionales (I. Barthel y Lawton), estado mental (memoria: MMSE; depresión: GDS), polifarmacia, morbilidad (Charlson modificado), estado nutricional (MNA, parámetros analíticos),estancia y mortalidad intrahospitalaria.
Resultados: 97 pacientes corresponden al grupo de intervención, de estos 56% son mujeres, edad media 82,6 años, casados el 51%, viven en domicilio propio 77% y el 51,3% tiene estudios primarios. El 30,5% son independientes para ABVD y 47% dependencia escasa, en cuanto a actividades instrumentales presentan una media de 5. El 50% presenta buen estado cognitivo y el 67% buen estado de ánimo. El 70% polifarmacia y una media de 5 en el índice de Charlson. El 35% se encuentra malnutrido y el 34% en riesgo según el MNA. En cuanto a parámetros analíticos, la albumina media fue 3,2 g/dl; proteínas totales 5,6 g/dl; colesterol medio 140 mg/dl; transferrina media 180, linfocitos absolutos medio 1.610; Vit D media 12; anemia 54%. La estancia media 10,4 días y mortalidad intrahospitalaria 2%. El presentar peor estado nutricional se asocia a peor funcionalidad (p = 0,05) y a peor estado anímico (p = 0,02).
Conclusiones: El anciano frágil ingresado en cirugía en su mayoría son mujeres, casadas, viven en domicilio, con buena funcionalidad y sin deterioro cognitivo además presentan una alta polifarmacia y morbilidad. En cuanto al estado nutricional, la cantidad de pacientes malnutridos es similar a otras series, así como la media de algunos parámetros analíticos, que en algunos casos aunque son bajos se suelen dar en este tipo de pacientes, cabe destacar la elevada prevalencia de anemia y el déficit de vitamina D. El estar malnutrido en nuestro trabajo se asocia a presentar un peor estado funcional y anímico.

PC-097. ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN POBLACIÓN USUARIA DE CENTROS DE DÍA MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE MADRID

A. Caba Rubio[1], M. Cabello Herranz[1], D. Jiménez Masa[1] y S. Angulo Díaz-Parreño[2]
[1]CI Jazmín ASISPA, Madrid. [2]Universidad San Pablo CEU, Madrid.

Objetivos: Realizar un estudio poblacional que identifique la prevalencia del síndrome de fragilidad entre usuarios con y sin deterioro cognitivo de centros de día e integrados y su relación con factores asociados. Comprobar el valor predictivo para eventos adversos de la batería de desempeño físico (SPPB).
Métodos: Estudio transversal y prospectivo durante siete meses, de la población usuaria de seis centros de día. Inicialmente se determina la prevalencia de población frágil utilizando la batería de desempeño físico (SPPB) sobre una muestra de 470 usuarios con y sin deterioro cognitivo (n = 289; 181), edad media: 84,43 desv. tip.: 6,026. Se definen y se realiza seguimiento de eventos adversos: caídas, fracturas, hospitalizaciones y bajas por ingreso en residencia o por fallecimiento. Seguimiento de evolución de desempeño funcional con escala Barthel. Se evalúan variables independientes: edad, género, GDS. Para el análisis de los datos se emplea el SPSS 12.0.
Resultados: Para determinar la correlación entre variables cualitativas y cuantitativas se realiza análisis con t de Student y para analizar la influencia pre-post se utiliza un ANOVA de medidas repetidas. Se observan correlación significativa entre las variables puntuación obtenida en SPPB y baja, p < 0,01, por lo tanto se puede afirmar que a menor puntuación en la escala SPPB, mayor incidencia de baja. La relación entre la condición de persona frágil (SPPB < 10) y la aparición de eventos adversos es estadísticamente significativa, p < 0,05, por lo que en nuestra población la condición frágil, predispone a sufrir eventos adversos. No así si se analizan las caídas de forma aislada. p = 0,188. La influencia conjunta medida durante el seguimiento longitudinal del desempeño funcional y el deterioro cognitivo según el grupo, muestra interacción entre deterioro cognitivo y declive funcional más acentuado. p < 0,01. La prevalencia de fragilidad en la población descrita es: 80,4% frágiles y 19,6% no frágiles.
Conclusiones: La fragilidad es un síndrome muy prevalente en población usuaria con o sin deterioro cognitivo. Se comprueba la utilidad de la escala SPPB como herramienta de cribado para fragilidad y con valor predictivo para eventos adversos.

PC-098. PLAN DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN CENTROS RESIDENCIALES (PURMEN)

M. Salvador Sánchez-Marco, J.A. Rabadán Sánchez y L. Murcia Torregrosa
Condomina Novaire SARquavitae, Alicante.

Introducción: El número de tratamientos crónicos y la prevalencia de polimedicación están aumentando con el incremento de la esperanza de vida. De la necesidad de hacer un uso racional de los medicamentos en personas nace el proyecto PURMEN aplicado a centros residenciales.
Objetivos: Analizar el consumo de medicamentos en los centros y revisar tratamientos crónicos para racionalizar su uso con una disminución del consumo en Dosis Diaria Definida (DDD) entre 5% y un 10%.
Métodos: Estudio de los consumos de medicamentos en 11 centros de Alicante. Revisión de los tratamientos de cada centro y registro de las intervenciones.
Resultados: 2015. Los grupos de medicamentos más usados serían N-sistema nervioso (24%), B-sangre y órganos hematopoyéticos (24%), C-cardiovascular (24%) y A-Digestivo y metabolismo (14%). Reducción del 6% del gasto en DDD (disminución del 4,7% en importe). 1.650 acciones de revisión de tratamientos prevaleciendo la suspensión de tratamientos (74,67%). Los medicamentos del grupo N son los más retirados con un 38,56% y el omeprazol la molécula más suspendida con un 7,87%. 2016. Los grupos de medicamentos más usados serían B (27,45%), N (25,40%), C (23,65%) y A (14,07%) en el total de los centros. Reducción del 7,06% del gasto en DDD (disminución del 3,7% en importe). 856 acciones de revisión prevaleciendo la suspensión con un 67,17%, siendo la retirada de medicamentos del sistema nervioso la más común con un 39,71%. Los principales diagnósticos son: enfermedad de Alzheimer (29,60%), enf. aparato circulatorio (22,13%) y trastornos mentales (17,93%) seguido de enf. sistema nervioso (7,67%) y otros diagnósticos en porcentajes menores. Siendo la enfermedad de Alzheimer el diagnóstico más prevalente, su medicación no es la más usada. Por otro lado, la enfermedad del aparato circulatorio es el segundo diagnóstico más prevalente y su medicación la tercera.
Conclusiones: La polimedicación es un riesgo para los pacientes por sus efectos adversos. El trabajo realizado, de gran impacto técnico y clínico, ha permitido reducir un 13,06% el consumo en DDD en dos años. La implicación del equipo médico y la coordinación con el personal de farmacia integrado en el centro permite replantear objetivos terapéuticos para evitar riesgos y hacer un uso racional de los medicamentos.

PC-099. INTERVENCIÓN EN DEMENCIAS DESDE LA FISIOTERAPIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

D. Jiménez Masa y A. Caba Rubio
CI Jazmín ASISPA, Madrid.

Objetivos: Analizar la evidencia disponible relacionada con la intervención sobre demencias desde el ámbito de la fisioterapia.
Métodos: Se realiza revisión sistemática de la evidencia disponible utilizando bases de datos: Pubmed y PeDRO. Se utilizan las palabras clave: Physiotherapy, Alzheimer disease, Dementia. Criterios de inclusión: publicaciones desde 2010; disponible en inglés o español; artículo completo gratuito (free full access). Para la evaluación de la calidad de los estudios se usan las checklist de CASPe, el nivel de evidencia y fuerza de recomendación se asignaron siguiendo los criterios SIGN. Criterios de exclusión: Protocol Study y estudios con población diana sin demencia y/o enfermedad de Alzheimer.
Resultados: Se obtienen de la búsqueda (palabras clave): 285. Se realiza primera selección de artículos por criterios de inclusión: 44; y tras segundo cribado según título y resumen se obtienen 22 trabajos de los que se realiza lectura completa. Obtienen nivel de recomendación A: 2 artículos; nivel de recomendación B: 11 y nivel D: 1. Según el tipo de intervención: 4 realizan únicamente ejercicio aeróbico; 12 utilizan ejercicios multimodales (basados en flexibilidad, fuerza, balance muscular y equilibrio), de los cuales 3 incorporaban también ejercicios cognitivos. Según área de la intervención: 10 miden influencia sobre funcionalidad; 8 sobre área cognitivo-conductual y 4 sobre sobrecarga del cuidador. Ensayos con animales: 2.
Conclusiones: Estudios sobre intervenciones que incluyen ejercicio físico de moderada-alta intensidad reportan beneficios sobre múltiples áreas de intervención. Estudios con animales bien diseñados reportan efectos neuroprotectores del ejercicio físico en EA que se correlacionan con los resultados de ensayos realizados en humanos. Aun se deberían resolver cuestiones como el efecto dosis/respuesta que tiene el ejercicio físico sobre la enfermedad y la duración del mismo tras el cese de la intervención. Otras debilidades detectadas son la ausencia de cegamiento, aleatorización y muestras no representativas.

PC-100. IMPACTO DEL COSTE DE LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN EL COSTE GLOBAL DE FARMACIA DE UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

F.M. Lozano Fuster y A.I. Martínez Domingo
Hospital General de Mallorca, Palma de Mallorca.

Objetivos: El empleo de suplementos nutricionales orales parece ser coste efectivo en pacientes ancianos malnutridos especialmente tras haber realizado un cribado de desnutrición. En este estudio analizamos el impacto económico de la suplementación oral en el global de los costes de fármacos que se consumen en un hospital sociosanitario de 100 camas.
Métodos: Desde el Servicio de Farmacia se obtienen los datos de consumo de suplementos enterales orales: hiperproteico-hipercalóricos, hipercalóricos, diabéticos, peptídicos y específicos para pacientes con patología renal, a través del programa de gestión SAP. Se analiza su impacto económico con respecto al global de la medicación consumida durante el año 2016 y se valora en relación al coste en fármacos que consume un paciente al día.
Resultados: Durante el año 2016 el coste del consumo en fármacos fue de 177373,89 euros para los pacientes ingresados en las unidades de ortogeriatría, pluripatológicos, ACV y paliativos. De dicha cantidad 19.842,07 euros (11,19%) correspondían a los suplementos nutricionales administrados por vía oral. Siendo 50,55% para hiperproteico-hipercalóricos, 0,43% para hipercalórico, 35,52% para diabéticos, 7,05% para peptídicos y 6,43% para los específicos para pacientes con patología renal. El consumo diario medio en fármacos por paciente resultó ser de 5,2 euros, de los cuales 0,58 euros corresponderían a los suplementos estudiados.
Conclusiones: Los suplementos nutricionales orales en geriatría mejoran la ingesta, el estado nutricional y producen un descenso significativo de las complicaciones en los ingresos hospitalarios de acuerdo con diferentes estudios. Analizando el impacto del coste de la suplementación oral en el global del coste farmacéutico, se podría considerar muy bajo en relación al beneficio de la adecuada utilización de suplementos nutricionales. Por este motivo consideramos que la implementación de protocolos para valorar la malnutrición y el uso de suplementos nutricionales pueden ser coste-efectivos.

PC-101. FRECUENCIA DE FRACTURA DE CADERA SEGÚN SU MECANISMO DE PRODUCCIÓN

M.I. Porras Guerra, M.N. Gómez González, S. Pérez González, C. Santos Pinto, M.J. Pérez Pérez, M. Fernández Cadenas y M.D.R. del Cueto Morán
Complejo Asistencial de León, León.

Introducción: La osteoporosis está considerada como la gran epidemia del siglo XXI. Se sabe que a partir de los 70 años se iguala el

riesgo de presentarla en ambos sexo. Padecer la enfermedad supone un riesgo importante de sufrir fracturas sobre todo vertebrales, pero también, de huesos largos.
Objetivos: Determinar la presencia de fracturas patológicas de cadera según su mecanismo de producción.
Métodos: Observacional, descriptivo. A partir de la historia clínica de pacientes mayores de 75 años que ingresaron por fractura de cadera durante un mes se obtuvieron las variables: sexo, edad, tipo de fractura, domicilio, antecedentes patológicos, toma de fármacos, estancia media, tratamiento de la fractura y mortalidad. Por entrevista directa a pacientes y/o familiares determinamos el mecanismo de fractura para establecer si ésta era, patológica o traumática. Estadística: SPSS v.15.0.
Resultados: n = 76 mujeres 78,2% varones 21,8%. Edad media: 87,1 años. Lugar de residencia: institucionalizados 19,7%, domicilio 80,3%. Estancia media: 13,3 días. Mujeres: 12,5 días. Varones: 14,5 días. Espera quirúrgica media: 6 días. Exitus: 2,6%. 100% mujeres. Tipo de fractura: capsulares: 53,3%, extracapsulares 44,7%. Tratamiento de fractura: quirúrgico 86,9%, resto conservador. Patologías media: 4,6 Consumo medio de fármacos: 5,2: 4% tomaban bifosfonatos; 12,8% calcio + vitamina D. Patologías con riesgo de caídas: demencia, trastorno depresivo e insomnio; con igual porcentaje las tres, 18,4%. Parkinson en 5,3% de pacientes. 36,8% fractura patológica/osteoporótica. Mecanismo de fracturas: institucionalizados: 19,7%, se desconoce mecanismo 46,6%. Fractura patológicas: 40% sin traumatismo. Traumática: 13,4%. En domicilio: 80,3%. Traumática: 42,6%. Patológica (sin traumatismo) 36,1%. Otros motivos: 21,3% (inestabilidad, pérdida de equilibrio, no interrogado).
Conclusiones: Elevado número de fracturas osteoporóticas en relación al mecanismo de producción. Solo 3,9% presentaba osteoporosis en sus antecedentes. La fractura de cadera supone elevados costes cuando se producen pero gastamos poco en su prevención. La situación cognitiva muchas veces no permite el interrogatorio por lo que la prevalencia de fractura patológica puede ser mucho mayor. En la mayoría de las fracturas de cadera desconocemos su densidad mineral ósea; el mecanismo de fractura puede ser un indicador fiable para determinar si la masa ósea es patológica. Pocos diagnósticos de confirmación anatomo-patológicos.

PC-102. IMPACTO DE LA POLIFARMACIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE UN SERVICIO DE GERIATRÍA

S. Mohamed Aya, M. Bermúdez, G. Guzmán, E. Valle, B. García, M. Fernández y J. Solano
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Evaluar el impacto de la polifarmacia al ingreso en pacientes hospitalizados en una Unidad de Agudos de Geriatría.
Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se incluyeron los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Área de Gestión de Geriatría del Hospital Monte Naranco durante abril y mayo de 2016. Se recogieron datos de la valoración geriátrica integral (VGI) al ingreso, número total de fármacos, fármacos por grupos farmacológicos, mortalidad intrahospitalaria y días de estancia hospitalaria. Se analizaron mediante el programa SPSS, con pruebas chi y regresión logística.
Resultados: Se incluyeron 370 pacientes. Edad media 88,1 ± 4,41 años, 59,3% mujeres. Para la VGI: I. Barthel medio de 63,12 ± 35,18; deterioro cognitivo 31,5%; vivían en domicilio 75,7%. Numero de fármacos medio al ingreso de 7,56 ± 3,28; estancia media hospitalaria de 8,7 ± 3,28 días; mortalidad intrahospitalaria del 8,9%. Tomar 8 o más fármacos se asoció a una mayor estancia hospitalaria (p = 0,002; RR = 2,02; IC = 1,3-3,13) y a sexo femenino (p = 0,047; RR = 1,19; IC = 1,01-1,41). Para cada grupo farmacológico: Sexo se asoció a la toma de antidiabéticos orales (p = 0,18) y broncodilatadores (p = 0,002). Mortalidad se asoció a la toma de IECA/ARAII (p = 0,035). No hubo asociación estadísticamente significativa entre la estancia hospitalaria y los diferentes grupos farmacológicos.
Conclusiones: La polifarmacia en los pacientes ancianos es muy frecuente, predominando en mujeres. Esta polifarmacia al ingreso se asocia con un aumento de la estancia hospitalaria. La toma de IECA/ARAII en pacientes ancianos se asocia a un aumento en la mortalidad.

PC-103. VALORACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN FASE FINAL DE LA VIDA EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO

C. Leite, L. Goicoechea, I. Iturrioz, A.I. Olaizola e I. Gamio
Centro Julián Rezola Fundación Matia, Donostia-San Sebastián.

Objetivos: Analizar durante 2 años en un Centro Gerontológico en situación de final de vida, el uso realizado de la vía subcutánea y las bombas de infusión, los motivos para su utilización, dosis y fármacos utilizados, eficacia en el control de síntomas, duración del tratamiento y la comunicación con el residente/familias,
Métodos: Se revisan durante los años 2015-hasta marzo 2017, las bombas de infusión y tratamientos subcutáneos aplicados, datos de edad, situación funcional (Barthel) y mental (MEC), diagnósticos principales, síntomas principales a controlar, dosis y tipo de fármaco utilizados y duración del tratamiento hasta el exitus. Se valoran las intervenciones realizadas con residentes/familias durante el proceso.
Resultados: Durante el año 2015-hasta marzo 2017 han fallecido 92 personas de las que el 86% (79) fallecieron en el centro. 61 personas recibieron tratamiento s/c, utilizando infusión continua s/c en 48 de los casos. En el 100% de los casos las familias (residentes mayoría demencia) fueron informadas del por qué y para qué, los pasos a seguir, evolución y el posible desenlace final de su familiar. La edad media de este grupo fue 86,9, Barthel medio: 15,86, MEC medio: 15,16 con 27 casos en los este no fue valorable. La demencia fue el diagnóstico principal en 74,19% aunque todos los residentes eran pluripatológicos y polimedicados. Los síntomas más frecuentes a tratar fueron la disnea y las secreciones en el 41,93%. Los fármacos utilizados fueron el cloruro mórfico, buscapina y midazolam con dosis medias de 3,47 mg, 3,53 mg, 2,078 mg/24 horas en bomba y la duración media del tratamiento fue de 21,8 horas. En 7 casos se utilizó medicación de rescate por presencia de síntomas como disnea, fiebre, aumento de secreciones y agitación.
Conclusiones: Se ha constatado que la utilización de la vía subcutánea en el ámbito residencial es un instrumento de gran utilidad para control de síntomas en fase final de vida. Solamente en unos pocos casos se ha requerido medicación de rescate una vez instaurado el tratamiento. La implicación, acompañamiento, información y apoyo de la familia es básica a lo largo de todo el proceso.

PC-104. FACTORES PREDICTORES Y PREVALENCIA DE DISFAGIA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

R. Ojeda, N. Muñoz, M. Salvador y M. Llonch
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La disfagia orofaríngea (DOF) se define como un nuevo síndrome geriátrico con elevada prevalencia y alta comorbilidad. Está relacionada con broncoaspiraciones, malnutrición y mortalidad. Como equipo de soporte de geriatría en residencias, iniciamos estudio de prevalencia de DOF en las residencias de nuestra zona.
Objetivos: Detectar la prevalencia de DOF en entorno residencial y su relación con fragilidad.
Métodos: Estudio descriptivo de un corte transversal. Screening mediante EAT-10 y confirmación con el test volumen-viscosidad (MECV-V). Valoración de fragilidad (Clinical Frailty Scale; CFS), funcionalidad (I. Barthel), cognición (MEC-Lobo) y nutrición (MNA). Número de fármacos y infecciones respiratorias obtenidos de la historia clínica. Para el análisis univariante de distribución normal se

utilizó t-Student (v. cuantitativas) y chi cuadrado (v. cualitativas); en casos de no normalidad se aplicó test Kruskal Wallis, utilizando el SPSS versión 22.
Resultados: Datos preliminares: 47 residentes, edad media 84,6 (± 8) años, 64% mujeres. El diagnóstico principal fue demencia (80%); MEC 16 (± 13). El 43,3% de causa vascular, 27% mixta y 27% Alzheimer. I. de Barthel 40 (± 32), CFS 6 (± 2), MNA ≥ 10 (77%). Del total de residentes, el 70,2% ya seguía dieta adaptada. Se aplicó el EAT-10 con un resultado < 3 en 25 casos (53%) de los cuales 14 seguían dieta normal y 11 adaptada; EAT-10 ≥ 3 en 22 casos (47%). Se realizó el test MECV-V en 29 casos (22 EAT-10 ≥ 3 y 11 con dieta previa adaptada) que fueron positivos 14 casos (30%). Fármacos prevalentes: analgésicos (72,3%), benzodiacepinas (62%) y neurolépticos (38,3%). En el análisis univariante, se encontró relación estadísticamente significativa entre disfagia y funcionalidad (p = 0,000), malnutrición (p = 0,000), fragilidad (p = 0,001) y cognición (p = 0,004); no en el resto de variables estudiadas.
Conclusiones: La prevalencia de DOF es del 30%. Alto porcentaje de dietas adaptadas en relación al diagnóstico de demencia. Siguen dieta adaptada 11 casos con MECV-V negativo que nos hace pensar en proceso dinámico y la necesidad de valorar liberar dietas. Los residentes más frágiles (menor funcionalidad y alteración cognitiva) padecen mayor frecuencia de disfagia, que también se asocia a malnutrición. La valoración de la disfagia debe ser incluida en la valoración global de los pacientes ancianos.

PC-105. CARGA ANTICOLINÉRGICA DE LAS PRESCRIPCIONES DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA

A. Lázaro Cebas[1], S. Pablos Bravo[1], M.S. Albiñana Pérez[2], L. López Sandomingo[2], R.J. Taboada López[2] e I. Rodríguez Penín[2]
[1]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [2]Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol.

Objetivos: La carga anticolinérgica de los medicamentos puede restar eficacia a los tratamientos con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACES), al antagonizar su mecanismo de acción. El objetivo del estudio es calcular la carga anticolinérgica, determinar los grupos terapéuticos y el origen de las prescripciones de pacientes ingresados en centros sociosanitarios (CSS) a tratamiento con IACES.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal que incluyó a los pacientes ingresados en los cinco CSS del área en tratamiento con IACES en noviembre de 2016. Recogida de datos: historia clínica electrónica IANUS® e historias clínicas de los CSS (papel, Resiplus®). Se recogieron variables demográficas, escala de dependencia de Barthel, escala de evaluación del estado cognitivo MEC de Lobo, número de medicamentos prescritos, IACES y fármacos con carga anticolinérgica con sus prescriptores. La carga anticolinérgica de las prescripciones se calculó según la escala Drug Burden Index (DBI) empleando la herramienta "Anticholinergic Burden Calculator". Los fármacos se clasificaron según el Sistema de Clasificación Anatómica (ATC). El análisis estadístico se realizó empleando Microsoft Excel®.
Resultados: De los 631 residentes 35 (68,6% mujeres) estaban en tratamiento con IACES. La edad media fue de 83,2 ± 5,9 años. La mediana de puntuación en las escalas de Barthel y MEC fue de 38 (RIC: 65) y 11 (RIC: 8) respectivamente. La media de medicamentos por paciente fue 8,3 ± 3,3. El IACE más prescrito fue donepezilo (n = 17), seguido de rivastigmina (n = 15) y galantamina (n = 3). 24 prescripciones fueron realizadas por neurología, 10 por psiquiatría y 1 de origen desconocido. El 80% de los pacientes tenían prescrita medicación anticolinérgica. La media de la carga anticolinérgica fue de 1,4 ± 0,7, lo que se traduce en un riesgo anticolinérgico elevado. La media de anticolinérgicos por paciente fue de 2,2 ± 1,1. Se detectaron 75 prescripciones con carga anticolinérgica, los grupos terapéuticos más prevalentes fueron los antidepresivos (46,6%) y los antipsicóticos (33,3%). El origen de éstas prescripciones fue: 48,0% neurólogo, 30,7% psiquiatra 17,3% médico del CSS, y 4,0% desconocido.
Conclusiones: Los pacientes con IACES de nuestro estudio presentaron una elevada carga anticolinérgica procedente de otras prescripciones, siendo antidepresivos y antipsicóticos los principales implicados. Tanto los IACES como las prescripciones de anticolinérgicos procedieron principalmente de neurología y psiquiatría.

PC-106. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS AFECTOS DE GRIPE: ESTUDIO RETROSPECTIVO

A.E. Orozco Terán, O. Duems Noriega y M.T. Barrera Salcedo
Hospital General de Granollers, Granollers.

Introducción: La gripe es una enfermedad infecciosa, de origen vírico, benigna en la mayoría de los casos, y que se caracteriza por una gran contagiosidad interhumana. El virus responsable de la gripe es un mixovirus de ARN con un potencial genético evolutivo considerable, que puede asociarse también a un gran riesgo de endemia. Su incidencia y contagiosidad elevadas hacen que esta enfermedad sea un verdadero problema de salud pública, tanto por los costes que genera para la sociedad, como porque a veces se observa una mortalidad elevada que afecta a poblaciones que se consideran de riesgo. La presencia de condiciones médicas pre-existentes se ha asociado con la mortalidad relacionada al virus de la gripe A o B.
Objetivos: Describir la población geriátrica afecta de gripe estacional en un hospital comarcal e identificar factores pronósticos de mortalidad.
Métodos: estudio retrospectivo de pacientes geriátricos con resultado positivo por PCR para gripe A o B atendidos en el Hospital General de Granollers en el periodo comprendido enero-diciembre 2016. Se revisaron factores demográficos, antecedentes patológicos, clínicos y paramétricos así como resultados clínicos y asistenciales (complicaciones, días estancia media, mortalidad) con el objetivo de describir la población e identificar factores asociados a mal pronóstico.
Resultados: Durante el periodo de estudio 90 paciente presentaron infección documentada por gripe A o B, edad media 85,7 ± 5,6; 62,2% mujeres con dependencia funcional severa en 25% (I. Barthel ≤ 40) y 30% institucionalizados. Solo el 34,4% de la población estudiada recibió vacunación durante el año previo. En su presentación cerca del 77% presentaban insuficiencia respiratoria con tendencia a la taquipnea en la mayoría de los casos (FR media 24,37 ± 6,23). Las complicaciones más frecuentemente asociadas fueron neumonías 24,4% y broncoespasmo 46,7% con una mortalidad hospitalaria del 8,9%. El único factor que se asoció con la mortalidad fue la edad ≥ 85 años (p 0,007).
Conclusiones: En nuestra muestra se evidenció una baja proporción de vacunación (34,4%), con mortalidad hospitalaria del 8,9%. El único factor asociado a mal pronóstico fue la edad ≥ 85 años.

PC-107. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

A. Elvira Pérez, M. Graupera Cuquet, O. Arias Varela y F. Moreta Lora
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Objetivos: Analizar incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario y valorar el estado nutricional de los pacientes en la unidad de psicogeriatría.
Métodos: Estudio transversal realizado en enero 2016 a los pacientes ingresados en una unidad de psicogeriatría. Se han recogido datos demográficos, funcionales, toma de psicofármacos y la existencia de disfagia. Para la valoración de los trastornos de conducta alimentaria se documentó la existencia de negativa a la ingesta, alimentación selectiva, apraxias y anorexia. Para la valoración del estado nutricional se utilizó el Mini Nutritional Assessment (MNA) herramienta de

cribado que ayuda a identificar a ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición.
Resultados: Se incluyeron 31 pacientes. El 61% eran mujeres. La edad media era de 81,2 años. El 48% habían ingresado desde Hospital de Mataró siendo el motivo de ingreso más habitual sobre infección respiratoria y/o declive funcional. La demencia más frecuente era la de tipo Alzheimer (48%). En el 65% la demencia se encontraba en una fase grave (CDR 3). El índice de Barthel medio era 34,5. Presentaban disfagia (valorada mediante el MECV-V) el 87% de los pacientes. En el 32% había una alimentación selectiva, en el 26% anorexia y el 14% presentaban negativismo a la ingesta. El MNA solo se pudo valorar en 27 pacientes, porque el resto se encontraban en fase final de vida. El MNA medio era de 20,4 y el IMC medio de 22,6. El 51% de los pacientes presentaban riesgo de malnutrición y el 19% desnutrición. La prevalencia de disfagia es muy elevada el año 2016, el 88,6% de los pacientes presentaban alteración del MECV-V.
Conclusiones: La demencia es un factor de riesgo de malnutrición. La prevalencia de desnutrición es superior en pacientes con disfagia oro faríngea (DO) que sin DO. Es importante detectar y tratar de forma precoz situaciones de riesgo de desnutrición ya que estas suelen aumentar la estancia hospitalaria, aparecen más complicaciones y el mal estado nutricional tiene como consecuencia una disminución de calidad de vida así como un aumento de la morbilidad y mortalidad.

PC-108. UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE ICTUS: IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS

P.V. Perea Camargo, O. Miralles Resina, J.M. Santiago Bautista y B. Fontecha Gómez
Consorci Sanitari Integral-Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La prevalencia anual de Ictus en Cataluña es de 15.000 casos, incidencia de 58,6 casos/100.000 habitantes-año. El Plan Director de la Enfermedad Cardiovascular 2013 establece 3 perfiles de intensidad rehabilitadora: alta, moderada y de larga estancia (mal pronóstico rehabilitador) o ambulatoria en pacientes con secuelas menores. El Consorci Sanitari Integral (CSI) implanta la unidad de rehabilitación intensiva de ictus, con estructura de media estancia (6 camas). El programa incluye terapia individualizada 3h por las mañanas (fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional), 2h por las tardes grupal. Los objetivos son lograr máximo nivel de funcionalidad, prevenir complicaciones, reducir discapacidad, facilitar independencia y buscar la reinserción socio-familiar-laboral precoz. El trabajo es multidisciplinar (geriatra, rehabilitador, trabajo social, enfermeras, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, neuropsicología). Es de inicio precoz, gran intensidad y corta duración, involucrando familiares y cuidadores. Se evalúan objetivos semanalmente y se planifican las altas con recomendaciones y coordinación de seguimiento.
Objetivos: Describir el programa y resultados preliminares de los 4 primeros meses de la unidad.
Métodos: Análisis retrospectivo de la actividad desarrollada durante los 4 primeros meses de funcionamiento a través de la revisión de las altas y la evolución funcional. Disponemos de un registro sistemático con las variables sociodemográficas, NIHSS, rankin modificado, índice de Barthel, FIM y coordinación de recursos al alta.
Resultados: Han ingresado 22 pacientes (21 altas), 86% hombres, edad media 65,7 años (38-86). Estancia media 23,95 días, Rankin modificado ingreso 3,5 (1-4); alta 2,6 (0-4). Media NIHSS ingreso 6,8 (1-17), NIHSS alta 5,8 (1-15). Barthel < 60 al ingreso 54% (media 49), al alta 28% (media 65). Al alta 76,2% (16) retornan a domicilio, el 23,8% (5) a centro de media/larga estancia. Presentan trastorno adaptativo 54,5%; disfagia 32% y 14% afasia de conducción.
Conclusiones: 1. La mejoría funcional obtenida se refleja en descenso del Rankin de 1 punto, descenso NIHSS de 1 punto y mejoría del I. Barthel en > 15 puntos. 2. La estancia media está en los estándares para este tipo de unidades. 3. El 23,8% de los pacientes han requerido proseguir período de RHB en convalecencia.

PC-109. ¿SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS DE CONTROL EN PACIENTES DIABÉTICOS INSTITUCIONALIZADOS?

O. Chuquipuma Puma, P. Mantilla Vargas, J. Falgueras Ymbert, P. Bascuñana López y M. Marín Hernández
Grup Mútuam, EAR Mútuam.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos de DM en pacientes institucionalizados. Describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.
Métodos: Diseño: descriptivo transversal. Muestra de estudio: pacientes institucionalizados con DM en seguimiento por un Equipo EAR Mutuam de Barcelona. Variables: edad, sexo. HbA1c, glicemia basal, CT, LDL, TG. FRCV. LOD. ECV. Control TA. Tabaquismo. Deterioro cognitivo y funcional. Tipo de tratamiento. Polifarmacia. Fuente de datos. Programa eCAP para revisión de parámetros sociodemográficos, analíticos y clínicos. Análisis de datos: univariantes y bivariante, según la naturaleza de los datos. Limitaciones: registros de parámetros antopométricos y analíticos incompletos.
Resultados: De 852 pacientes, la prevalencia de DM fue de 21,48% (183). Siendo 70,49% mujeres, con una media de edad de 85,62 años. De los objetivos de control marcados por las GPC: Tenían Hb glicosilada < 7% el 65,03% y con < 8% el 84,70% (aceptable a nivel residencial). Con glicemia basal < 130 mg/dL el 77,05%, y GB < 90 mg/dL el 30%. Tenían CT < 200 mg/dL el 65,57%, y CT < 130 mg/dL el 10,93%. Con LDL < 100 mg/dL el 38,25%. Con TG < 150 mg/dL el 60,11%. El 85,25% cumplían con el objetivo control de TA < 140/90. Sobre el tratamiento: sólo dieta 27,32% (50), sólo ADOs 42,08% (77) y con insulinoterapia 30,60% (56). El 93,51% de sólo ADOs con monoterapia (84,72% con metformina). Asociado a HTA: 77,05%. Asociado a enfermedad cardiovascular: 53%. Uso de estatinas: 30,60%. Tratamiento antiagregante-anticoagulante: 66,67%. Sin LOD: 53,55%, con vasculopatía 10,38%, con retinopatía 3,83% y con polineuropatía 3,83%. Con IRC: 34,43%. Tabaquismo activo: 6,01%. Polimedicación: > 5 medicamentos el 75,41%, ≥ 10 el 26,78%. Estado funcional: Dependencia muy severa-severa el 38,25%, moderada el 18,58%, leve el 39,34% y autónomos el 3,83%. Deterioro cognitivo grave 43,17%, moderado 20,22%, leve 14,21% y 22,40% sin deterioro cognitivo.
Conclusiones: Se cumple los principales objetivos de control de DM según las GPC. Un control casi estricto, teniendo en cuenta el deterioro funcional y cognitivo prevalente de nuestra muestra. El uso de estatinas recomendadas por las GPC debe individualizarse según la comorbilidad asociada, las interacciones medicamentosas, y la esperanza de vida. Se concluye como otras observaciones que se debe sopesar el riesgo-beneficio de un control metabólico estricto en estas edades, evitando complicaciones y reacciones adversas, y considerando la calidad de vida del paciente.

PC-110. ANÁLISIS AL AÑO DE INTERVENCIÓN MEDIANTE UNA UNIDAD DE DISFAGIA EN PACIENTES CON DEMENCIA Y DISFAGIA INSTITUCIONALIZADOS

M. Herreros Puebla[1], J. Jaramillo Hidalgo[2], B. Bejar Martínez[1], J. Rocafort Gil[1] y J. Gómez Pavón[2]
[1]Hospital Centro de Cuidados Laguna, Madrid. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid.

Objetivos: Analizar los resultados de la intervención por parte de una Unidad de disfagia en pacientes institucionalizados con demencia y disfagia.
Métodos: Estudio cuasiexperimental de intervención sobre pacientes ingresados en una Unidad Integral de Enfermedades Neurodegenerativas con diagnóstico de demencia y disfagia en el periodo

de 1-1-2016 hasta el 1-1-2017. Se valoró el riesgo de presentar disfagia con el Test EAT 10, recogiendo asimismo variables funcionales, clínicas y nutricionales, realizando intervención (textura, espesantes, adaptación de la medicación, formación auxiliares) con seguimiento de un año, evaluando como variable final presentar broncoaspiración, úlceras por presión e ingreso hospitalario. Aprobado por comité de ética e investigación del centro.
Resultados: N = 21 (67% mujeres). Edad media: 82,27 ± 6,46. Diagnóstico principal: Alzheimer 66,7%; vascular 22,7%; GDS ≥ 6 71%; MNA = malnutrición 62%. Polifarmacia: 76,7% (neurolépticos 43,1%; antidepresivos 36,1%; benzodiacepinas 43,1%). Al año de intervención los pacientes presentaron menor número de broncoaspiraciones (29% al 19%, p < 0,001), con menor desnutrición (62% vs 5%, p < 0,001) y sin cambios en el número de ingresos hospitalarios ni en la prevalencia de úlceras por presión.
Conclusiones: La intervención especializada de la Unidad de disfagia sobre pacientes con demencia grave institucionalizados, disminuye el número de broncoaspiraciones mejorando asimismo el estado nutricional.

PC-111. ANSIEDAD, MIEDO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS ASOCIADOS A LA HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD AGUDA EN ANCIANOS

N.M. González-Senac[1], E. Ocaña Ramírez[2], V. Romero Estarlich[1], J. Zuluaga Gómez[1] y M.T. Vidán Astiz[3]
[1]Servicio de Geriatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. [2]Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Centro San Camilo-Tres Cantos. EAPS-Obra Social La Caixa. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. [3]Servicio de Geriatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación IiSGM, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Objetivos: Evaluar el grado de ansiedad y sintomatología depresiva y sus variaciones durante el ingreso en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda.
Métodos: Estudio observacional descriptivo de los ancianos ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) de un hospital universitario. Se excluyeron aquellos pacientes con deterioro cognitivo severo (MMSE < 15) o incapaces de realizar el MMSE al ingreso por cualquier motivo. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales y clínicas y se administraron la escala de ansiedad (Hamilton), depresión (Yesavage), miedo a la muerte (Collet-Lester, parcial) y soledad (Este II) al ingreso y alta.
Resultados: Se incluyeron 160 pacientes consecutivos con una edad media de 87,31 años, 57,7% mujeres, 29% vivían solos y 59% con familia. El grado medio de ansiedad al ingreso fue bajo (I. Hamilton: 14,63 ± 7) aunque un 34% tenía ansiedad al menos moderada y un 44% síntomas depresivos. Los pacientes con mayor grado de soledad tenían peores puntuaciones en la escala de ansiedad al ingreso (15,56 ± 7 vs 12,49 ± 6,7, p = 0,01) y más síntomas depresivos al ingreso (6,12 ± 3,1 vs 3,7 ± 2,6, p < 0,001), pero no tenían más miedo a la muerte (9,1 ± 4,2 vs 8,2 ± 4,8, p = 0,24). En el momento del alta, un 40% había mejorado el índice de ansiedad y un 23,5% los síntomas depresivos. La mejoría de ansiedad fue más frecuente en varones (46,3%) que en mujeres (36,6%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. No hubo asociación entre la edad, funcionalidad basal, grado de dolor, motivo de ingreso o estancia hospitalaria con el grado de ansiedad al alta. Un 45% de los pacientes con soledad marcada mejoraba su ansiedad al alta frente al 30% de los que referían soledad baja (p = 0,087).
Conclusiones: Un porcentaje importante de ancianos ingresados por enfermedad aguda presenta ansiedad y síntomas depresivos, con escasa mejoría en el momento del alta. Estos síntomas parecen más asociados al grado de soledad que a la gravedad de la enfermedad o el tiempo de estancia hospitalaria. Se necesitan más estudios sobre intervenciones dirigidas a disminuir la ansiedad asociada al ingreso hospitalario en ancianos.

PC-112. UNA SONRISA COMPARTIDA

G. Hernández Ahuntchain
Hogar para Ancianos Colonia Valdense, Uruguay.

Taller de prótesis dental realizado por grupo de huéspedes, de diferentes: edades 66 a 94 años, nivel educacional, socio-cultural, ajenos a la profesión buscando el humor como herramienta de intervención en el trabajo diario, considerando la importancia que tiene sonreír con un sistema estomatognático rehabilitado. Todas las personas disfrutan del buen humor, pero no siempre resulta fácil expresarlo y usarlo, por falta de confianza, por falta de estímulo o en muchos por falta de piezas dentarias. Este grupo de huéspedes del Hogar, en conjunto nos propusimos buscar rehabilitar a otro huésped residente de nuestra Institución desde su sistema estomatognático, utilizando dicho proyecto como una manera más de estimulación cognitiva, buscando doble objetivo, la sonrisa y con qué sonreír además del buen humor. De esta manera se ideo un taller de prótesis dental donde frente a mi supervisión fueron confeccionando dichas prótesis. Por medio de actividades prácticas y teóricas se fue desarrollando estimular diferentes funciones ejecutivas, memoria, percepción, lenguaje, atención, utilizando la diversidad de materiales de uso odontológico estimulando la capacidad de la persona para identificarlos. Con la dinámica propuesta, se mejoró la habilidad para interpretar significado de la información que recibían visualmente detectando los objetos con mayor rapidez frente a estímulos visuales: forma, color, tamaño, estímulos olfatorios, estímulos sensoriales de las diferentes texturas. Trabajamos las dimensiones más importantes de la comunicación oral, como: la denominación de los objetos, el significado y comprensión de cada uno, los cuales eran totalmente nuevo para ellos. Se logró objetivo principal devolver la sonrisa a este huésped con las prótesis confeccionadas por medio de una actividad que fomentó alegría, diversión socialización. El proceso de envejecer implica elecciones y decisiones, avanzar en el camino de la vida nos conecta con cualidades necesarias para envejecer saludablemente donde, ser flexibles, tener disposición de los cambios, ser reflexivo, poner la angustia en palabras, poder auto cuestionarse, relativizar, replantear la idea univoca, acceder a soñar, a fantasear, a jugar a desear, y a reír y reírse de sí, hace que cada uno puede hacer más por su envejecimiento de los que cree que el envejecimiento hará sobre usted.

PC-113. ESTUDIO DE LAS HOSPITALIZACIONES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. ASOCIACIÓN CON DESNUTRICIÓN

M. Martínez Gabarrón, D.C. Dudas, J. Mozas Poveda y J. Martínez Gabarrón
Residencia Novaire Elche Aljub, Elche.

Objetivos: Analizar la incidencia de desnutrición en los usuarios de un centro residencial que han sido hospitalizados por enfermedad aguda en el último año basándonos en el IMC y su asociación con mal pronóstico.
Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que se incluyen todos los residentes hospitalizados por enfermedad aguda con estancia hospitalaria mayor o igual a 2 días, desde el 1 de marzo de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017. Análisis con paquete estadístico SPSS.
Resultados: Del total de residentes (179), se seleccionaron a los que presentaron hospitalización, con lo cual se obtuvo una muestra de 52 hospitalizaciones, correspondientes a 48 residentes (4 reingresos). Se determinó el IMC al ingreso siendo inferior al 18,5 kg/m^2 en el 37,5% (18). La evolución desfavorable con desenlace fatal en los 6 meses siguientes se produjo en el 43,75% (21) de los casos, de ellos, presentaban desnutrición al ingreso el 67% (14). Se realiza análisis de contingencia entre ambas variables (IMC y exitus) y se obtiene una relación estadísticamente significativa (p < 0,05) entre la mortandad y el bajo IMC.

Conclusiones: La desnutrición en la población geriátrica es un conocido factor de mal pronóstico asociado a mayor número de hospitalizaciones y menor supervivencia. En pacientes hospitalizados por enfermedad aguda, la presencia de desnutrición implica así mismo, una mayor mortalidad a corto y medio plazo. Se quiere destacar la importancia de la detección precoz y el tratamiento de la desnutrición en la población geriátrica para tratar de incidir en la morbimortalidad asociada a este proceso.

PC-114. ESTUDIO DE LAS HOSPITALIZACIONES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. ASOCIACIÓN CON DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD

M. Martínez Gabarrón, D.C. Dudas, J. Mozas Poveda
y J. Martínez Gabarrón
Residencia Novaire Elche Aljub, Elche.

Objetivos: Estudiar las causas de hospitalización por enfermedad aguda en el último año y su asociación con deterioro funcional y mortalidad.
Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que se incluyen todos los residentes del centro hospitalizados por enfermedad aguda con estancia hospitalaria mayor o igual a 2 días, desde el 1 de marzo de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017. Análisis con paquete estadístico SPSS.
Resultados: Del total de residentes (179), se seleccionaron a los que presentaron hospitalización, con lo cual se obtuvo una muestra de 52 hospitalizaciones, correspondientes a 48 residentes (4 reingresos). La distribución por causas fue: infecciones respiratorias 46,15% (24), infecciones del tracto urinario 26,92% (14), enfermedades del sistema circulatorio 13,46% (7), enfermedades del aparato locomotor 9,62% (5) y enfermedades del aparato digestivo 3,85% (2). Del total de residentes hospitalizados, se objetivó un deterioro funcional con mayor dependencia en las ABVD en el 20,83% durante los 6 meses posteriores (10). De éstos, la recuperación fue total en el 70%, presentando mayor dependencia el 30% restante. Fueron exitus a los 6 meses el 43,75% (21).
Conclusiones: Las hospitalizaciones por enfermedad aguda en la población geriátrica son causa de aumento de dependencia y de mortalidad durante la hospitalización y en los meses siguientes a la misma. La hospitalización es un marcador de mal pronóstico en este grupo de pacientes por lo que es fundamental la adecuada formación del personal sanitario de los centros residenciales para reducir las hospitalizaciones y realizar un correcto seguimiento de su evolución, adecuando los recursos a las necesidades que pueden ser cambiantes en dicho proceso.

PC-115. CORRELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD AL AÑO DEL ALTA Y EL ÍNDICE BISEP

M. Martínez Toribio, L. Nadal Bares, R. Huerto Vilas,
J. Vendrell Justribó, M. Bonvehí Torres, C. Tamarit Sumalla
y J. Giralt Vallés
Hospital Universitario Santa María, Lleida, Lleida.

Objetivos: La población ingresada en las unidades de convalecencia es cada vez más envejecida, con mayor prevalencia de patologías crónicas, con mayor dependencia funcional y aumento del deterioro cognitivo, que empeoran su pronóstico y supervivencia. Por dicho motivo, el objetivo de este estudio es evaluar la correlación entre la mortalidad al año de los pacientes convalecientes dados de alta de la Unidad Socio Sanitaria (USS) y el índice BISEP "*Burden of Illnes Score for Elderly Persons*", herramienta que permite predecir el riesgo de mortalidad al año del alta, de los pacientes valorados al ingreso.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes: todos los pacientes dados de alta de la unidad desde el 1 de enero 2015 hasta el 31 de diciembre 2015. Se excluirán aquellos pacientes que se han cambiado a una unidad de cuidados paliativos por empeoramiento clínico, aquellos que han sido exitus durante el ingreso y aquellos con un bajo nivel de conciencia. Variables recogidas: variables demográficas (edad, sexo), variables administrativas (lugar de procedencia, tiempo de espera en la lista de espera, tiempo de ingreso), variables médicas, valoración enfermería, valoración social, valoración fisioterapia, valoración laboratorio, screening de BISEP: diagnósticos de alto riesgo, albúmina < 3,5 mg/dl, creatinina > 1,5 mg/dl, demencia, alteración de la marcha.
Resultados: Se valoraron 258 pacientes dados de alta durante el año 2015, excluidos ya los pacientes que permanecían ingresados a 31/12/15 o que habían fallecido durante el ingreso. El principal motivo de ingreso fueran las patologías crónicas (AVC, EPOC e ICC) y los pacientes convalecientes de fractura de fémur. Grupo I 20,16%, grupo II 16,67%, grupo III 25,97% y grupo IV 37,21%, con una mortalidad al año del 15,38%, 25,58%, 28,36% y 54,17%, respectivamente.
Conclusiones: El índice BISEP "*Burden of Illnes Score for Elderly Persons*" constituye un modelo completo y útil para valorar el riesgo de mortalidad en personas mayores hospitalizadas. En nuestra muestra, como era de esperar el riesgo de mortalidad al año aumento en función de la comorbilidad, datos de laboratorio, la dependencia funcional y el deterioro cognitivo.

PC-116. PREDICTORES DE MORTALIDAD A UN AÑO EN PACIENTES CON DEMENCIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

L. García Ortiz de Uriarte, M.A. Zelada Rodríguez, C. Fernandes,
N. Muñoz, D. Rodríguez y X. Martí
Hospital de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: Determinar los factores asociados a mortalidad a un año de seguimiento en pacientes con demencia, ingresados en una Unidad de Psicogeriatría.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados en una Unidad de Psicogeriatría durante el periodo enero-diciembre 2015. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (comorbilidad según I. Charlson, polimedicación, albúmina), funcionales (I. Barthel basal, ingreso, alta) y cognitivas-conductuales (MEC, GDS, NPI-Q). Los criterios de inclusión fueron: Pacientes con diagnóstico de demencia según DMS-V, estadios 4-7b según el GDS; excluyéndose demencia terminal y secundaria a trastorno psiquiátrico, síndrome confusional agudo. Se realizó un análisis univariante para seleccionar variables predictoras de mortalidad y posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística binaria para establecer el modelo predictivo, mediante el programa SPSS-15.
Resultados: Se incluyó 107 pacientes, predominando sexo femenino (69%), edad media 84,8 ± 8 años, I. Barthel al alta 35,3 ± 28, presentando dependencia funcional leve 21%, moderada 20%, grave 21% y total 39%, se objetivó gran polimedicación 37 (33%), I. Charlson 3,54 ± 2,4, alta comorbilidad 30 (27%), hipoalbuminemia 33 (29%), GDS 5,73 ± 1,02 y el MEC 11,2 ± 7,8. Los tipos de demencia más frecuentes fueron: mixta 54 (48%), Enfermedad de Alzheimer 28 (25%), vascular 13 (12%), otras 18 (16%). Los SCPD más prevalentes: apatía (48%), alucinaciones (38%), irritabilidad (3%), con NPIQ total 3,29 ± 2,2. Se realizó un análisis de regresión logística, donde se incluyeron las siguientes variables al alta: dependencia funcional (leve-moderada-grave-total) según el I. Barthel, comorbilidad (leve-moderada-grave) según el I. Charlson, polimedicación, GDS, hipoalbuminemia y tipo de demencia; tras realizar el análisis se construyó el modelo final donde se asociaron de manera significativa con mayor mortalidad al año: la dependencia funcional total vs dependencia leve-moderada (ExpB (OR): 3-4), alta comorbilidad vs baja: (OR 3), gran polimedicación vs no polimedicación (OR: 3,5); la demencia tipo Alzheimer vs otras (OR: 0,32) (68%, menos probabi-

lidad de muerte al año). La hipoalbuminemia, el GDS no predijeron de manera significativa.
Conclusiones: La dependencia funcional total, la elevada comorbilidad, la gran polimedicación predicen de manera significativa la mortalidad al año de pacientes con demencia, la enfermedad de Alzheimer se asocia con menor riesgo en relación a las otras demencias.

PC-117. PANCREATITIS AGUDA EN EL MAYOR

V. Martín López, L. Lozano Vicario, I. Criado Martín,
P. Vicent Valverde, B.D. Vásquez Brolen, M. Asenjo Cambra
y P. López-Dóriga Bonnardeaux
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Analizar la presentación clínica y evolución de los pacientes ingresados con el diagnóstico de pancreatitis aguda en un servicio de Geriatría.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se evaluaron las características clínicas así como la evolución de los sujetos ingresados con pancreatitis aguda en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe entre enero de 2008 y febrero de 2017. Los criterios diagnósticos fueron (≥ 2): dolor abdominal consistente; lipasa > 3 veces el límite alto de la normalidad; y pruebas de imagen sugerentes de pancreatitis aguda.
Resultados: Ingresaron 80 pacientes con el diagnóstico de pancreatitis aguda, predominando las mujeres 73,7%, con una edad media de 88,2 años. La mediana de la situación funcional y mental previas al ingreso fue de 2 y 1, respectivamente (Escala de Cruz Roja). El Índice de Charlson ajustado fue de 6,2 ± 0,2. El 90% debutó con dolor abdominal, acompañado de náuseas y vómitos en el 71% de los casos. El 86,3% cumplió el criterio de lipasa elevada. Respecto a los criterios de gravedad, ningún paciente presentó fiebre (> 38 ºC); el 78,8% presentó una frecuencia cardiaca superior a 90; sólo un 7,5% presentó una frecuencia respiratoria > 20; y el recuento de leucocitos fue < 4.000 o > 12.000/mm^3 en el 45% de la muestra. El porcentaje de pacientes con criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) fue del 41,3%. Se estableció el origen de la pancreatitis en el 63,8% de los pacientes: litiásica (60%), neoplásica (2,5%) y enólica (1,3%). Un 6,3% presentaron complicaciones locales (quiste pancreático o absceso). La estancia media fue de 10,9 ± 1,1 días con una mortalidad del 5%. La situación funcional y mental al alta empeoró en un 14,5% y 6,6% respectivamente y la tasa de nueva institucionalización fue del 3,8%.
Conclusiones: La pancreatitis aguda en el mayor se manifiesta con dolor abdominal, náuseas y vómitos, taquicardia, ausencia de fiebre y elevación de la lipasa sérica, predominando la etiología litiásica. Un 41,3% reúne criterios de SRIS y la mortalidad es del 5%, empeorando la situación funcional en el 14,5% tras el ingreso.

PC-118. ÍNDICE PRONÓSTICO MULTIDIMENSIONAL Y VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES MAYORES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO CON CATÉTER (TAVI)

J. Albéniz, P. Fernández Montalbán, C. Miret, L. Hernández,
A. Merello, E. Sánchez y A. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El MPI es un índice pronóstico multidimensional basado en la valoración geriátrica integral que ha demostrado predecir la mortalidad al alta y a los seis meses en pacientes mayores complejos en numerosos entornos clínicos.
Objetivos: Describir y clasificar mediante el MPI la población mayor seleccionada para un remplazo valvular aórtico con catéter (TAVI) en un hospital terciario.
Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Criterios de inclusión: Pacientes mayores seleccionados por Cardiología para el reemplazo valvular en una estenosis aórtica grave mediante la técnica TAVI durante 16 meses. El MPI incluye variables basales sociodemográficas, funcionales (AVD básicas e instrumentales), nutricionales, cognitivas, el riesgo de úlceras por presión, la comorbilidad y el número de fármacos, permitiendo el cálculo de un índice que permite clasificar la en tres grupos según el riesgo de mortalidad: MPI-1 (≤ 0,33, indica bajo riesgo), MPI-2 (0,34-0,65, riesgo moderado) y MPI-3 (≥ 0,66, alto riesgo de mortalidad). También se recogieron variables clínicas (EuroSCORE y NYHA).
Resultados: Se incluyeron 63 pacientes (edad media 83,0 ± 8,3 años, 57% mujeres). El 91,1%, eran independientes para las ABVD y el 77,2% para las AIVD. Convivían con su familia la mayoría (77,8%) y presentaban deterioro cognitivo el 20%. El 68,9% tenía tres o más enfermedades que precisaban tratamiento y el 54% polifarmacia grave. El 95,5% presentó riesgo de malnutrición y el 88,9% tenía bajo riesgo de UPP. El MPI medio fue de 0,33 ± 0,15. El 53,4% de los pacientes pertenecieron al grupo MPI-1, el 42,2% al MPI-2 y el 4,4% al MPI-3. El EuroSCORE medio fue 12,3 ± 7,4% y dos tercios de los pacientes (65,1%) se encontraban en clase funcional III de la NYHA. Sólo un paciente falleció durante el tiempo del estudio, por lo que por el momento no podemos estimar la capacidad pronóstica de mortalidad del MPI en esta muestra.
Conclusiones: La mayor parte de los pacientes mayores sometidos a un reemplazo valvular aórtico con técnica TAVI presentaban un riesgo bajo o moderado de mortalidad.

PC-119. EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN MÍNIMA-MASIVA EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

A. Martín, O. Ortega, M. Roca, M. Arús, R. Cristófol, S. Font y P. Clavé
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Introducción: La disfagia orofaríngea (DO) es una alteración de la deglución prevalente en ancianos hospitalizados (47.5%). La DO causa graves complicaciones respiratorias relacionadas con tres factores de riesgo: a) alteraciones de la seguridad en la deglución (aspiraciones); b) alteración del estado nutricional; y c) salud e higiene oral deficientes. El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de la Intervención Mínima-Masiva (IMM) sobre los tres factores de riesgo en pacientes ancianos con DO.
Métodos: Estudio de casos y controles con pacientes ancianos (≥ 70 años) y 6 meses de seguimiento. La población de estudio estaba formada por 62 pacientes hospitalizados con DO y 124 controles históricos con DO apareados por sexo, edad, funcionalidad, comorbilidades e índex de masa corporal. La intervención consistió en la evaluación y recomendaciones sobre: a) DO mediante el Método de Evaluación Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V); b) estado nutricional mediante el Mini-Nutritional Assessment short form (MNA-sf; i c) salud e higiene oral mediante la evaluación de patologías de la cavidad oral i el Oral Health Index Simplified (OHI-S). El grupo control siguió la práctica clínica habitual. Las principales medidas de resultado fueron los reingresos hospitalarios, las infecciones respiratorias de vías bajas (IRVB) i la supervivencia.
Resultados: Ambos grupos presentaron edad avanzada (84,87 ± 6,2), estado funcional deteriorado (79,33 ± 17,01) y otras comorbilidades (3 ± 1,6). Después de 6 meses observamos que la IMM reduce los reingresos hospitalarios (15,63% vs 33,87% p = 0,049), las IRVB (6,67% vs 23,39% p = 0,0441) y aumenta la supervivencia de los pacientes ancianos con DO (84,13% vs 70,96%; p = 0,044).
Conclusiones: Este estudio sugiere que una IMM en paciente ancianos hospitalizados puede reducir las readmisiones hospitalarias, las IRVB y mejorar la supervivencia de los pacientes hospitalizados con DO. Recomendamos que todos los ancianos hospitalizados sean evaluados y tratados por profesionales especialistas en estos tres términos.

PC-120. POLIFARMACIA Y PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DEMENCIA AVANZADA

S. Fernández-Villaseca, M.D.L.Á. Parro Martín, J. Mateos-Nozal, E. Delgado Silveira, L. Rexach Cano y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Determinar la prevalencia del uso inapropiado de fármacos en pacientes mayores con demencia avanzada que ingresan en una Unidad de Agudos de Geriatría de un hospital terciario.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados con demencia avanzada (estadio GDS 7) y criterios de terminalidad, que fueron valorados por el equipo de soporte hospitalario de Cuidados Paliativos en un periodo de un año. Se recogieron los datos de las historias clínicas, incluyendo: variables demográficas, número de medicamentos, polifarmacia (definida como más de cinco medicamentos) y fármacos potencialmente inapropiados. Para evaluar los fármacos inapropiados se emplearon los criterios PEACE (*Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts*), sustituyendo la warfarina por el acenocumarol. Se consideraron fármacos inapropiados aquéllos clasificados como raramente o nunca apropiados.
Resultados: Se revisaron 58 pacientes con una edad media de 90,8 ± 5,2 años, el 88% eran mujeres y el 33% vivían en residencias. La media de fármacos utilizados en el momento del ingreso fue de 5,2 ± 3, el 41% presentaban polifarmacia. El 48% de estos pacientes usaban al menos un fármaco inapropiado. Los fármacos inapropiados más frecuentes fueron los inhibidores de la acetilcolinesterasa (13,8%) y la memantina (13,8%), antiagregantes (excluyendo ácido acetilsalicílico) (8,6%), digoxina (6,9%), hipolipemiantes (5,2%) y heparinas (3,9%). También se detectó el uso inapropiado de alfa-bloqueantes, antiandrógenos, bifosfonatos, corticoides, acenocumarol, estimulantes del apetito y antiespasmódicos.
Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes con demencia en fase terminal utilizan medicamentos inapropiados. Sería necesario revisar periódicamente los tratamientos crónicos en estos pacientes, intentando deprescribir aquellos fármacos innecesarios, cuando el enfoque de la asistencia es ofrecer cuidados paliativos.

PC-121. FRAGILIDAD, DEPRESIÓN Y EVENTOS ADVERSOS DE SALUD EN MAYORES. DATOS PRELIMINARES

M.C. Ruiz Grao[1], P.M. Sánchez Jurado[1], M. Molina Alarcón[1], A. Hernández Martínez[2], R. García Molina[1] y P. Abizanda Soler[1]
[1]Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. [2]Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Objetivos: Describir el estado de fragilidad y prevalencia de depresión de manera combinada en la cohorte estudiada, principales características basales y eventos adversos de salud (mortalidad, discapacidad incidente, hospitalización, visita a Urgencias) tras seguimiento.
Métodos: Análisis descriptivo y bivariante sobre 818 sujetos de 70 o más años pertenecientes a la cohorte FRADEA. Subestudio longitudinal. La sintomatología depresiva se midió mediante la Geriatric Depression Scale-15 ítems y la fragilidad según Criterios de L. Fried. Se creó una variable combinada de fragilidad y depresión con seis subcategorías.
Resultados: A nivel basal, la prevalencia de fragilidad y depresión resultó ser de 88 (10,8%) sujetos en la categoría "Fragil-depresión", 151 (32,9%) sujetos en "Prefrágil-depresión", frente a 68 (8,3%) sujetos pertenecientes a "Frágil-no depresión" y 308 (37,7%) sujetos "Prefrágil-no depresión" ($p \leq 0{,}001$). En frágiles y prefrágiles con depresión, la edad media fue de 81,6 años (DE ± 5,5) y 79,1 años (DE ± 5,7) respectivamente, predominó el género femenino (13,9% y 22,5%), y en institucionalizados el 21% y 28,6% fueron frágiles y prefrágiles con depresión respectivamente ($p < 0{,}001$). El riesgo de malnutrición (25,1% y 28,6%) y la función física según SPPB (5,0 puntos (DE ± 2,5) y 7,8 puntos (DE ± 2,4) fue superior en frágiles y prefrágiles con depresión ($p < 0{,}001$). La discapacidad previa en ABVD (30,7%), el deterioro cognitivo (21,2%), la alta comorbilidad (19,7%) y el consumo de fármacos (8,0 ± 3,6 DE) resultó superior en frágiles con depresión frente a sin depresión ($p < 0{,}001$). La calidad de vida fue inferior en frágiles con depresión con respecto al resto de subgrupos ($p < 0{,}001$). Entre los eventos adversos de salud tras la última observación, destacó que el 33,0% y el 17,9% de sujetos frágiles y prefrágiles con depresión respectivamente habían fallecido ($p < 0{,}001$).
Conclusiones: La presencia de fragilidad y depresión/sintomatología depresiva resultó superior en mujeres e institucionalizados. Los sujetos frágiles y prefrágiles con depresión presentaron mayor riesgo nutricional, peor estado funcional y discapacidad previa en ABVD. Así como, un mayor deterioro cognitivo, alta comorbilidad y un mayor consumo de fármacos frente a aquellos sin sintomatología depresiva. El evento adverso de salud tras seguimiento más destacable fue la mortalidad.

PC-122. INTERVENCIÓN EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS LEVES CON LA NINTENDO WII-SPORT RESORT EN PACIENTES DESPUÉS DE SUFRIR UN ICTUS MODERADO

I. Unibaso Markaida, N. Ortiz Marqués y S. Martínez Rodríguez
Universidad de Deusto, Bilbao.

De las personas que sufren un ictus el 33% son diagnosticadas de depresión post-ictus, este porcentaje aumenta a medida que pasa el tiempo. El paciente experimenta una peor calidad de vida a consecuencia de las secuelas. La depresión post-ictus no suele recibir un tratamiento adecuado, aumentando así la tasa de riesgo de suicidio (Fernández, 2012; Hackett, 2016 y West, 2010). La Nintendo Wii es un videojuego; se creó como una herramienta de ocio con el objetivo de realizar actividad física. El objetivo de este estudio fue analizar si el grupo cuasi-experimental que jugaba a la Nintendo Wii- Sport Resort (Wii) obtenía mejores resultados que el grupo cuasi-control (GC) en síntomas depresivos (GDS) después de realizar la intervención en donde jugaban a la Wii durante 2 meses, máximo 30 minutos 3 veces por semana. Este estudio forma parte de un proyecto mayor en el que participaron 30 personas, 15 formaron el grupo Wii. Y 15 formaban el GC, en lista de espera. La asignación a cada grupo fue realizada por los médicos rehabilitadores del Hospital. La media de edad de los participantes fue de 65 ± 15 años. Antes y después de la intervención se evaluó a todos los participantes con el GDS y al de un mes se volvió a evaluar al grupo Wii (follow-up). Los 30 participantes obtuvieron una media de 4,9; muy cerca del 5 que indica presencia de síntomas depresivos leves. Ambos grupos se distribuyen de manera normal (K-S), sin embargo, existe diferencia en las puntuaciones medias basales ($p < 0{,}05$) grupo Wii (DE = 3,87) GC (DE = 5,93). Después de la intervención, la media de ambos grupos desciende (DE = 3,60) GC (DE = 4,60) pero no existen diferencias significativas ($p > 0{,}05$). En el follow-up, en el grupo Wii desciende la puntuación (DE = 3,40; $p > 0{,}05$). En conclusión, se necesita realizar estudios con tamaños muéstrales más grandes, asignar la muestra de manera aleatoria a los grupos, controlar otros tratamientos simultáneos y detectar los síntomas depresivos para buscar intervenciones eficaces de tipo multidisciplinar, debido a que todos los pacientes presentan sintomatología depresiva leve en el estudio. Estos datos son preliminares ya que el grupo Wii percibió la intervención como positiva.

PC-123. PSEUDOANEURISMA DIFERIDO DE ARTERIA FEMORAL PROFUNDA COMO COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA TRAS FRACTURA DE FÉMUR. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Nadal Bares, M. Martínez Toribio, M. de Miguel Artal, S. Castro Ruiz, N. Prats Pascual, M. Bonvehí Torres y O. Roca Chacón
Hospital Universitario Santa María, Lleida.

Introducción: Presentación de un caso clínico de pseudoaneurisma diferido por laceración de la arteria femoral profunda en una

paciente intervenida de fractura de fémur e ingresada en la unidad de convalecencia.
Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 86 años, ingresada en la Unidad de Convalecencia para seguir tratamiento de rehabilitación funcional tras sufrir fractura pertrocantérea de fémur izquierdo y ser intervenida quirúrgicamente mediante enclavamiento endomedular. A los 16 días de estancia en nuestra Unidad, la paciente inicia dolor a nivel de tercio proximal muslo izquierdo asociado a tumefacción y limitación de la movilidad. La paciente estaba apirética y estable hemodinámicamente. A la palpación no presentaba fluctuación ni tumoración pulsátil. Pulsos periféricos presentes y simétricos. No alteraciones sensitivas. Ante la sospecha de sangrado activo se realizó angioTAC que mostró pseudoaneurisma dependiente de la arteria femoral profunda por laceración de la misma por fragmento óseo. Se realizó embolización del pseudoaneurisma con coils. Marco teórico: el diagnóstico de pseudoaneurisma de la arteria femoral profunda tras intervención quirúrgica de fractura proximal de fémur es poco frecuente, aunque va en ascenso debido al mayor número de procedimientos intervencionistas. La lesión de la arteria se puede producir por el propio traumatismo, normalmente por fragmentos óseos, con frecuencia el trocánter menor, o bien por causa iatrogénica durante la cirugía ortopédica, ya sea por el enclavado endomedular, los fijadores externos, etc. Independientemente del mecanismo, se produce una erosión repetida del vaso y la formación de falso aneurisma.
Discusión: En nuestro caso la presentación tardía, debutando la clínica a los 15 días de la intervención quirúrgica es poco habitual. En pacientes de edad avanzada los pseudoaneurismas pueden causar anemia y precisar la administración de concentrados de hematíes. Se optará por el abordaje terapéutico más adecuado en función de la situación basal y actual del paciente.

PC-124. VALIDACIÓN DEL CRIBADO NUTRICIONAL DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL HEN, APLICACIÓN PARA MÓVILES VERSIÓN 2.0

C. Wanden-Berghe Lozano[1], C. Cases Alarcón[1], L. Álvarez Sabucedo[2], A. García[1] y J. Sanz-Valero[3]
[1]Hospital General Universitario de Alicante, Alicante. [2]Universidad de Vigo, Vigo. [3]Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Objetivos: Realizar un estudio de validación de la función "cribado" de la Herramienta de Evaluación Nutricional HEN aplicación para móviles versión 2.0.
Métodos: Validación de la HEN frente a la valoración nutricional integral VNI y MNA-short. Para ello se seleccionó aleatoriamente los pacientes a su ingreso en la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Una muestra de 50 pacientes fue evaluada por dos investigadores de forma ciega para determinar la fiabilidad interobservador y otra muestra de 30 pacientes en dos ocasiones, separadas por 7 días, por el mismo evaluador para determinar la fiabilidad intraobservador. El resultado ordinal del MNA se convirtió en dicotómico para permitir los cálculos de sensibilidad y especificidad, agrupando riesgo de desnutrición + desnutrición y normonutrición + riesgo de desnutrición. Para los cálculos de los valores predictivos positivos y negativos se ha estimado una prevalencia de desnutrición en esta población del 37% (PREDYCES).
Resultados: Se incluyeron en el estudio 167 pacientes de los cuales el 50,3% eran mujeres. La edad mediana 78 años (IIQ 65,7-84,0). El 96,4% eran pacientes médicos, y el 3,6% quirúrgicos. La fiabilidad intraobservador de la HEN fue del 99,6% e interobservador 98%. Los resultados del cribado en la HEM fueron que el 59,9% de los pacientes necesitaban una valoración nutricional completa. El MNA determinó que 59,4% estaban desnutridos. El IMC de los pacientes fue 24,6 Me (IIQ 21,4-28,3), el 33,7% se encontraba en rango de bajo peso. La ingesta era igual a la habitual en el 39,5%. Habían perdido peso el 67,1% de los paciente, siendo la perdida media de 7,59 Kg DE ± 5,41 (mín. 2 y máx. 34) siendo ésta con mayor frecuencia en más de tres meses 48,5%. La HEN-cribado presentó frente a la VNI una sensibilidad del 79,0% una especificidad de 71,1%. El MNA Short, frente a la VNI presentó una sensibilidad del 64,3% y una especificidad de 60,5%.
Conclusiones: El cribado de la HEN, ha demostrado, en esta muestra, una sensibilidad y especificidad superior al MNA-short considerado hasta el momento el gold estándar en la población mayor.

PC-125. CONTRIBUCIÓN DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL A LOS ÍNDICES DE COMORBILIDAD PARA PREDECIR RESULTADOS ADVERSOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN Y MORTALIDAD A LOS 12 Y 36 MESES

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

Objetivos: Evaluar la contribución de la valoración geriátrica integral (VGI) a los índices de comorbilidad, para predecir resultados adversos durante la hospitalización y mortalidad a los 12 y 36 meses del alta.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados en una Unidad de Agudos, durante el periodo marzo-octubre 2009. Se recogieron variables: demográficas (edad, sexo), clínicas (comorbilidad: Índice Charlson, CIRS-G total y severidad, Kaplan-Feinstein e ICED), funcionales (Índice de Barthel (IB) ingreso y alta), GDS Reisberg, Sociales (convivencia, cuidador y signos de sobrecarga). La VGI incluyó (edad, riesgo social, I.B ingreso/alta, GDS). La mortalidad fue recogida del INED. Se realizó un análisis multivariante, con inclusión de valores influyentes y grafico de curva ROC, utilizando el software R versión 3.1.2.
Resultados: Se analizaron 291 pacientes, con una edad media 86,0 (± 6,7), mujeres (67,35%), I.B ingreso 32,1 ± 31 e I.B alta 53,3 ± 35, Los índices de comorbilidad: Charlson: 1,96 ± 1,3 (alta comorbilidad: 5%), CIRS-G total: 19,5 ± 5,3 (comorbilidad severa 63%), CIRS-G gravedad 4,27 ± 1,8, Kaplan-Feinstein: 2,45 ± 0,67 (alta comorbilidad: 55%), ICED: 2,71 ± 0,67 (alta comorbilidad: 74%), riesgo social medio/alto: 127 (56%). Estancia prolongada (> 10 días): 104 (36%), institucionalización: 19 (7%), deterioro funcional al alta: 114 (44%), mortalidad hospitalización, 12 y 36 meses: 11%, 32% y 57% respectivamente. Los Índices CIRS-G total y gravedad son los que mejor predicen mortalidad hospitalaria, a los 12 y 36 meses (AUC: 0,71-0,87), la VGI mejoró dicha capacidad (AUC: 0,79-0,93); los otros índices (Charlson, Kaplan-Feinstein, ICED) tuvieron baja capacidad predictiva (AUC: 0,59-0,68), al añadir la VGI, se observó mejoría notable (AUC: 0,75-0,88). Los cuatro índices tuvieron baja capacidad predictiva de resultados adversos: (estancia prolongada (AUC: 0,55-0,58), institucionalización (AUC: 0,51-0,61) y deterioro funcional (AUC: 0,45-0,57)). Al añadir la VGI, mejoró de manera discreta la capacidad predictiva para estancia prolongada (AUC: 0,64-0,68), de modo notable la predicción de institucionalización (AUC: 0,89-0,93) y de manera importante deterioro funcional (AUC: 0,69-0,78).
Conclusiones: La VGI contribuyó a mejorar la capacidad predictiva de los índices de comorbilidad, tanto para resultados adversos durante el ingreso y mortalidad a los 12 y 36 meses, sobre todo para institucionalización, mortalidad y deterioro funcional al alta.

PC-126. CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA COMORBILIDAD Y LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO: SEGÚN GRUPOS DE EDAD

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

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de mortalidad a los 12 y 36 meses, mediante los índices CIRS-G total, CIRS-G severidad y Barthel al alta, según grupos de edad.
Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos, durante el periodo marzo-octubre 2009. Se recogieron variables: demográficas, la edad se clasificó en tres grupos (65-79, 80-89 y ≥ 90 años), clínicas (comorbilidad según CIRS-G total, CIRS-G gravedad), funcionales (índice de Barthel al alta). La mortalidad fue recogida del Índice Nacional de Defunciones. Se realizó un análisis bivariante de bondad de ajuste a través de AUC y grafico de curva ROC, de los índices CIRS-G total, CIRS-G severidad e índice de Barthel, según grupos de edad, para predecir mortalidad a los 12 y 36 meses de seguimiento, utilizando el software R versión 3.1.2.
Resultados: Se analizó un total de 291 pacientes, con una edad media de 86,08 (± 6,7) y sexo femenino (67,35%), según el índice CIRS-G total se clasificaron como comorbilidad leve: 6,87%, moderada: 14,43%, alta: 15,46%, muy alta: 63,23%; el CIRS- G severidad se obtuvo de la sumatoria de gravedad 3 y 4 en las 14 categorías 4,27 ± 1,84. La mortalidad a los 12 y 36 meses fue: 32,05% y 57,14% respectivamente. A los 12 meses la capacidad predictiva del CIRS-G total/gravedad fue disminuyendo a mayor edad: 65-79 años: AUC: 0,82/0,84; para 80-89 años AUC: 0,73/0,74 y en ≥ 90 años: AUC: 0,64/0,65. La capacidad predictiva del CIRS-G total/severidad, siguió un comportamiento similar a 36 meses: 65-79 años: AUC: 0,93/0,93; 80-89 años AUC: 0,82/0,83 y en ≥ 90 años: AUC: 0,89/0,90. La capacidad predictiva del índice de Barthel a los 12 y 36 meses de seguimiento fue mayor en los grupos de mayor edad: 65-79 años: AUC: 0,68/0,66; 80-89 años AUC: 0,66/65 y en > = 90 años: AUC: 0,70/81.
Conclusiones: La comorbilidad predice mejor la mortalidad en los ancianos más jóvenes, disminuyendo su impacto en los ancianos más viejos (nonagenarios), la capacidad predictiva de la situación funcional, tiene impacto distinto, adquiriendo mayor importancia en los nonagenarios.

PC-127. IMPACTO FUNCIONAL DEL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ANCIANO

P.L. Carrillo García, D. Padrón Guillén, J. Marttini Abarca, R. Sosa Suárez, L. Guardado Fuentes y M. Vigara García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: 1) Establecer relación entre el control analgésico y el impacto funcional en el paciente anciano.2) Describir características de la población geriátrica con dolor crónico.
Métodos: Se recogieron datos de 126 pacientes ≥ 75 años con dolor crónico atendidos en la Consulta de Geriatría en el periodo enero 2016-junio 2016 (6 meses). Se realiza recogida de datos en la primera consulta y la segunda al mes. Estudio comparativo.
Resultados: n: 126, edad media: 84,3 años (DE 5,0). Un 58,7% fueron mujeres. Viven acompañados un 70,6%. I. Barthel basal fue de 73,4 (17,1); FAC basal de 3,7 (1). Presentan insomnio un 48,4%, caídas en los últimos 3 meses un 16%, no deterioro cognitivo un 25,4%, deterioro cognitivo leve 60,3% y moderado un 14,3%. Depresión establecida solo un 31,7%. La toma de fármacos presenta una media de 6,1 y la comorbilidad es alta (I. Charlson ajustado a edad) una media de 5. Y con respecto al dolor: 23% dolor neuropático, 33,3% nociceptivo y mixto un 43,7%. Localización de dolor: Miembros inferiores: 37,3% seguido de columna dorsolumbar 35,7%. Obteniéndose EVA basal de media 6,7 (1,4). Al 80% se le realizó intervención farmacológica cambiando el escalón analgésico. EVA al mes: 3,9 (1,6); I. Barthel al mes (13,6); FAC al mes 4,1 (0,9). Insomnio 26,2% y un 4% presentan depresión establecida (p < 0,005).
Conclusiones: Una buena evaluación del dolor crónico en el paciente geriátrico lleva consigo un mejor tratamiento y esto se refleja en la mejoría funcional y anímica. Que todo paciente geriátrico debe recibir una evaluación del dolor crónico como gran síndrome geriátrico.

PC-128. USO DE NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS

L. Valdez Disla, B. Montero Errasquín, C. Zárate Sáez, E.A. Rodríguez Espeso y A.J. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Conocer las características de la prescripción de neurolépticos en pacientes muy mayores durante la hospitalización por causas médicas.
Métodos: Estudio descriptivo, observacional transversal de todos los pacientes mayores de 80 años ingresados en siete servicios médicos de un hospital terciario. Se revisó la prescripción electrónica durante una semana, registrando el uso de cualquier neuroléptico, tanto pautado como a demanda. En los pacientes que usaban neurolépticos, se revisó también si en el informe de alta constaba al menos un diagnóstico que justificara su uso.
Resultados: Se incluyeron 106 pacientes (edad media 87 años, 58% mujeres). La prevalencia de uso de neurolépticos fue de 34% (22% pautado, 12% a demanda, de los cuales al 75% se le administró al menos una dosis). Sólo se utilizaron tres neurolépticos: risperidona (65% de los casos), quetiapina (24%) y haloperidol (11%), aunque la guía de prescripción del hospital incluye también clozapina, olanzapina, sulpirida, tiaprida, anpiprazol y paliperidona. La prevalencia de uso de neurolépticos fue diferente en los distintos servicios, entre un máximo del 29% de los pacientes en Urgencias y un mínimo de 6% en Neurología. En el 59% de los pacientes con neurolépticos constaba en la historia un diagnóstico que explicaba su uso (38% delirium, 21% lo tomaban antes del ingreso hospitalario), en el resto no había una explicación de su uso.
Conclusiones: El uso de neurolépticos, especialmente de risperidona, es frecuente en pacientes mayores ingresados en Servicios médicos. En casi la mitad de los casos no consta un diagnóstico que justifique su utilización.

PC-129. PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

S. Frutos Díaz, J.M. Miralles Subirats, J.C. Heredia, E.M. Nieto Ramos y F. Drago Layseca
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: La atención domiciliaria (PADES) permite la continuidad de cuidados y la colaboración entre los distintos niveles asistenciales de los pacientes con enfermedades crónicas, oncológicas y enfermedades terminales.
Objetivos: Describir las características de los pacientes valorados por PADES en una zona rural de Cataluña.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes valorados por PADES durante el año 2016. Datos recogidos de la historia clínica: edad, sexo, motivo de consulta (demencias, geriátricos complejos, paliativos oncológicos, paliativos geriátricos), procedencia de la petición (atención primaria, residencias, hospital), tiempo de respuesta a las peticiones, destino al alta de nuestra unidad (seguimiento por atención primaria, derivación a hospital de agudos, derivación a nuestro hospital o a sus unidades de hospital de día, consultas externas o ingreso en planta).
Resultados: Fueron valorados un total de 468 pacientes (60,26% mujeres) Edad media de 84 años (3% < 65 años, 7,48% 65-74 años, 36,75% 75-84 años, 47,43% 85-94, 5,35% > 95 años). Con respecto a los motivos de consulta: 49,78% geriátricos complejos, 39,74% demencias, 5,77% paliativos geriátricos y un 4,7% paliativos oncológicos. Procedencia de la petición, principalmente desde atención primaria con un 75,85%, seguidos por peticiones de valoración desde nuestras unidades hospitalarias y de la unidad de oncología con un 13,89% y, un 10,26% desde Residencias. En más de un 98% de las peticiones, el primer contacto telefónico se realizó el mismo día de la recepción de la misma, la primera visita en domicilio en el 68%

≤ 7 días y el 89,1% son valorados antes de 15 días. El destino al alta de nuestra unidad, en un 19,02% derivados a seguimiento por atención primaria, 18,45% derivados a unidades de nuestro hospital (hospital de día 6,48%, consultas 2,14%, ingreso en planta 9,83%), 6,48% a Hospital de Agudos. Fueron exitus en domicilio 5,77%.
Conclusiones: La actividad de esta unidad de atención domiciliaria se centra en pacientes muy ancianos, con patología no oncológica, predominando los geriátricos complejos y las demencias.

PC-130. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA, EN RANGO MEDIO O CONSERVADA

J.L. González Guerrero[1], E. Paredes Galán[2], A.I. Ferrero Martínez[3], M.C. Galán[4], R. Menéndez Colino[5], F. Rodríguez Artalejo[6] y C. Rodríguez Pascual, en representación del Grupo de Estudio
[1]Servicio de Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres. [2]Servicio de Cardiología; [3]Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo. [4]Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Oviedo, Oviedo. [5]Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid. [6]Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: La nueva guía de insuficiencia cardiaca (IC) de la Sociedad Europea de Cardiología define 3 tipos de IC según la fracción de eyección (FE). Así, IC con FE reducida (ICFEr) cuando la FE es < 40%, IC con FE en rango medio (ICFEm), cuando está entre 40-49%, e IC con FE conservada (ICFEc) cuando es ≥ 50%. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes ancianos hospitalizados por IC según la nueva categorización por la FE.
Métodos: Estudio prospectivo con 531 pacientes diagnosticados de IC, categorizados según la FE, mayores de 75 años e ingresados en las Unidades Geriátricas de Agudos de 6 hospitales en España. Se analizan las características demográficas, clínicas y las comorbilidades, así como la morbimortalidad al año de seguimiento.
Resultados: 91 pacientes (17,1%) se encuadraron en ICFEr, 53 (10%) en ICFEm y 387 (72,9%) en ICFEc. Los pacientes con ICFEm eran similares a aquellos con ICFEr en cuanto a menor edad y predominio masculino; así como en la existencia de ingreso o diagnóstico previo por IC, y en la etiología isquémica. También eran tratados de forma más parecida a los de ICFEr (uso de IECA/ARA y B-bloqueantes). No hubo diferencias en cuanto a los reingresos, la mortalidad o la supervivencia libre de eventos (definidos como reingreso o defunción por cualquier causa).
Conclusiones: En pacientes ancianos con IC, los categorizados como ICFEm no han mostrado claras diferencias respecto a aquellos con ICFEr o ICFEc, Aunque en algunos aspectos están más próximos a la ICFEr. No hubo diferencias en cuanto a la morbimortalidad.

PC-131. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

F.I. Torres Bondia[1], M. Martínez Toribio[2], M.E. Hijós Bitrián[2], R. Drudis Morell[2], A. Gabarrell Oto[2], J. Canal Sotelo[2] y G. Pedra[2]
[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. [2]Hospital Universitari Santa Maria, Lleida.

Objetivos: Análisis de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados.
Métodos: Con motivo de la actividad de la Comisión de Evaluación y Tratamiento del Dolor, se propone implementar acciones de mejora en el manejo del control del dolor. Se diseña un estudio observacional transversal prospectivo de 6 meses de duración entre octubre de 2015 y abril de 2016, mediante encuesta de opinión y revisión clínica a pacientes ingresados en un hospital comarcal. La prevalencia del dolor se evaluó mediante una encuesta de opinión validada. Las preguntas se agruparon en 2 categorías: información recibida acerca de la importancia de manifestar y tratar su dolor, y satisfacción con el proceso de la gestión del dolor. Para valorar el deterioro cognitivo se usó la escala GDS (Geriatric Depression Scale). Se incluyeron pacientes adultos ingresados en los servicios de medicina interna, geriatría y unidades quirúrgicas. Se excluyeron los servicios de cuidados intensivos, salud mental y los pacientes que presentaron un GDS ≥ 5. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de referencia. Se utilizó el SPSS® 24.0 para el análisis estadístico.
Resultados: Se incluyeron 363 pacientes, 60% (217) hombres y 40% (146) mujeres con una edad media de 77 años. Por servicios, 26% (95) quirúrgicos, 36% (130) medicina interna y 38% (138) geriatría. Al analizar las manifestaciones y tratamiento del dolor, un 28% (103) señaló que nunca se le había preguntado específicamente sobre la intensidad y a un 24% (88) nunca se le había informado sobre la importancia de manifestarlo. Un 55% (199) respondió que sí se les había informado cómo se le podía tratar. En cuanto a la gestión del dolor un 48% (175) manifestó presentarlo en la últimas 24 horas previas a la encuesta. La intensidad del dolor fue leve o moderada en un 46% (166) y sólo en un 14% (54) la efectividad del tratamiento fue leve/moderado.
Conclusiones: Se debe facilitar y mejorar la concienciación y la colaboración de todos los profesionales en el alivio del dolor como un objetivo de calidad institucional.

PC-132. SIN FECHA DE VENCIMIENTO

M. Charlín Bonato
Asociación de Jubilados, Chile.

Conociendo la importancia del humor como herramienta de trabajo donde las emociones positivas agudizan las habilidades de nuestro sistema inmunológico entre otros beneficios, se utilizo el mismo en un grupo de personas mayores que han vivido toda su vida en un medio rural donde sus edades oscilan entre 85 y 93 años y que en la actualidad se han mudado a la ciudad. La vida de estas personas frente a esta nueva era tecnológica se ha convertido muchas en sentimientos de frustración donde sienten que nada se puede hacer sin wifi, computadoras o teléfonos celulares, donde sienten que lo que han vivido toda su vida ya no existe más. Por tal motivo se ideo un taller desde una temática utilizando los "saberes populares" donde por más que el mundo evoluciona los mismos permanecen vigentes. De esta manera se trabajan dos aspectos la memoria remota con el humor, generando momentos de socialización alegría diversión. Estos saberes cotidianos formaron parte y aun forman parte de las sociedades de todo el mundo donde desde el empacho o el mal de ojo, que no existen como tales para la medicina convencional, hasta afecciones comunes como la tos o la fiebre encuentra remedio en casa. "Son saberes populares milenarios que se van transmitiendo en forma oral. En las zonas rurales estas prácticas son más intensas, y en las ciudades también se usan. Es un fenómeno estructural, no coyuntural, por eso no va a desaparecer. Desde esta dinámica hemos conseguido generar emociones positivas, elevados niveles de bienestar subjetivos deshaciendo los efectos fisiológicos que provocan las emociones negativas. Cuando el ser humano tiene un para que, puede atravesar un cómo y el humor tiene la capacidad de facilitar que la persona tome distancia de su padecimiento y se ubique ante él.

PC-133. CAÍDAS Y ALTERACIONES NUTRICIONALES

M. Neira Álvarez, E. Arias Muñana, C. Molano Ortiz, A. Morales Fernández, R. Bielza Galindo y J.F. Gómez Cerezo
Hospital Infanta Sofía, Universidad Europea de Madrid, San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: Describir las características nutricionales de pacientes valorados en una consulta de caídas.

Métodos: Estudio observacional-prospectivo y monocéntrico de pacientes atendidos en una consulta de caídas desde mayo de 2014 hasta diciembre de 2016. Son evaluados aquellos pacientes con dos o más caídas en un año o una caída con consecuencias. En la valoración nutricional se recogen datos antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y perímetros (circunferencia del antebrazo y perímetro de la pantorrilla). Además se administra el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA). Se considera normopeso un IMC entre 22-30; los puntos de corte de circunferencia braquial y de pantorrilla son 21 cm y 31 cm respectivamente. Una puntuación > 24 en el MNA indica ausencia de trastorno nutricional. La composición corporal se evalúa con bioimpedanciometría (Tanita BC 601) midiendo el porcentaje de grasa y masa libre de grasa. Por último se realizaron determinaciones analíticas (proteínas, albumina, colesterol, vitamina B12, ác. fólico, vitamina D, TSH, T4 libre y HbA1c).
Resultados: Fueron evaluados 82 pacientes con una edad media de 84,09 ± 5,8. El IMC medio fue de 27,2 ± 4,3 y el 66,7% de los pacientes tenían normopeso. La evaluación antropométrica muestra que el 27,6% de los pacientes tenían una circunferencia de pantorrilla < 31 cm y la circunferencia media de 32,8 ± 3,4 cm. Solo el 9,8% tenían una circunferencia braquial < 21 cm y la media fue 25,6 ± 3,5 cm. El MNA fue < 17 en el 27,8% de los sujetos y ≤ 23,5 en 44,3% indicando malnutrición o riesgo nutricional respectivamente. El déficit de vitamina D (< 30 ng/ml) estaba presente en 53 pacientes (71,6%). Siguiendo las recomendaciones diagnósticas propuestas por ESPEN en 2015 (Cederholm et al. Clinical Nutrition 2015; 34:335-340) el 24,39% de los pacientes presentaban malnutrición, siendo el Índice de masa corporal e Índice de masa libre de grasa los principales parámetros alterados.
Conclusiones: Es necesaria la valoración nutricional en pacientes con caídas dada la elevada prevalencia de este problema.

PC-134. UTILIDAD TERAPÉUTICA DE UN PROTOCOLO SISTEMÁTICO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA EN PACIENTES ONCOGERIÁTRICOS

A.I. Hormigo Sánchez[1], C. Terán[1], R. Córdoba Mascuñano[1], J. Martínez Peromingo[2], C. Quicios Dorado[1], M. Jarana[1] y M. Pérez Albacete[1]
[1]Fundación Jiménez Díaz, Madrid. [2]Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: Estudiar la utilidad de un protocolo sistemático de valoración geriátrica en pacientes oncogeriátricos, atendidos en un Hospital de tercer nivel en consultas de Oncogeriatría.
Métodos: Estudio prospectivo observacional de 9 meses de duración, dirigido a pacientes mayores de 70 años atendidos por un proceso neoplásico en el Hospital Fundación Jiménez Díaz. Los pacientes fueron seleccionados por Enfermería Oncológica mediante la escasa G8 que seleccionó quien precisaba valoración geriátrica en consultas de Oncogeriatría. En la consulta se completó información clínica, situación física, mental, social, nutricional y despistaje de síndromes geriátricos. Se revisó el tratamiento habitual según criterios de STOPP/START y se dieron recomendaciones de Oncogeriatría y de tratamiento general. En base a lo anterior, se clasificó a los pacientes en 3 tipos según fragilidad, siguiendo la clasificación de Balducci: 1) Robusto, 2) Frágil, 3) Mal pronóstico.
Resultados: Se valoraron 41 pacientes entre junio-2016 y febrero-2017. Edad media 81 años, 46% hombres. La mayoría (82%) tenían neoplasia hematológica (22% linfoma alto grado), 5% urológica y 7% digestiva. En cuanto a pluripatología, CIRS 10 (2-20), comorbilidad alta según Charlson (58%) y 73% con polifarmacia. En cuanto a situación funcional, 56% I. Barthel 100, puntuación media 3.4 en I. Lawton y 51% FAC 5. En cuanto a situación mental, 87% no presentaban deterioro cognitivo, Pfeiffer menor de 2 errores en el momento de la valoración. En cuanto a situación social 24% vivían solo, la mitad de ellos sin apoyo. Tras la valoración geriátrica 37% fueron diagnosticados de paciente frágil, 10% mal pronóstico y el resto robusto, con SPPB en el 83% limitación normal o leve. 90% recibieron quimioterapia. En las mayoría se dieron recomendaciones de ejercicios y nutricionales, presentando 17% desnutrición. A los 3-6 meses de la valoración, 83% seguían vivos y sin cambios en situación funcional o mental.
Conclusiones: Nuestra población tiene una alta comorbilidad y polifarmacia, con una edad media elevada. A pesar de ello, 89% se beneficiaron de tratamiento, recomendándose en 34% ajustar tratamiento por criterios de fragilidad. 83% estaban vivos y sin cambios en perfil en el seguimiento. Una adecuada valoración de estos pacientes permite adecuar el tratamiento.

PC-135. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UNA RUTA ASISTENCIAL TERRITORIAL DE LA FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA. RESULTADOS PRELIMINARES

J.M. Cancio Trujillo[1], M. Trullols Cardona[1], J.M. Pérez-Castejón Garrote[1], J. Cunill Oller[1] y S. Santaeugenia González[2]
[1]CSS El Carme, Badalona Serveis Asistencials (BSA), Badalona.
[2]Departament de Salut, Barcelona.

Objetivos: La incidencia de la fractura de cadera en España según datos de la Dra. Álvarez-Nebreda et al (2007) es de 503/100.000 hab. > 65 años/año, pero en Cataluña estos datos llegaban a 623/100.000 hab./año. En la región sanitaria del Barcelonés nort-Baix Maresme, nos encontramos además, que la incidencia de este proceso era de 900/100.000 hab en > 64 años entre 2009-2011. Siendo la más alta de Cataluña. Dicha incidencia no sufre cambios en estudios posteriores como el del Dr. Etxebarría-Foronda et al (2015) ni en el de la Dra. Pueyo (2016).
Métodos: Con el objetivo de disminuir su incidencia y su morbimortalidad se consensua a lo largo del 2014, la elaboración de una ruta asistencial (RA) pactada entre los diversos profesionales de atención primaria, hospitalaria y unidades de convalecencia de forma multidisciplinar y coordinada. Cuya aplicación se inicia en el 2015.
Resultados: En el estudio observacional retrospectivo entre los años 2013-2015, se ha producido un aumento de su incidencia de 111 a 187 casos en el 2015 de fracturas derivadas desde los hospitales de agudos a centros de convalecencia. Con una disminución progresiva de la Estancia Media de 68,5 a 47,3 días. Empeorando su retorno al domicilio del 62,2% al 57,1%, y con una disminución de la supervivencia a los 30 y los 180 días del 1 y 4%, respectivamente. Disminuyendo la mortalidad al ingreso del 0,8%. Destacar como las medidas de prevención secundaria de la osteoporosis han mejorado, así la suplementación con vitamina D ha pasado del 71% al 81,5% al alta de los diversos centros de la región, y medicación antiosteoporosis del 37,7 al 48,1%.
Conclusiones: En la fractura de cadera en nuestro territorio se ha producido un aumento de su incidencia que coincide con la bibliografía. Con una disminución progresiva de la estancia media. Disminuyendo la mortalidad a lo largo del ingreso, aunque disminuyendo la supervivencia posterior al alta. Incrementado de forma notable el tratamiento de la prevención secundaria de la osteoporosis al alta, tanto en su suplementación de vitamina D y calcio, como medicación farmacológica.

PC-136. TRATAMIENTO DE LA SENSIBILIZACIÓN CENTRAL EN EL DOLOR DEL ANCIANO. EFECTOS DEL TAPENTADOL

M. Vigara, L. Guardado, S. Hernández, M. Martínez, A. Viloria, D. Chaparro y P. Gil
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 con dolor crónico moderado-grave y sospecha de sensibilización central ingresados en una Unidad de agudos.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes > 75 años con dolor crónico (EVA > 5), valorados en Unidad de Agudos de un Servicio de Geriatría (septiembre 2015-marzo 2017) a los que se administró tapentadol. Se recogen las siguientes variables: EVA, tipología dolor, alodinia, hiperalgesia, 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 15 y 30 días.
Resultados: N: 98, edad media 86,5 ± 5, 1, mujeres (54,1%). Tipología dolor: oncológico 20,4%, neuropático 13,3%, mixto (nociceptivo + neuropático): 41,8. EVA media basal: 7,4, tras tapentadol al mes: 2,3. Mejoría de la alodinia en el 84% y de la hiperalgesia en el 81%. Mejoría funcional en el 80% y mejoría calidad de vida en el 88,5% de los pacientes. Reducción del número de fármacos de 2,6 a 1,3 al mes. Es un fármaco bien tolerado, el 83,7% de los pacientes no presentaron efectos adversos para interrumpir el tratamiento.
Conclusiones: 1. Tapentadol es un fármaco bien tolerado con pocos efectos adversos. 2. Tapentadol es un fármaco eficaz en el control del dolor crónico moderado-severo con sensibilización central, disminuyendo alodinia e hiperalgesia. 3. Tapentadol mejora la calidad de vida así como la situación funcional.

PC-137. EFECTO DEL SACUBITRILO/VALSARTÁN SOBRE LA FUNCIÓN RENAL Y LOS IONES EN PACIENTES MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Gutiérrez Rodríguez, E. Valle Calonge y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Conocer el posible impacto del tratamiento con sacubitrilo/valsartán sobre los niveles plasmáticos de sodio y potasio y sobre la función renal de pacientes mayores con insuficiencia cardiaca (IC) crónica sintomática y fracción de eyección reducida (FEr).
Métodos: Estudio longitudinal y prospectivo en el que se incluyen pacientes mayores de 80 años con IC crónica con FEr que estaban siendo tratados con diuréticos de ASA, IECAs o ARA-II, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona, que ante la persistencia de síntomas (NYHA II-III) se toma la decisión clínica de cambiar IECAs o ARA-II por sacubitrilo/valsartán (dosis de inicio de 24/26 mg). Variables de estudio: edad, sexo, enfermedades (HTA, DM, Anemia y FA), tipo de cardiopatía, NYHA, índice de Barthel (IB), deterioro cognitivo, niveles de sodio (Na), potasio (K), creatinina (Cr) y función renal estimada (FGe) mediante la ecuación CKD-EPI al inicio del tratamiento y a la 1 semana y 4 semanas. Así mismo, se recogieron posibles situaciones de hipotensión arterial sintomática y caídas.
Resultados: 12 pacientes fueron incluidos en el estudio (58,3% mujeres, edad media 86,7 ± 5,8, IB 85,6 ± 20,1, 83,3% sin deterioro cognitivo y 16,7% con deterioro leve). Un 75% presentaba cardiopatía isquémico-hipertensiva y una media de 2,8 ± 2,6 ingresos en el año previo, el 66,7% refería disnea NYHA III. En el momento del ingreso hospitalario previo presentaban cifras de hemoglobina 12,6 ± 1,7, NT-proBNP 9.635 ± 8.438, Na 137,7 ± 3,5, K 4,4 ± 0,5, Cr 1,32 ± 0,4 y FGe 47,9 ± 24,6%. Al inicio del tratamiento con sacubitrilo/valsartán se objetivaron cifras de Na 139,3 ± 3,1, K 4,6 ± 0,6, Cr 1,22 ± 4,1 y FGe 51,3 ± 21,7%. Durante el seguimiento a 1 semana y 4 semanas del inicio del tratamiento, los resultados obtenidos fueron: Na 138,6 ± 3,4 y 139,4 ± 3,7, K 4,6 ± 0,7 y 4,5 ± 0,5, Cr 1,47 ± 0,4 y 1,31 ± 0,4, FGe 38,2 ± 12,4 y 46,01 ± 15,9; en todos los casos p > 0,05). Ningún paciente refirió caídas ni hipotensión arterial sintomática durante el seguimiento.
Conclusiones: El tratamiento con sacubitrilo/valsartán a dosis de inicio en pacientes mayores con IC crónica sintomática y FEr no parece relacionarse con alteraciones significativas de los niveles de iones y la función renal. Así mismo, tampoco se relaciona con mayor incidencia de hipotensión arterial sintomática ni con un incremento del riesgo de caídas.

PC-138. ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE LA PREVALENCIA Y GRADO DE CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN CENTROS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DE GALICIA Y CATALUÑA

M.Á. Carreiro Alonso[1], M. Iglesias Vilanova[2], D. Ventura Soriano[3], A. Colón García-Luengo[1], S. Sarret Vila[3], C. Villar Lopo[3] y A. Pose Reino[1]
[1]Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. [2]Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra. [3]CAP Amadeu Torner, Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Analizar y comparar la prevalencia y grado de control de la Diabetes en población que vive en residencias geriátricas de Galicia y Cataluña. Determinar complicaciones tanto macro, como microvasculares, así como tratamiento antidiabético, nivel de deterioro físico y cognitivo que afecta a esta población.
Resultados: Se realizó un estudio observacional de corte transversal, multicéntrico, (6 centros de atención geriátrica de las provincias de A Coruña y Ourense y 4 centros de la provincia de Barcelona). El tamaño muestral ascendió a 930 casos válidos (70,3% muestra gallega y 29,7% muestra catalana). La edad media de la muestra presenta diferencias significativas (p 0,001); en Galicia se situó en 82,4 (± 8,9) años, mientras en Cataluña fue de 86,9 (± 6,6). La razón de masculinidad en ambas comunidades fue de 0,4. La prevalencia de diabetes alcanzó un 23,5% en la muestra gallega (81,3 ± 8,9 años) y un 31,1% en la catalana (86,3 ± 6,2 años). En ambas muestras los diabéticos tienen tendencia a la obesidad (p 0,005). Emplean la dieta como única medida de tratamiento el 13,6% de los diabéticos gallegos, mientras que en la muestra catalana lo hacen el 37,6%. El 52,6% de los diabéticos gallegos y el 46,7% de los catalanes presentaron niveles de HbA1c < 6,5%. Por el contrario, un 7,8% y un 18,4% respectivamente obtuvieron niveles de HbA1c > 8,5%. El 57,8% de los diabéticos gallegos y el 67,7% de los catalanes presentaron complicaciones macrovasculares; el 28,1% y el 85,9% respectivamente presentaron complicaciones microvasculares. No se apreciaron diferencias en cuanto al nivel de dependencia en el índice de Barthel (Galicia 43,8 ± 38,8; Cataluña 41,9 ± 31,3). A nivel cognitivo (test de Pfeiffer) se obtuvieron diferencias significativas (p 0,003) (Galicia 5,5 ± 4; Cataluña 6,4 ± 3,5 errores).
Conclusiones: En una muestra representativa de la población geriátrica institucionalizada, se obtuvo una prevalencia de diabetes superior al entorno comunitario y con nivel de deterioro físico y cognitivo moderado, lo que indica una elevada carga asistencial. La mitad de los diabéticos de ambas comunidades tienen un control de la diabetes muy riguroso. Se propone una valoración integral y un control más individualizado de este grupo poblacional, para evitar complicaciones como el desarrollo de hipoglucemias, que podrían acelerar el deterioro cognitivo y la discapacidad.

PC-139. ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA DE UN EQUIPO DE SOPORTE A DOMICILIO

S. Frutos Días, F. Drago Layseca, J.M. Miralles Subirats, J.C. Heredia y E.M. Nieto Ramos
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Introducción: La atención al final de la vida precisa de una intervención en equipo para ofrecer un mejor control de los síntomas, fomentado en la medida de lo posible la autonomía y el respeto a la dignidad. Los equipos de soporte domiciliario (PADES) trabajan en los domicilios apoyando a los equipos de atención primaria.
Objetivos: Describir las características de los pacientes en final de vida atendidos en una unidad de PADES.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes oncológicos y no oncológicos fallecidos en domicilio durante el seguimiento por PADES en 2016. Datos recogidos de la historia clínica: edad, sexo, antecedentes patológicos, fármacos, síndromes geriátricos, situación social, Barthel, motivo de petición, días de seguimiento, visitas realizadas, antibióticos ≤ 6 meses, decisiones final de vida (información a

familiares, decisión de no vías intravenosas, no antibióticos, traslados hospital, lugar de deseo de exitus, días desde inicio tratamiento subcutáneo), lugar del exitus. Criterios enfermedad crónica en fase terminal: neumopatía crónica FEV < 30% esperable, síndrome inmovilidad establecido Barthel < 20, enf. neurodegenerativa (demencia ≥ FAST 7c y Parkinson estadio V Hoehn Yarhr), insuficiencia cardíaca grado IV NYHA, hepatopatía crónica C Child, insuficiencia renal estadio 5.
Resultados: 18 pacientes, con edad media de 80,7 años, 55,56% hombres. 72,22% vivían en domicilio (84% con cuidador < 75 años) 27,78% en residencia. Motivo petición por atención primaria: 38,38% control sintomático paliativo oncológico, 38,39% control sintomático paliativo no oncológico, 5,55% deterioro funcional, 12,12% demencia con trastorno de conducta, 5,55% geriátrico complejo. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial 50%, diabetes mellitus 22%, dislipemia 38,89%, insuficiencia cardíaca 27,78%, fibrilación auricular 11,11%, insuficiencia renal 16,67%, demencia 44,44%, enfermedad cerebrovascular 22,22%, EPOC 16,67%, T no ansioso-depresivo 27,78%, enfermedad neoplásica 50%. Media de patología crónicas 3,8. Números de fármacos de media 6,94 (83% ≥ 5 fármacos). Recibieron tratamiento con antibiótico 6 meses previos 44%, con una media de 2 ciclos antibióticos. Índice Charlson modificado 2,39. Barthel medio 29,72. Síndromes geriátricos: 66,6% presentaban ≥ 3. Sd. inmovilidad 50%, estreñimiento 16,67%, incontinencia 44%, disfagia 33%, dolor 77,78%. Días de seguimiento, mediana 16 días. Media de 3 visitas y 5 contactos telefónicos. Decisiones sobre final de vida (paciente o cuidador principal) 94,44%, decisiones no vías 94,44%, no antibióticos 88,89%, no traslados a Urgencias 94,44%, Deseo de exitus a domicilio 94,44%. Mediana de tratamiento sintomático subcutáneo 7 días.
Conclusiones: El perfil atendido es de un paciente anciano, pluripatológico, con polifarmacia dependiente y con presencia frecuente de síndromes geriátricos. Los pacientes y familiares al inicio de la valoración recibieron información sobre situación de enfermedad avanzada, tomando la mayoría decisiones sobre limitación de esfuerzo terapéutico.

PC-140. LA INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS (UGA)

H. Nasser Betancourt[1], M.Á. Márquez[1], N. Ronquillo[2], M. Arellano[1], O. Sabartés[1] y M. Pi-Figueras[2]
[1]Hospital de l´Esperança, Barcelona. [2]Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Estudiar la etiología de la infección urinaria (ITU) en población anciana ingresada en la UGA según procedencia del paciente, tratamiento antibiótico empírico e idoneidad.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las ITU que ingresaron en la UGA durante el 2016. Se recogieron las variables: edad, sexo, situación funcional (I. Barthel (IB) e I. Lawton (IL)), situación cognitiva (Pfeiffer (TP)), comorbilidad (I. Charlson (IC)), procedencia, destino, germen etiológico y antibiótico empírico.
Resultados: Se estudiaron 92 pacientes (78,3% mujeres), con edad media de 86,3 años. IB previo: 43, IL: 1,1, TP: 7 errores, IC: 2,7, demencia previa: 75%. La procedencia fue: domicilio (82,6%), residencia (11,9%), Unidad de Convalecencia (UCO) (4,3%) y Unidad de Larga Estancia (ULE) (1,1%). El destino al alta fue: domicilio (60,9%), UCO (11,9%), ULE (11,9%), residencia (8,7%) y exitus (5,4%). Gérmenes aislados en cultivos de pacientes procedentes de domicilio: *E. coli* (42,1%), *K. pneumoniae* (11,8%), *E. coli BLEE* (10,5%), E*nterobacter aerogenes* (5,2%), *K. pneumoniae BLEE* (2,6%), *P. aeruginosa* (2,6%), otros BGN (10,5%), *Enterococo faecalis* (5,2%) y otros CGP (5,2%). Gérmenes aislados en procedentes de residencia/centro sociosanitario (CSS): *E. coli* (25%), *E. coli BLEE* (18,7%), *K. pneumoniae BLEE* (12,5%), *P. aeruginosa* (12,5%), otros BGN (18,7%), *enterococo faecalis* (6,2%) y otros CGP (6,2%). El 80,3% de los tratamientos empíricos realizados en pacientes de domicilio cubrieron correctamente el germen etiológico, mientras que de residencia/CSS únicamente el 56,2%. Antibióticos más utilizados según procedencia: amoxicilina/ác. clavulánico (42,1% vs 12,5%), cefalosporinas (25% vs 18,7), carbapenémicos (7,9% vs 25%), fosfomicina (6,6% vs 0%), quinolonas (6,6% vs 6,2%) y piperacilina/tazobactam (5,2% vs 12,5%).
Conclusiones: Los gérmenes causantes de ITU en el anciano son predominantemente BGN, por lo que el tratamiento empírico debe dirigirse hacia este grupo. La mayoría de los gérmenes de las ITU en pacientes de domicilio son multisensibles, no siendo despreciable el número de multirresistentes. En pacientes institucionalizados existe un elevado porcentaje de ITU causadas por gérmenes multirresistentes. Tratamientos antibióticos habituales como amoxicilina/ác. clavulánico y cefalosporinas deben cuestionarse cada vez más como tratamientos empíricos, sobre todo en pacientes institucionalizados. Estudios de prevalencia y sensibilidad para actualizar los protocolos de tratamiento en la ITU son necesarios.

PC-141. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

F.J. Idoate Gil[1], S. Jiménez Mola[1], M. López Viñas[2], E. Martín Pérez[3], P. Sáez López[4], C.E. Benítez González[1] y J. Seco Calvo[5]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Centro de Mayores de Armunia, León. [3]Hospital de San Juan de Dios, León. [4]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. [5]Universidad de León, León.

Objetivos: Analizar todos los pacientes mayores de 75 años afectos de fractura de cadera que ingresan en nuestro hospital y los factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria.
Métodos: Se han estudiado todos los pacientes ingresados durante el año 2014 en el Servicio de Traumatología de nuestro Hospital. Se registran variables clínicas (comorbilidad, fármacos, complicaciones, tipo de fractura y de cirugía, riesgo anestésico, tipo de anestesia), funcionales, cognitivas, sociales y asistenciales (estancia global y prequirúrgica).
Resultados: Se recogieron un total de 534 pacientes, con una edad media de 86,66 ± 5,32 años, siendo el 75% (399) mujeres. La fractura más frecuente era la pertrocantérea (55%). El 74% vivían en domicilio, el resto en residencia. El 41% (210) tenían un Barthel > 90 y el 64% deambulaba de forma independiente. El 55% no tenía deterioro cognitivo. Presentaban el 97% comorbilidad, siendo la más frecuente la patología cardiaca, estando el 28% antiagregados y el 18,7% anticoagulados. Se operaron el 93% de los pacientes, la mayoría fueron clasificados como de alto riesgo quirúrgico (ASA ≥ III: 74,6%) y fueron intervenidos bajo anestesia raquídea (88,4%). El tiempo de demora quirúrgica de 5,6 ± 4,1 días y una estancia hospitalaria total de 11,3 ± 6,6 días. Las complicaciones más frecuentes fueron la anemia (88%) y el delirium (36,7%). La mortalidad intrahospitalaria fue de 5,84% (31 pacientes), de los que 15 (2,8%) fallecen previo a la cirugía. La mortalidad hospitalaria se relacionó estadísticamente ($p < 0,001$) con el sexo, ASA, situación funcional previa, la presencia de ciertas comorbilidades (fibrilación auricular, anemia, enfermedad renal crónica, EPOC, cáncer y cardiopatía) y el tratamiento previo con antihipertensivos y anticoagulantes. No se relacionó estadísticamente ($p > 0,05$) con el tipo de fractura ni de cirugía realizada, ni con estancias medias y prequirúrgicas prolongadas y tampoco con la presencia de deterioro cognitivo.
Conclusiones: Aunque la estancia prequirúrgica en nuestro hospital es superior a la de otros hospitales, no se ha podido establecer relación estadística con la mortalidad intrahospitalaria.

PC-142. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA EN EL DETERIORO COGNITIVO

S. Torras, M. Salas, R. Yubero, A. Capón, Y. Parada y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer la intervención farmacológica en las distintas formas clinicas del deterioro cognitivo en pacientes remitidos a la unidad de memoria de referencia de Hospital terciario.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes remitidos a la Unidad de Memoria años 2005-0216. Se realiza diagnostico siguiendo los criterios clínicos de los diferentes tipos: NINCSD-ADRDA, NINDS-AIREN, Mckeith, Lund Manchester y Petersen. Todos los pacientes tienen analítica general, técnica de neuroimagen (RNM o TAC), valoración neuropsicológica completa, estadiaje según GDS de Reisberg y seguimiento clínico semestral. Se recogen la utilización de inhibidores de acetil-colinesterasa: donepezilo, rivastigmina, galantamina e inhibiodres de NMDA: memantina.
Resultados: Se incluye 3.343 (edad media 80,4 ± 64; mujeres 68%. El 53% se utiliza un solo fármaco, el 10,1% terapia dual y en el 35% de los casos no se utiliza terapia farmacología (deterioro cognitivo leve). Donepezilo: 666 (20%); rivastigmina 583 (17,4%), galantamina 374 (11,2%) memantina 835 (25%). La utilización de fármacos en función de la tipología. Donepezilo: E.A. probable (49,4%). Rivastigmina D-Parkinson (39,2%) y Lewy (50%). Galantamina: vascular (25,5%). Memantina E.A. probable (47%) y frontotemporal (30,9%)
Conclusiones: 1) La mayoría de pacientes utilizan un solo fármaco. 2) Rivastigmina es la ampliamente utilizada en D-Parkinson y Lewy. 3) Memantina se utiliza en demencia frontotemporal sobre todo para la afasia primaria progresiva. 4) El deterioro cognitivo leve no se utiliza terapias farmacológicas.

PC-143. ¿INFLUYE LA EDAD EN LOS RESULTADOS FUNCIONALES DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA?

S. Jiménez Mola[1], F.J. Idoate Gil[1], M. López Viñas[2], P. Sáez López[3], J. Seco Calvo[4], E. Martín Pérez[5] y C.E. Benítez González[1]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Centro de Mayores de Armunia, León. [3]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. [4]Universidad de León, León. [5]Hospital San Juan de Dios, León.

Objetivos: Determinar si la edad influye en las complicaciones y resultados funcionales al alta.
Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, de los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera ingresados en nuestro hospital durante el periodo 1 de diciembre de 2013 al 30 noviembre de 2014. Se registran variables clínicas, funcionales, cognitivas, sociales y asistenciales y se comparan entre los diferentes grupos de edad. Tratamiento estadístico: SPSS®, v.22.0.
Resultados: n = 534 pacientes, de los cuales 189 (36%) tienen una edad entre 75 y 84 años, 180 (33%) tienen una edad entre 85 y 90 años y 165 (30,9%) son mayores de 90 años. En los tres grupos las mujeres son el 75%. La estancia media no varía en los tres grupos, estando alrededor de 11 días (p > 0,05). Aunque hay mayor presencia de fractura extracapsular conforme aumenta la edad (50,3%, 56,7% y 58,8%) la diferencia no alcanza significación estadística (p > 0,05). No hay diferencias (p > 0,05) en la tasa de cirugías realizada pero sí en el tipo de cirugía en las fracturas intracapsulares, con prótesis total en el 16% de los pacientes < 85 años y prótesis monopolar en el 18% de los pacientes > 90 años. No hay diferencias significativas (p > 0,05) en la deambulación previa en los tres grupos de población, deambulando de forma independiente/1 bastón entre el 62% y el 69%. No hay deterioro cognitivo en el 70% de los menores de 85 años ni en el 44% y 49% de los otros grupos. Respecto a las complicaciones hay diferencias significativas en la alteración de la función renal (p < 0,05) y el desarrollo de insuficiencia cardiaca (p < 0,05) que están más presentes en los mayores de 90 años respecto a otras edades. Al alta deambula con andador 41% de los < 85 años, 32% del grupo 85-90 años y 23% de los > 90 años.
Conclusiones: Aunque no hay diferencias en la deambulación previa entre los tres grupos de población sí que las encontramos en la deambulación al alta. El manejo de los líquidos debe ser estricto en los > 90 años para evitar las complicaciones.

PC-144. NONAGENARIOS Y FRACTURA DE CADERA. ¿MAYOR MORBIMORTALIDAD?

S. Jiménez Mola[1], M. López Viñas[2], P. Sáez López[3], E. Martín Pérez[4], J. Seco Calvo[5], F.J. Idoate Gil[1] y M. Plaza Carmona[1]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Centro de Mayores de Armunia, León. [3]Complejo asistencial de Ávila, Ávila. [4]Hospital San Juan de Dios, León. [5]Universidad de León, León.

Objetivos: La fractura de cadera está aumentando de manera continua en pacientes nonagenarios. Determinar si la edad de estos pacientes influye en las complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y resultados funcionales al alta.
Métodos: Se estudian los pacientes mayores de 90 años con fractura de cadera ingresados en nuestro hospital durante el periodo 1 de diciembre de 2013 al 30 noviembre de 2014. Se registran variables clínicas (comorbilidad, complicaciones, tipo de fractura y de cirugía, riesgo anestésico), funcionales, cognitivas y sociales.
Resultados: Tenemos una muestra de 165 pacientes mayores de 90 años. Son mujeres el 74,5% (123). El 62% deambulaba independiente previa a la fractura y el 70% (102) tenía un Barthel > 60. No había deterioro cognitivo en el 49%. Las comorbilidades más frecuentes fueron la cardiopatía (75%), depresión (28%), demencia (25,5%), artrosis (20%) y diabetes (19%). Los tratamientos más habituales al ingreso los antihipertensivos (75%) y benzodiacepinas (47%). Las fracturas pertrocantéreas fueron el tipo más frecuente (59%) y en relación a ello, como procedimiento quirúrgico, el enclavado endomedular. La prótesis bipolar se coloca en el 20% de los pacientes y la monopolar en el 18% restante. La mayoría fueron clasificados como alto riesgo quirúrgico (ASA ≥ III: 81,8%). Se realiza tratamiento quirúrgico en el 91,5% (151). De los 14 pacientes no intervenidos, 8 por exitus previo a la cirugía, 3 tratamiento ortopédico y 3 alto riesgo quirúrgico. Las complicaciones más frecuentes fueron la anemia (90%), delirium (40%), alteración de la función renal (25%), estreñimiento (23%), infección respiratoria (18%), infección del tracto urinario (17%) e insuficiencia cardiaca (17,6%). La mortalidad intrahospitalaria es del 9,1% (15 pacientes). Al alta sólo el 23% es capaz de deambular de forma independiente con andador. Son derivados a Unidad de Recuperación Funcional el 37%. El 27% vuelve a domicilio mientras que el 35% va a residencia. El 8% cambia de domicilio.
Conclusiones: La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes nonagenarios ingresados por fractura de cadera es superior que en otros grupos de edad. Aunque presentan buena capacidad funcional previa, son más susceptibles de empeorar su función durante el ingreso y habrá que buscar recursos para intentar revertirlo.

PC-145. INFLUENCIA DEL TIPO DE FRACTURA EN LOS RESULTADOS FUNCIONALES DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

F.J. Idoate Gil[1], S. Jiménez Mola[1], M. López Viñas[2], E. Martín Pérez[3], C.E. Benítez González[1], P. Sáez López[4] y M. Plaza Carmona[1]
[1]Complejo Asistencial de León. [2]Centro de Mayores de Armunia, León. [3]Hospital San Juan de Dios, León. [4]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila.

Objetivos: Determinar si el tipo de fractura influye en las complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y resultados funcionales al alta.
Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, de los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera ingresados en nuestro hospital durante el periodo 1 de diciembre de 2013 al 30 noviembre de 2014. Variables: sexo, edad, situación basal, tipo de fractura, tipo de tratamiento, estancia media, complicaciones y deambulación al alta. Tratamiento estadístico: SPSS®, v.22.0.
Resultados: Tenemos una muestra de 534 pacientes. Varones: 135 (25,3%), mujeres: 399 (74,7%). Edad media: 86,66 ± 5,32. Tipo de fractura: extracapsular: 294 (55,1%); intracapsular: 240 (44,9%) (p < 0,05).

No diferencias según el sexo (p > 0,05). Se realiza tratamiento quirúrgico en el 93,4% (499). Estancia media de fractura extracapsular: 10,63 ± 7,47 días. Estancia media de fractura intracapsular: 12,12 ± 5,41 días (p < 0,05). Índice de Barthel > 60: 68% pacientes con fractura intracapsular y 69% pacientes con fractura extracapsular. Deambulación independiente previa: 61% pacientes con fractura intracapsular y 67% pacientes con fractura extracapsular (p > 0,05). La anemia es más frecuente en la fractura extracapsular (92,2% vs 82,5%) y la necesidad de transfusión (46,9% vs 29,2%). No diferencias en mortalidad intrahospitalaria (p > 0,05). La indicación de descarga fue del 12,6%, con mayor indicación en fracturas extracapsulares (19,3% vs 6,2%) y por tanto en la proporción de pacientes que no camina al alta p < 0,05 (46% vs 34%). Sin embargo, la proporción de pacientes que camina al alta con andador es similar en ambos tipos de fractura (33,5% vs 31,5%).
Conclusiones: No hay diferencias en la situación basal ni la deambulación previa según el tipo de fractura. Mayor estancia hospitalaria en las fracturas intracapsulares. La anemia y la transfusión son más frecuentes en las fracturas extracapsulares. No hay diferencias en la mortalidad intrahospitalaria. El tipo de fractura per se, no se relaciona con el pronóstico funcional pero sí el grado de estabilidad de la misma pre y poscirugía.

PC-146. ALIVIO SINTOMÁTICO AL FINAL DE LA VIDA. ¿UTOPÍA?

M. López Utiel, A. Noguerón García, L. Plaza Carmona,
R. García Molina y S. Lozoya Moreno
Clínica Nuestra Sra. del Rosario, Albacete.

Introducción: Importancia de cuidados de calidad al final de la vida. Recogida de datos mediante historia clínica y búsqueda bibliográfica.
Caso clínico: Mujer, 85 años hipertensa, diabética, carcinoma ductal infiltrante en 2009, no intervenido por propia decisión de la enferma. Hemiparesia izquierda como debut en 2013. Katz A y sin deterioro cognitivo. FAC 5. Vivía sola. La paciente es remitida a urgencias, por sospecha de ictus en territorio de ACM derecha. TA 165,85. Tª 36 ºC. Saturación O2 basal 92%. Eupneica. Consciente, reactiva. NRL: disartria y paresia 3/5 de hemicuerpo izquierdo. Analítica normal. TAC craneal: lesión intraaxial parietal alta derecha de 3,3 × 2,5 cm hipodensa, que ejerce importante efecto compresivo sobre ventrículo lateral y edema vasogénico perilesional de aspecto digitiforme. Como primera posibilidad diagnóstica se plantea glioblastoma multiforme y otras menos probables absceso, o metástasis. Se recomienda completar estudio con RM: LOE intraaxial subcortical parietal derecha de 3,5 × 3,7 × 2,8 cm, necrótica, paredes engrosadas y realce periférico. Edema perilesional. Adyacente e inmediatamente posterior a la misma se visualizan otras 3 pequeñas lesiones con captación de contraste, la mayor de ellas es de 8 mm con realce periférico. Estos hallazgos son compatibles con glioblastoma multiforme multifocal. La paciente presenta mala evolución clínica, cefaleas importantes y náuseas. Se comenta con la enferma situación clínica y opciones terapéuticas, siendo la paciente candidata a manejo conservador y meramente sintomático. Se ajusta medicación analgésica, con aceptable control del dolor por lo que se puede dar de alta a domicilio para continuar cuidados por parte de facultativos de medicina paliativa. Finalmente la paciente fallece en domicilio con buen control sintomático.
Discusión: Se han publicado diversos documentos sobre la necesidad de mejorar la calidad de cuidados en los momentos finales de la vida desde un punto de vista global, pero más en ancianos. Los cuidados al final de la vida deben formar parte de un proceso asistencial, partiendo de la valoración geriátrica integral y de la elaboración de una detallada lista de problemas, que permita compatibilizar el tratamiento adecuado y riguroso de las enfermedades crónicas y sus procesos intercurrentes tanto a nivel clínica como sintomático.

PC-147. REHABILITACIÓN EN LA FASE AGUDA DE LA FRACTURA DE CADERA

C.E. Benítez González, S. Jiménez Mola, N. Gómez González,
M.A. García Alonso y M.J. López Gago
Complejo Asistencial de León, León.

Objetivos: Analizar los efectos de la rehabilitación en la fase aguda de la fractura de cadera.
Métodos: Se analizaron los pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro centro por fractura de cadera, intervenidos y dados de alta en el periodo del 1 de octubre 2015 a 31 de marzo 2016. El 50% son valorados por el servicio de rehabilitación e inician tratamiento rehabilitador desde el ingreso.
Resultados: n = 211 pacientes, dividido en dos grupos, 103 (48,8%) habían realizado rehabilitación en la fase aguda y 108 (51,2%) no la realizaron. La edad media 87 años en ambos grupos. Fractura más frecuente extracapsular (52,4% y 59,26%). El Barthel medio al ingreso 79,4 y 73 respectivamente. Previo al ingreso deambulación autónoma el 75 (72,8%) de los rehabilitados y 69 (63,9%) de los no tratados. La demencia se objetiva en el 22% de los que se rehabilitan y en el 25% de los que no lo hacen. La estancia prequirúrgica fue de 4 días, siendo la estancia global de 11 días para los tratados y 10,3 para los no rehabilitados. El Barthel medio al alta fue de 41 y 37 respectivamente. Deambulaban con dos muletas o andador al alta el 76,7% (de los rehabilitados, y el 53,7% de los no rehabilitados. Se objetiva nueva institucionalización en el 13,5% de los rehabilitados y en el 12% de los no rehabilitados. Se deriva el 10,7% de los rehabilitados a URF y de los no rehabilitados el 15,74%. Los pacientes rehabilitados mayores de 90 años, el 71,4% deambulaban al alta con andador. Los menores de 90 años, el 79,4% deambulaban con andador. No rehabilitados mayores de 90 años al alta 71,43% deambulaban con andador. Los menores de 90 años 60% deambulaban con andador.
Conclusiones: Objetivamos una mejor deambulación al alta de los rehabilitados, sobre los no rehabilitados. La derivación a URF de los no rehabilitados fue mayor. No existe diferencia entre los grupos mayores y menores de 90 años, presentando similar estado funcional al alta. Describiendo que la rehabilitación en fase aguda podría mejorar la funcionalidad, con la consecuente mejoría en la calidad de vida.

PC-148. PORCENTAJE DE REINGRESOS A LOS 6 MESES TRAS LA FRACTURA DE CADERA

C.E. Benítez González, S. Jiménez Mola y N. Gómez González
Complejo Asistencial de León, León.

Objetivos: Analizar las características sociodemográficas, funcionales y patologías basales de los pacientes, y reingresan los primeros seis meses tras el alta por fractura de cadera.
Métodos: Analizamos 231 pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro centro, intervenidos y dados de alta por fractura de cadera, del 1 de octubre 2015 a 31 de marzo 2016. Se registraron variables sociodemográficas, funcionales y comorbilidades en el primer ingreso, reingreso durante los seis meses posteriores al alta y la posible relación entre estas variables.
Resultados: Muestra de 231 pacientes, excluidos 20 (no intervenidos por tratamiento ortopédico, traslado a otro centro o exitus), una población de 211 pacientes. Edad media de 87,3 años, sexo femenino 78,7% (166). La fractura más frecuente extracapsulares 55,93% (118). Barthel medio al ingreso 76. 68,27% (144) deambulaba de forma autónoma o un bastón. 35,5% (75) vivían en domicilio propio. 85,8% (181) presentó alguna comorbilidad, más frecuente cardiopatía 52,4% (162). 76,3% (161) no tenía demencia. Al alta Barthel medio 39. Deambulaba con andador 137 (64,9%). cambiaron de domicilio 35 (16,58%), de los cuales 28 (80%) ingresaron en una residencia. Seis meses tras el alta, 53 (25,1%) reingre-

saron. 27 (12,8%) el primer mes, más frecuente por complicaciones quirúrgicas 22,2% (6) y las infecciones respiratorias 14,8% (4). Barthel entre 0-45 al alta, reingresaron 35 (16,58%). el primer mes 12 (5,68%) por complicaciones quirúrgicas 3 (25%), seguida de la cardiaca 2 (16,6%). Barthel entre 45-90, reingresaron 18 (8,53%), el primer mes 8 (3,79%), infección respiratoria 3 (37,5%), y las complicaciones quirúrgicas 2 (25%). En el segundo mes reingresaron 5 (2,36%), 2 (40%) por nueva fractura. Estancia prequirúrgica entre 3-7 días reingresaron 16,58% (35 pacientes). 15 (7,1%) el primer mes, más frecuente por complicación postquirúrgica 4 (26%). Pacientes con estancia entre 0 y 2 días reingresaron 8 (3,79%) por infecciones respiratoria o urinaria.
Conclusiones: 25% reingresa en los primeros 6 meses tras el alta. La mitad tiene lugar el primer mes. Los pacientes con peor capacidad funcional al alta reingresaron en mayor proporción. Los intervenidos en las primeras 48 horas reingresaron menos. Tres meses tras el alta se producen 4 nuevas fracturas de cadera.

PC-149. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA TRATAR LA SARCOPENIA Y LA FRAGILIDAD DEFINIDAS DE FORMA OBJETIVA

I. Lozano Montoya[1], A. Correa Pérez[1], I. Abraha[2], R.L. Soiza[3], A. Cherubini[2], D. O'mahony[4] y A.J. Cruz Jentoft[1]
[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [2]Geriatrics and Geriatric Emergency Care, Italian National Research Center on Aging. [3]Department of Medicine for the Elderly, National Health Service Grampian. [4]Department of Medicine, University College Cork.

Introducción: Aunque el ejercicio y la intervención nutricional se recomiendan como primera línea para prevenir o tratar la fragilidad y la sarcopenia, la evidencia es limitada. La mayoría de revisiones sistemáticas (RS) sobre intervenciones no farmacológicas en fragilidad y sarcopenia no utilizan definiciones estandarizadas de fragilidad y sarcopenia. Siguiendo la metodología ONTOP, hemos llevado a cabo una revisión de RS con evaluación de los estudios primarios de intervenciones no farmacológicas en personas con fragilidad física (definida por el fenotipo de fragilidad de Fried) y sarcopenia (definida según el EWGSOP) en pacientes mayores.
Métodos: Revisión de RS. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Pubmed, Cochrane Database, EMBASE, y CINHAL (octubre 2015). Se incluyeron y analizaron los estudios primarios de las RS que evaluaran cualquier intervención no farmacológica para tratar la fragilidad física o sarcopenia en pacientes mayores de 65 años de cualquier nivel asistencial, eligiendo sólo artículos con una definición precisa (Fried o EWGSOP) de la población estudiada. La calidad de los estudios se evaluó utilizando los criterios de la Cochrane Collaboration y GRADE. Los resultados se presentan de manera narrativa, ya que no se pudo realizar un metanálisis debido a la heterogeneidad de los estudios incluidos.
Resultados: En 10 RS solamente 5 estudios primarios cumplían criterios de inclusión. Las intervenciones más frecuentes fueron el ejercicio físico y la suplementación nutricional. La fuerza muscular (excepto en un estudio en población frágil) y el rendimiento físico (excepto en otro estudio en población frágil) mejoraron con el ejercicio y la suplementación con aminoácidos en mayores frágiles y sarcopénicos. Los efectos de estas intervenciones en las caídas y actividades de la vida diaria fueron evaluados en dos estudios con resultados opuestos. La calidad general de los estudios fue baja.
Conclusiones: Las únicas intervenciones estudiadas para el tratamiento de la fragilidad física y la sarcopenia son el ejercicio con o sin suplementos nutricionales. La mayoría de los estudios de RS previas incluyen sujetos no frágiles o sarcopénicos. Estas intervenciones mejoran la fuerza muscular y el rendimiento físico, no hay datos sólidos sobre sus efectos en otros resultados de salud.

Pósteres Área Clínica-Sesión Viernes

PC-150. ANÁLISIS VECTORIAL DE BIOIMPEDANCIA PARA EVALUAR LA MASA MUSCULAR ESQUELÉTICA

M.A. Camina Martín[1], M.P. Redondo del Río[1], R. López Mongil[2], J.M. de Frutos Allas[1] y B. de Mateo Silleras[1]
[1]Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid. [2]Centro Asistencial Dr. Villacián, Valladolid.

Introducción: La determinación de la masa muscular esquelética (MME) es necesaria para el diagnóstico de sarcopenia.
Objetivos: Evaluar la utilidad del análisis vectorial de bioimpedancia para valorar la masa muscular esquelética (MME) en un grupo de ancianos institucionalizados.
Métodos: Estudio transversal descriptivo en una muestra de 51 ancianos institucionalizados. Se completó un estudio antropométrico y de composición corporal (mediante análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) tetrapolar (mano-pie) monofrecuencia a 50 kHz) siguiendo los protocolos estandarizados. Sus resultados fueron interpretados por el método convencional (BIA) y por el análisis vectorial BIVA. En BIA, la masa libre de grasa (MLG) fue estimada con la ecuación de Kyle; la MME se estimó mediante la ecuación de Janssen; posteriormente fueron calculados la masa grasa (MG), los índices de masa grasa y libre de grasa (IMG e IMLG, respectivamente), y sus Z-scores (Z-IMG, Z-IMLG, Z-%MME), utilizando los percentiles de la población caucásica anciana sana como referencia. La depleción de MME se estableció según el documento de consenso del grupo europeo de trabajo sobre la sarcopenia en personas de edad avanzada. En BIVA se emplearon las elipses de referencia de población anciana de Piccoli.
Resultados: La media de edad de los sujetos (37,3% varones) fue de 86,2 años; su IMC medio fue de 28,3 kg/m^2. Las puntuaciones Z-score de los índices de MLG y MG y del %MME fueron -0,81, 2,26 y -1,59, respectivamente. El 37,3% de los sujetos presentaron MME normal; mientras que el 11,8% tenían depleción grave. El vector de impedancia del 10,5% de los sujetos con MME normal fue anormal, mientras que en los sujetos con depleción moderada y severa la cifra ascendió al 38,5 y 83,3%, respectivamente.
Conclusiones: El análisis vectorial de bioimpedancia cataloga correctamente la depleción de masa muscular esquelética en la muestra evaluada.

PC-151. PERFIL DE LOS PACIENTES PALIATIVOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

F. Drago Layseca, S. Frutos Díaz, J.C. Heredia, J.M. Miralles Subirats y E.M. Nieto Ramos
Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes oncológicos y no oncológicos fallecidos durante el seguimiento por PADES durante el 2016.Datos recogidos de la historia clínica: edad, sexo, antecedentes patológicos, Charlson modificado, fármacos, síndromes geriátricos, situación social, Barthel, días de seguimiento, número de visitas, antibióticos recibidos ≤ 6 meses, decisiones final de vida (identificación como paciente paliativo, información a familiares, decisión de no vías intravenosas, no nuevos antibióticos, traslados hospital, lugar de deseo de exitus, días desde inicio tratamiento subcutáneo), lugar del exitus. Criterios enf. crónica en fase terminal: neumopatía crónica FEV < 30% esperable, síndrome inmovilidad establecido Barthel < 20, enf. neurodegenerativa (demencia ≥ FAST 7c y Parkinson estadio V Hoehn Yarhr), insuficiencia cardíaca grado IV NYHA, hepatopatía crónica C Child, insuficiencia renal estadio 5.
Resultados: Se recogieron los datos de 47 pacientes. Edad media 82,77 (± 9,97) años, 55,82% mujeres. Motivo de petición: 29,79%

control clínico paliativo oncológico, 29,79% control clínico paliativo no oncológico, 12,77% trastornos de conducta, 19,4% geriátrico pluripatológico, 8,5% deterioro funcional. Seguimiento medio 46,41 días, media 2,64 visitas y 4,13 contactos telefónicos. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial 68,09%, diabetes mellitus 19,15%, insuficiencia cardíaca 36,2%, fibrilación auricular 19,2%, insuficiencia renal 23,4%, enfermedad cerebrovascular 17%, EPOC 10,64%, demencia 40,43%, trastorno ansioso-depresivo 40,43%. Media patologías 4,13. Barthel medio 37,45 (≤ 30 46,8%). Media índice Charlson modificado 2,34. Polifarmacia (≥ 5 fármacos 83%), media fármacos 7,3, benzodiacepinas 34%, antiagregantes 25,5%, antidepresivos 42,56%, antiagregantes 25,5%, neurolépticos 36%, antidepresivos 42,56%, anticoagulantes 6,38%. Antibióticos ≤ 6 meses 36,17% (media 2,4 ciclos). Pacientes enfermedad crónica en fase terminal 44,68%, enfermedad terminal oncológica 29,8%. Síndromes geriátricos: síndrome de inmovilidad 34%, disfagia 34%, incontinencia 47%, estreñimiento 23,4% UPP 6,38%. Valoración urgencias durante el seguimiento 29,79%. Información final vida 70,21%, decisión no vías 57,44%, no antibióticos 53,2%, no traslados urgencias 59,6%, deseo exitus domicilio 57% deseo exitus hospital 10,63%. Necesidad tratamiento subcutáneo 57,45%. Mediana de 14,77 días. Lugar exitus: 68% domicilio habitual (55,32% domicilio y 12,77% residencia).

Conclusiones: Los pacientes valorados eran adultos muy mayores, pluripatológicos y dependientes. Presentaban una alta prevalencia de polifarmacia, destacando el uso de antidepresivos, benzodiacepinas y neurolépticos. En la mayoría de los casos, bien el paciente y/o el cuidador principal, fueron informados sobre enfermedad crónica u oncológica en fase terminal. Se tomaron decisiones en más de la mitad de los casos de limitación de esfuerzo terapéutico, falleciendo, en colaboración con atención primaria, con tratamiento sintomático en domicilio.

PC-152. ABORDAJE DE LA PLURIPATOLOGÍA MEDIANTE PROCESOS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

J.L. López Otero y G.M. García Barreiro
SARquavitae San Lázaro, Santiago de Compostela.

Objetivos: Desarrollar un proceso asistencial de atención específica a pacientes sociosanitarios crónicos pluripatológicos complejos mediante la coordinación entre el centro residencial y el hospital de referencia. Mejorar la atención y optimizar los recursos en el abordaje de los pacientes pluripatológicos de centros residenciales.

Métodos: Puesta en marcha de un proyecto de intervención (abril-noviembre 2015) en tres fases: diseño, implementación y evaluación, en colaboración con el hospital de referencia. Se identificó un médico de referencia en el Hospital de día con el que establecer una comunicación directa desde el servicio médico de la residencia y se facilitó a la residencia el acceso a la historia clínica electrónica de la Comunidad. Se categorizó a los pacientes del centro en función de su estado de salud y pronóstico, formando así dos grupos: proactivos y paliativos. Se estudiaron 141 pacientes y se tomaron los pacientes con Barthel < 40 o Pfeiffer > 3. A estos se aplicaron las escalas de Cronigal y Profound. Si presentaban una predicción de mortalidad superior al 50%, se aplicó el NECPAL. Los resultados de dicha categorización fueron: 74,47% (105 pacientes) NECPAL–: proactivos; 25,53% (36 pacientes) NECPAL++: paliativos. Los pacientes proactivos (74,47%), recibirían atención directa a través de hospital de día en caso de requerir atención especializada o alguna prueba, evitando así la atención en el servicio de Urgencias del hospital de referencia. En cuanto a los pacientes paliativos, en 30 de ellos (83,33%) se consensuó con las familias el iniciar cuidados paliativos, manejo sintomatológico en residencia y minimizar lo más posible la atención hospitalaria. En los 6 casos restantes (16,67%), las familias decidieron continuar con el manejo proactivo.

Resultados: Desde septiembre a noviembre de 2015 se resolvieron 10 casos a través de hospital de día, 7 de ellos de pacientes proactivos, y 3 de ellos paliativos.

Conclusiones: A la luz de los resultados obtenidos, se puede afirmar que el proceso de coordinación sociosanitaria ha sido satisfactorio. Se ha disminuido, durante esos 3 meses, la atención en Urgencias de pacientes remitidos por la Residencia. No obstante, han surgido algunas limitaciones para desarrollar una atención continuada como, por ejemplo, el horario del Hospital de Día.

PC-153. MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON LAS FAMILIAS MEJORA LA CALIDAD ASISTENCIAL

D. Curto Prieto, B. Marco Burguete, P. Cano Desandes, L. Wilson, E. Cano, R. Hernández y A. Raya
Sanitas Mayores, Barcelona.

Objetivos: En los centros residenciales pasan muchas familias cada día. En muchas ocasiones las familias no pueden ir cuando quieren ni a las horas que los equipos clínicos de los centros les pueden informar de la situación de su familiar. Nos planteamos innovar en cómo mejorar la comunicación con las familias para que tuviesen toda la información actualizada acerca de su familiar.

Métodos: Se desarrollo una App que permitiese que la información que todos los profesionales del centro escriben en la historia clínica electrónica se pusiese a disposición de los familiares en tiempo real para que estos últimos tuviesen una información fiable y en tiempo real de los residentes de los centros. Después del desarrollo de la App se decidió la información que se iba a volcar inicialmente en la App y los mecanismos que tendrían las familias para visualizar la misma. De igual modo se creó un sistema para permitir a las familias una comunicación en tiempo real con los diferentes profesionales de los centros y así poderles transmitir dudas y comentarios de sus familiares.

Resultados: Se realizó una primera fase piloto en pocos centros para ver las debilidades y las fortalezas de la App. Se promovió que los familiares fuesen muy activos en plantear mejoras en la misma para que la información que estos recibiesen fuese de alto valor para ellos. Posteriormente al pilotaje se lanzó, progresivamente a más centros residenciales de la compañía. La acogida es muy positiva con un alto grado de aceptación y una progresiva ampliación de datos disponibles para las familias.

Conclusiones: El desarrollo de un App para mejorar la comunicación entre personal asistencial y familias de residentes en centros residenciales, mejora la satisfacción de las familias, se sienten integrados en el proceso de cuidados y les permite participar en la vida diaria de los residentes. La posibilidad de tener información en tiempo real del estado de los residentes permite a las familias mejorar la confianza hacia los profesionales, mejorar la comunicación entre los equipos y por último esto permite unos mejores cuidados, de más calidad a los residentes.

PC-154. ¿EL FARMACÉUTICO INTEGRADO EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE UN SOCIOSANITARIO MEJORA LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN?

S. Ortonobes, M. Gómez, M. de Castro, M. Cabrera, M.A. Villarino, R. Comet y M.Q. Gorgas
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Describir un modelo de atención farmacéutica realizada en un centro sociosanitario (CSS).

Métodos: El farmacéutico responsable del CSS realiza una revisión farmacoterapéutica de pacientes catalogados como crónicos complejos al ingreso y al alta del CSS. Durante la hospitalización se validan diariamente las prescripciones médicas y se da soporte farmacoterapéutico a todo el equipo médico y de enfermería. Datos registrados durante 2016: demográficos, estado cognitivo y funcional basal,

número de fármacos crónicos por paciente al ingreso y al alta, prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) según criterios Beers, Stopp-Start y/o Priscus, número y tipo de intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas y su aceptación.
Resultados: Ingreso: pacientes revisados 664; ingresos en unidades de agudos 498 (75,0%). Edad media 84,8 años (DE 6,9); mujeres 362 (54,5%). Media índice de Barthel: 57,1 (DE 28,2). Media test de Pfeiffer 3,9 (DE 5,4). Promedio de fármacos/paciente 10,9 (DE 4,3). Se detectaron 782 PPI en 481 pacientes, principalmente omeprazol (232; 29,7%) y benzodiazepinas (213; 27,2%). Estancia hospitalaria: promedio 24 (DE 23,8) días. IF realizadas: 648 en 399 pacientes. IF aceptadas: 497 (76,7%). Clasificación: adaptación a la guía farmacoterapéutica (GFT) del CSS 135 (27,2%); ajuste dosis por función renal 62 (12,5%); conciliación de la medicación 47 (9,5%); otras 253 (50,8%). IF no aceptadas: 151 (23,3%); 87 (57,6%) de ellas justificadas. Clasificación: ajuste de dosis por función renal 38 (25,2%); conciliación de la medicación 32 (21,2%), ajuste de pauta 21 (13,9%), iniciar tratamiento 18 (11,9%); otras 42 (27,8%). Alta: pacientes revisados 498 (75,0%); exitus 155 (23,3%); traslado fuera del CSS 11 (1,7%). Promedio de fármacos/paciente 11,7 (DE 4,1). Se detectaron 520 PPI en 353 pacientes. Comparación ingreso *vs* alta (498 pacientes). Número fármacos/paciente: 11,1 *vs* 11,7; $p < 0,001$, test de Wilcoxon para datos apareados. Pacientes con PPI/total de pacientes: 481/664 (72,4%) *vs* 353/498 (70,9%); ns. Número PPI/paciente: 1,6 vs 1,4; $p < 0,001$, test de Wilcoxon para datos apareados.
Conclusiones: Realizar revisiones farmacoterapéuticas de pacientes crónicos permite detectar PPI y resolver la mayoría de ellas durante el ingreso. Las IF más frecuentes, aparte de las de adaptación a GFT, fueron: ajuste de dosis por función renal y conciliación de la medicación habitual.

PC-155. EVALUACIÓN DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE EL AÑO 2016

N. Fernández González, M. Asenjo Cambra, J. Peco Torres, B.A. Cedeño Veloz, M.A.J. Illán Moyano y C. Alonso Bouzon
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Describir las características clínico-demográficas de los ancianos con osteoporosis complicada con fractura de cadera en un Hospital Universitario durante 2016. Analizar el cumplimiento de los estándares de calidad en el tratamiento de la misma.
Métodos: Estudio observacional transversal de todos los pacientes mayores de 70 años con fractura de cadera que ingresaron en la Unidad en 2016.
Resultados: En 2016 ingresaron en la Unidad de Ortogeriatría del HU 132 ancianos con fractura de cadera: el 78.8% fueron mujeres, la edad media fue de 84.4 años, en su mayoría procedentes de domicilio y con dependencia leve-muy leve. La mitad presentaba FAC basal nivel 4-5, 53% sin deterioro cognitivo, 73,3% polimedicados, la mayoría sin DM (71,8%), 59,6% tenía comorbilidad baja-moderada (Charlson < 3), y 58,9% ASA III. La fractura más frecuente fue la pertrocantérea (55,7%), seguida de la subcapital (35.1%). La mayoría de las cirugías se realizaron en turno de mañana, mediante anestesia raquídea (90.9%) y empleando clavo endomedular (60,6%). Han sido más prevalentes las complicaciones de índole médica: 52,3% presentaron anemia con necesidad de transfusión; 30% deterioro agudo de función renal; 19,1% infección nosocomial, 11,5% complicaciones cardiovasculares, 47,3% delirium; 88,5% déficit de vitamina D, 61,1% desnutrición con necesidad de suplementación y 48,9% estreñimiento; siendo la incidencia de infección de herida quirúrgica y complicaciones mecánicas inferior al 1%. El 64,3% de los pacientes fueron dados de alta en los 7 primeros días tras la cirugía, siendo el destino el domicilio o residencia previa (66,4%). En relación con los estándares de calidad, ingresaron en la Unidad en un tiempo medio de 2,6 horas; el 45,3% se intervino en las primeras 48 horas siendo la principal causa de demora quirúrgica los problemas logísticos (31,3%); todos los pacientes fueron valorados por un equipo multidisciplinar; en todos los casos se tomaron medidas preventivas ante UPP, siendo su incidencia del 3,8%; se valoró riesgo de caídas y necesidad de tratamiento antiosteoporótico en la totalidad de los casos.
Conclusiones: La Unidad de Ortogeriatría del HU cumple satisfactoriamente los cánones de calidad establecidos por la British Orthopaedic Association (2007).

PC-156. PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES MAYORES

P. Fernández-Montalbán, J. Albéniz, E. Sánchez, G. Fernández-Gil, S. Hernanz, E. Rodríguez y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Determinar la prevalencia de pérdida de masa muscular durante la hospitalización en una Unidad de Agudos de Geriatría y los factores asociados dicha pérdida así como comparar al grupo que pierde frente a los que no.
Métodos: Estudio prospectivo, observacional de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría en un plazo de tres meses. Se calculó la masa muscular mediante bioimpedanciometría (usando la fórmula de Jansen) al ingreso y al alta y se compararon los que perdieron masa magra durante el ingreso frente a los que no. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, antropométricas, estancia media y mortalidad intrahospitalaria.
Resultados: Ingresaron 147 pacientes, de los cuales se incluyeron en el estudio 81 (60% mujeres, edad media 93 ± 4 años). Estancia media 7 ± 5 días. Mortalidad intrahospitalaria 7%. El motivo principal de ingreso de ambos grupos era una infección y la mayoría estaban malnutridos (57%). El 67% cumplían criterios de sarcopenia (baja masa muscular y baja fuerza muscular) al ingreso. El 58% perdieron masa magra durante el ingreso. Los que perdieron masa muscular eran con más frecuencia varones (53% vs 22%, $p = 0,01$) y tenían más anemia (31% vs 4%, $p < 0,05$). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en edad, movilidad, AVDs, situación social, comorbilidades o polimedicación.
Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes mayores hospitalizados en la Unidad de Agudos perdieron masa muscular durante la hospitalización. Dos tercios ya tenían sarcopenia en el momento del ingreso. Los pacientes con pérdida de masa muscular fueron con más frecuencia varones y tenían más grado de anemia, sin diferenciarse de los que no perdieron la masa muscular en ninguna otra característica.

PC-157. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MAYORES QUE INGRESAN POR RABDOMIÓLISIS

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

Objetivos: Conocer la mortalidad hospitalaria de los pacientes mayores que ingresan por rabdomiolisis en cualquier Servicio de un hospital terciario y analizar los factores de riesgo de mortalidad.
Métodos: Estudio analítico, retrospectivo de todos los pacientes > 70 años con diagnóstico de rabdomiolisis ingresados en un hospital terciario en un periodo de 11 años. Se recogieron variables sociodemográficas, situación basal, comorbilidades, tratamientos crónicos, síntomas, parámetros analíticos durante el ingreso y la mortalidad intrahospitalaria Se compararon los pacientes fallecidos con los dados de alta vivos.
Resultados: 275 pacientes (59% mujeres, edad media 84 ± 6 años). Las características clínicas se describen en detalle en otro resumen. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10%. No se encontraron diferencias significativas en las características basales ni los tratamientos crónicos entre los pacientes que sobrevivieron y fallecieron. El ante-

cedente de enolismo (p = 0,007) y la presencia de mialgias (p = 0,04) y deshidratación (p = 0,002) fueron más frecuentes en los fallecidos. De las causas relacionadas con la rabdomiolisis se asociaron a una mayor mortalidad la ingesta abusiva de alcohol (p = 0,008), la deshidratación (p = 0,002), el ictus (p = 0,002), la caída de causa no determinada (p = 0,01) y el origen multifactorial (p = 0,036). Los fallecidos tuvieron un valor de creatinina máxima mayor (3,2 vs 1,9, p = 0,03), una CK mayor al alta (6334 vs 650, p < 0,001), una natremia mayor (144 vs 138, p = 0,002) y una osmolaridad más alta (303 vs 280, p < 0,001) al ingreso. Los fallecidos habían pasado más tiempo en el suelo (p = 0,008) y tenían una estancia hospitalaria menor (p = 0,001).
Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de rabdomiolisis que fallecen durante el ingreso no difieren de sus características basales respecto a los que no fallecen. La mortalidad es mayor entre los que permanecieron más tiempo en el suelo y en aquellos con rabdiomiolisis relacionada con caída casual, deshidratación, ictus u origen multifactorial.

PC-158. RABDOMIÓLISIS EN PERSONAS MAYORES: PERFIL CLÍNICO, CAUSAS Y MORTALIDAD A LOS 6 MESES

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

Objetivos: Describir las características basales, evolución clínica y mortalidad a los 6 meses de los pacientes mayores que ingresan en el hospital por un episodio de rabdomiolisis.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes mayores ingresados en cualquier servicio de un hospital terciario en un periodo de 11 años con el diagnóstico de rabdomiolisis. Se recogieron las características sociodemográficas, antecedentes, causas a las que se atribuye la rabdomiolisis, comorbilidades, fármacos, estancia hospitalaria, parámetros analíticos al ingreso, valores máximos y al alta, sintomatología y supervivencia.
Resultados: Se incluyeron 275 pacientes (59% mujeres, edad media 84 ± 6 años). El 66% vivían solos. El 27% tenían demencia. Aproximadamente el 60% tenía marcha independiente, sin caídas previas y eran independientes para las ABVD. El 43% presentaban enfermedad renal crónica y 6% alcoholismo. El tiempo medio estimado de permanencia en el suelo fue de 999 ± 1.066 minutos. Entre las causas relacionadas con el episodio destacan las infecciones (53%), deshidratación (23%), caída casual (23%), ACV (11%), metabólicas (10%), fármacos (7%), síncope (6%), encamamiento (4%), convulsiones (3%), alcohol (2%) y SCASEST (2%), en un 42% se estimó que la causa era multifactorial. Sintomatología al ingreso: 20% fiebre, 11% mialgias, 43% debilidad, 36% deshidratación, 33% delirium, 38% hematomas, 22% heridas, 35% TCE, 9% fracturas. El 56% ingresó en Medicina Interna, 13% en Geriatría, 10% en Neurología, el resto en otros Servicios. Creatinina en urgencias: 1,7 ± 1,2, máxima 2,0 ± 1,5 al alta 1,2 ± 1,0. CK en urgencias: 4.509 ± 8.201, máxima 5.315 ± 10.768 al alta 1.230 ± 5.891. La estancia media fue de 13 ± 9 días, la mortalidad intrahospitalaria del 10%. Un 11% reingresaron en los primeros seis meses, la mortalidad a los 6 meses fue del 25%.
Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes mayores con rabdomiolisis no ha sido bien descrito. Se describe aquí una serie amplia de pacientes con este diagnóstico y se analiza el perfil clínico y las causas a las que se atribuye el episodio de rabdomiolisis. Un 25% de los pacientes habían fallecido a los seis meses.

PC-159. INCIDENCIA DE HIPONATREMIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

C. Zárate Sáez, E. Rodríguez Espeso, E. Sánchez García, L. Valdez Disla y A.J. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La hiponatremia es una complicación frecuente durante la hospitalización en ancianos con fractura de cadera, multifactorial y potencialmente evitable. Se asocia según algunos estudios con aumento de la estancia media y mayor mortalidad.
Objetivos: Conocer la incidencia de hiponatremia en pacientes ingresados con fractura de cadera en nuestro servicio. Evaluar la posible asociación entre el desarrollo de hiponatremia y los resultados clínicos durante la hospitalización (mortalidad, estancia media).
Métodos: Estudio observacional, prospectivo. Se evaluó la natremia retrospectivamente mediante revisión de analíticas. Criterios inclusión: pacientes ingresados consecutivamente sin hiponatremia por fractura de cadera ≥ 80 años, entre el 1 de julio de 2014 y el 18 de octubre del 2015. Se recogieron variables clínicas, sociales, funcionalidad basal, estancia media y mortalidad. Se definió hiponatremia incidente, como una determinación de sodio durante la hospitalización < 135 en paciente con natremia al ingreso normal.
Resultados: Se incluyeron 393 pacientes, con edad media de 87,5 ± 4,8 años, siendo 77,4% mujeres. Tipo de fractura: subcapital (40,4%), pertrocantérea (50,3%), subtrocantérea (9,1%). Con comorbilidad importante como: cardiopatía 34% (n 134), EPOC 7,4% (n 29), ERC 22,3% (n 88) y demencia 34,5% (n 136). Estaban institucionalizados un 23,6% (n 93). El índice de Barthel medio basal fue de (73,75 ± 25). La estancia media fue de 13,8 ± 6,4 y la mortalidad hospitalaria de 5,6%. La incidencia de hiponatremia fue de 25,9%, moderada (Na 125-129) 5,3% y grave (Na < 125) 2%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de hiponatremia en función de la presencia o no de demencia, i. renal, tratamiento con diuréticos o psicofármacos ni al comparar la situación funcional al alta. La estancia media de pacientes con hiponatremia durante el ingreso fue mayor (16,2 ± 7,28 vs 13 ± 5,9, p < 0,05) con diferencias significativas y la asociación fue independiente de la edad, la presencia de demencia, cardiopatía y de otras complicaciones médicas (OR 3,25 IC95% 1,8-4,6). No encontramos diferencias en mortalidad (6,2% vs 3,9%, p > 0,05).
Conclusiones: Uno de cada cuatro pacientes ingresados por fractura de cadera, presentan hiponatremia como complicación. Ésta se asocia con una estancia media más prolongada sin asociarse a mayor mortalidad.

PC-160. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES ANCIANOS DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER COLORRECTAL

M. Pi-Figueras Valls, C. Montagut Viladot, A.M. Digón Llop, E. Lafuente Cabrero, S. Ribas Oliva, O. Vázquez Ibar y L. Visa Turmo
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar el impacto de la valoración geriátrica integral (VGI) en ancianos diagnosticados de tumores colorrectales (CCR) en: tratamiento oncoespecífico, toxicidad al tratamiento y número de reingresos. Describir las características de pacientes ≥ 70 años con tumores CCR y analizar las intervenciones geriátricas tras la VGI.
Métodos: Estudio prospectivo aleatorizado, abierto, con grupo intervención (casos) y grupo control de pacientes ≥ 70a con CCR. Se realizó test screening de fragilidad en grupo intervención, los de resultado positivo fueron valorados por un geriatra mediante una VGI previa a la valoración oncológica. Se clasificaron en no frágiles, frágiles y muy frágiles. El geriatra realizó diferentes intervenciones no oncológicas. En ambos grupos se recogieron variables geriátricas: funcionales, cognitivas, sociales, nutricionales, emocionales, y variables oncológicas: estadio tumoral, tratamientos oncoespecíficos, toxicidades, reducciones de dosis y reingresos.
Resultados: Se analizaron 89 pacientes (48 casos, 41 controles); edad media casos 79,5 ± 0,77 y controles 77,3 ± 0,70 años. Presentaron: I. Barthel (97,9% vs 89,5% dependencia leve; 2,1% vs 7,9% moderada; 0% vs 2,6% grave), I. Lawton (54,3% vs 62,5% independientes para AIVD), MMSE (26,8 ± 4,5 vs 24,2 ± 5,3). El Yesavage > 5 en 21,3% vs 35% de casos y controles respectivamente. MNA (46,7% vs 66,7% en riesgo de malnutrición; 11,1% vs 25,6% malnutrición) con p < 0,001.

Se clasificaron: no frágiles 42,3%, frágiles-vulnerables 47,5% y 10,2% muy frágiles. Las intervenciones más frecuentes: consejos nutricionales (83,3%), cambios de medicación (66,6%), fisioterapia (45,2%), PADES (47,6%), prevención caídas (38%), estudio osteoporosis (16,6%) y consejos del sueño (12%). Un 54,2% de casos vs 73,2% de controles se diagnosticaron de cáncer de colon, siendo el 50% tumores localizados y el 50% metastásicos. En la 1ª visita oncológica el 87,5% casos vs 75,6% controles recibieron quimioterapia (QMT), el 28% casos vs 9,5% controles tuvieron reducción de dosis en la primera QMT ($p < 0,04$). El grupo control presentó mayor toxicidad grado 3-4 ($p < 0,05$), siendo la hematológica y digestiva más frecuentes. Los reingresos por toxicidad fueron superiores en el grupo control.
Conclusiones: La incorporación de VGI sistemática aporta en los pacientes ≥ 70 años diagnosticados de tumores CCR un tratamiento oncoespecífico adaptado, reducción de dosis, menor toxicidad grave y menor número de reingresos por toxicidad.

PC-161. PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE DIFICULTADES DEGLUTORIAS EN LA PERSONA MAYOR FRÁGIL EN CENTROS RESIDENCIALES

M.D.Á. Albaladejo Asensio y A.I. Villaverde Martínez
Centro Residencial Geriatros Valdemoro, Valdemoro.

Introducción: Un aspecto esencial del cuidado diario en centros residenciales es la valoración de la capacidad de ingerir líquidos y/o sólidos para dictaminar qué alimentos son seguros. En este sentido, es igual de importante la formación e información al personal de los centros sobre el mecanismo normal de deglución, los signos de disfagia habituales y los riesgos de tomar alimentos desaconsejados para este tipo de casos.
Objetivos: Analizar el impacto del control de ingestas en la disminución de derivaciones hospitalarias producidas por problemas de deglución en la persona mayor frágil.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre la población diana de un centro residencial. Se analizan las derivaciones hospitalarias centrándose en las causadas por infección respiratoria, broncoaspiración, neumonía o disnea de los años 2011 a 2016. Se obvian las debidas a insuficiencia respiratoria ya que se ha observado que la mayoría están causadas por problemas respiratorios con patología de base. En el año 2014 se inicia el proceso sistemático de detección de problemas de deglución y la formación de la totalidad de los profesionales de base del centro.
Resultados: En el período 2011-2013, antes de la implantación de este proceso, se producen un total de 822 derivaciones de las que 99 (12,04%) fueron objeto de estudio sobre un total de 821 personas como población diana. En el período 2014-2016, con el proceso implementado, se producen un total de 840 derivaciones de las que 76 (9,05%) fueron objeto de estudio sobre un total de 927 personas como población diana. En el Congreso se presentarán análisis de significación pormenorizados en cada año.
Conclusiones: A la luz de los resultados, parece que el proceso de detección de problemas de deglución y la formación ha sido eficaz para disminuir las derivaciones hospitalarias ocasionadas por problemas de disfagia. De esta forma, con una intervención de bajo coste se logra aumentar el bienestar y calidad de vida de las personas mayores atendidas en centros residenciales, además de un ahorro de costes a la Seguridad social.

PC-162. UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA ESPEJO EN USUARIOS HEMIPLÉJICOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL

M. Sanz Silvestre, P. Marra Piñeiro y G. Gómez Gómez
Centro Residencial Geriatros Alcalá de Henares, Alcalá de Henares.

Introducción: La terapia de espejo se ha aplicado con éxito en pacientes hemipléjicos. El mecanismo subyacente está relacionado con las neuronas espejo, de forma que la observación de los movimientos a través del reflejo del espejo activa el sistema de las neuronas espejo sin necesidad de mediar movimientos.
Objetivos: Mejorar las habilidades sensitivas y motoras del miembro pléjico. Mejorar la atención visoespacial.
Métodos: Se inició el programa con 6 residentes, entre 72 y 84 años, con hemiplejia crónica tras ACV de varios años de evolución. Cinco tenían infartos en arteria cerebral media derecha e izquierda y un residente con hemorragia tras rotura de aneurisma. Se realizan dos sesiones semanales de 30 minutos de duración por participante. En una primera parte, se realizan ejercicios con movimientos repetitivos (abrir-cerrar mano, palma arriba-abajo, juntar-separar dedos). Se le indica al residente que trate de hacerlo con ambas manos mientras mira al espejo. También se le puede ayudar realizando los mismos movimientos de forma pasiva-asistiva con el brazo afecto. Posteriormente, se realizan ejercicios funcionales con el brazo sano (ej. poner-quitar tapones, engarzar cordones...) mientras mira al espejo.
Resultados: Todos los participantes demandan de forma activa el uso de la terapia del espejo pues refieren "sensación de hormigueo" en la zona distal del brazo parético. Además, en los 3 residentes con espasticidad distal tras la terapia del espejo se observa disminución del tono muscular.
Conclusiones: A la luz de los resultados, parece que incluir la terapia de espejo dentro de los planes asistenciales para las personas con hemiplejia crónica permite obtener beneficios a nivel sensoriomotor.

PC-163. ANÁLISIS DESCRIPTIVO: SITUACIÓN FARMACOLÓGICA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO EN MAYORES DE 75 AÑOS

M. Gonzalo Lázaro[1], A. Sola Mateos[2], M.J. Hernández Sanz[2], J. Alonso Renedo[1], M. Gutiérrez Valencia[1], B. González Glaria[1] y N. Martínez Velilla[1]
[1]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. [2]Centro Sociosanitario El Vergel, Pamplona.

Objetivos: Analizar el nivel de polifarmacia en un Centro Sociosanitario, realizando estudio descriptivo de las prescripciones medicamentosas realizadas, como paso previo al inicio de Programa de Deprescripción según criterios STOPP-START.
Métodos: Analizar el global de prescripciones en 111 residentes mayores de 75 años en un Centro Sociosanitario perteneciente a la red pública del Gobierno de Navarra. Estratificación por grupos de edad, sexo y nivel de dependencia, (según Baremo de Valoración de Dependencia o BVD). Se clasifican las prescripciones por grupos terapéuticos (ATC), según número de prescripciones: no polifarmacia (0-4), polifarmacia (5-9) y polifarmacia excesiva (≥ 10). Carga anticolinérgica según escala Anticolinergic Risk Scale.
Resultados: Edad media: 86,85 año (75-106), mujeres: 63%. Total prescripciones crónicas: 951, variando entre 2-23 prescripciones/persona (mediana: 8), con polifarmacia y polifarmacia excesiva en el 46,85% y 39,64% de los residentes respectivamente. No asociación estadísticamente significativa entre el grado de polifarmacia y edad, sexo o grado de dependencia. Según códigos ATC, el 88,3% reciben suplemento mineral o vitamínico; el 63,1% consumen algún psicoléptico o psicoanaléptico con un predominio significativo en mujeres ($p < 0,05$) y en dependientes ($p < 0,05$) También es común el empleo de fármacos antihipertensivo (51,4%), antitrombóticos (50,45%) y laxantes (48,6%). Asimismo, 40 pacientes (36%) consumen fármacos con carga anticolinérgica: siendo los más frecuentes trazodona (15), mirtazapina (12) y risperidona (6). Estos fármacos son más frecuentes en jóvenes ($p < 0,05$), en mujeres ($p < 0,05$) y en dependientes ($p < 0,05$). También se observa mayor polifarmacia en aquellos que toman fármacos anticolinérgicos en aquellos con mayor polifarmacia (10 vs 8; $p < 0,01$).
Conclusiones: Detectamos que el 83,79% de los residentes tiene prescrito 5 o más fármacos de forma crónica. El grado de polifarmacia no varía según edad, sexo o nivel de dependencia, lo que orienta

a existencia de fármacos prescritos de forma crónica, que se han mantenido a pesar de haber variado las condiciones clínicas, funcionales y cognitivas. Llama la atención el elevado consumo de fármacos con riesgo anticolinérgico sobretodo en jóvenes, mujeres y dependientes. Concluimos en la necesidad de iniciar protocolos de deprescripción según criterios STOPP-START, evitando uso de prescripciones potencialmente inadecuadas con el fin de minimizar alto riesgo de efectos adversos, ingresos hospitalarios y morbi-mortalidad.

PC-164. SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN TRAS FRACTURA DE CADERA MEDIANTE UN ANDADOR INTELIGENTE

J. Yanguas[1], M. Iturburu[1], S.A. Silguero[2], N. Navas[2], G. Sueskun[2], A. Iglesias[2] y M. Tabernero[2]
[1]Matia Instituto, Donostia-San Sebastián. [2]Matia Fundazioa, Donostia-San Sebastián.

Objetivos: Evaluar las diferentes funciones y usabilidad de un andador inteligente como apoyo en el proceso de rehabilitación de personas mayores tras una fractura de cadera.
Métodos: Tres mujeres con edades comprendidas entre los 79 y 84 años, operadas de cadera y sin deterioro cognitivo (MEC > 23) utilizaron el andador inteligente durante su estancia en el hospital (16, 19 y 21 días respectivamente). Se evaluaron las siguientes funciones implementadas: Identificación del usuario: creación de una identidad codificada para cada participante y asignación de tarjeta RFID. Posición del usuario (cerca, correcta, lejos) con respecto al andador e indicación mediante leds verde y rojo. Marcha: Timed Up and Go (TUG), 10m Walk. La usabilidad se evaluó mediante el "Post-Study System Usability Questionnaire "(PSSUQ).
Resultados: La identificación de cada participante mediante lectura de la tarjeta RFID correspondiente y registro de la actividad realizada con el andador se realizó de forma satisfactoria. El andador indicó y registró en cada caso la posición de la usuaria con respecto al mismo. Los ejercicios TUG y 10 mW, y los tiempos registrados por el andador permitieron conocer el progreso de las participantes en su proceso de rehabilitación disminuyendo el tiempo necesario para realizar los ejercicios a lo largo del ingreso: 1) para la realización del TUG las participantes pasaron de realizar el ejercicio en 39/54/33s respectivamente a 25/26/25s al final del proceso. Al inicio del ingreso el tiempo necesario para recorrer los 10m en el ejercicio 10mW fue de 25/32/29s pasando a 20/26/25s antes del alta. La usabilidad general (PSSUQ) obtuvo una alta puntuación entre las usuarias, 6,32/6,72/6,81 sobre un total de 7 puntos. Las tres participantes destacaron la facilidad de manejo del andador, la utilidad del indicador de posición mediante colores y la motivación provocada por el conocimiento del progreso en la realización de los ejercicios.
Conclusiones: El andador inteligente, mediante medidas objetivas y diversos indicadores de la marcha proporciona información interesante y útil sobre el progreso de los pacientes en el proceso de rehabilitación tras una fractura de cadera. Al mismo tiempo, el andador puede ser una fuente adicional de motivación para los pacientes.

PC-165. UTILIDAD DE LA VACUNA SUBLINGUAL DE BACTERIAS INACTIVAS EN PACIENTES MAYORES CON INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN

E. Valle Calonge, J. Gutiérrez Rodríguez y J.J. Solano Jaurrieta
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Estudiar la eficacia del tratamiento preventivo con la vacuna sublingual de bacterias inactivas (Uromune®) sobre la incidencia de infecciones de orina en pacientes mayores.
Métodos: Estudio descriptivo y observacional realizado sobre pacientes diagnosticados de ITUs de repetición a los que se les pauta como tratamiento preventivo la vacuna sublingual Uromune®. Se analizaron diferentes variables, sexo, edad, índice de Barthel (IB), incontinencia urinaria, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Asimismo se analizó el número de infecciones urinarias diagnosticadas con urinocultivo y el de hospitalizaciones por ITU en los tres meses previos al inicio del tratamiento y en los tres meses posteriores.
Resultados: 7 pacientes fueron incluidos en este estudio (100% mujeres, edad media 83,4 ± 6,8 e IB 32,1 ± 33,1). Presentaban incontinencia urinaria 100%, DM 0% e HTA 71,42%. En los tres meses previos al inicio del tratamiento presentaron una media de 2,1 ± 0,7 ITUs y de 0,4 ± 0,8 hospitalizaciones. En los tres meses posteriores a la administración de la vacuna presentaron una media de 0,3 ± 0,8 ITUs y 0,3 ± 0,8 hospitalizaciones (diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron: 53,8% *E. coli*, 15% *Providencia stuartii*, 7,7 *Morganella morganii*, 7,7% *Proteus mirabillis*, 7,7% *Enterococcus fecalis* y 7,7% *Pseudomonas*.
Conclusiones: Para nuestra población de estudio, la vacuna sublingual de bacterias inactivas (Uromune®) parece mostrarse eficaz en la disminución de la incidencia de ITUs de repetición de pacientes mayores. Asimismo, podría disminuir el número de hospitalizaciones condicionadas por esta enfermedad.

PC-166. ESTUDIO DE LA CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD Y MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA. SEGUIMIENTO A UNO Y 4 AÑOS

E. Lueje, M. Salas, E. Toral, V. Garay, K. Quiñones y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir la funcionalidad y correlacionar con la mortalidad a uno y cuatro años en la población de pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría (UAG).
Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes ingresados en UAG de un hospital de tercer nivel desde en un año (N = 952). Se eliminan reingresos durante dicho periodo resultando una n = 833, presentan datos completos para la valoración un total de n = 797. Se calcula en el ingreso escalas de funcionalidad (Barthel, Lawton, FAC). Para el estudio descriptivo se categorizaron las variables de funcionalidad de la siguiente forma: Barthel (< 20, 20-60, > 60) Lawton (< 4, ≥ 4) FAC (< 3, ≥ 3). Se valoró la correlación entre la categorización de las variables y mortalidad por prueba de chi cuadrado con el programa estadístico de SPSS 23.0.
Resultados: Descriptivo de las variables de funcionalidad: Barthel: < 20: 214 (26,85%) exitus: tras el primer año: 129 (60,3%) y al cuarto año 193 (90,2%); 20-60: 229 (28,73%) exitus: tras el primer año: 91 (39,7%) y al cuarto año 184 (80,3%), > 60: 354 (44,42%) exitus: tras el primer año: 93 (26,3%) y al cuarto año 254 (69,2%). Lawton: < 4: 589 (73,90%) exitus: tras el primer año: 259 (44,0%) y al cuarto año 492 (83,5%), ≥ 4: 208 (26,10%) exitus: tras el primer año: 53 (25,5%) y al cuarto año 130 (62,5%). FAC: < 3: 340 (42,70%) exitus: tras el primer año: 181 (53,2%) y al cuarto año 297 (87,3%), ≥ 3: 457 (57,3%) exitus: tras el primer año: 133 (29,1%) y al cuarto año 325 (71,1%). La correlación entre las categorías de las variables y la mortalidad, siendo esta significativa en todos los casos con $p < 0,01$.
Conclusiones: 1) El estado funcional presenta un alto grado de predicción en mortalidad a uno y cuatro años. 2) Todos los parámetros analizados (Barthel, Lawton y FAC) muestran un grado de correlación similar.

PC-167. PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

P.A. Garibaldi Tolmos, C. Ferré Tafalla, N. Albiol Tomàs, E. Martínez Almazán, C. Primé Audí, S. Estopiña Vitutia y A. Garnica Fernández
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 conven-

cional, 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 de septiembre 2015 a septiembre 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 orofaríngea (DOF), complicaciones intrahospitalarias (CIH) 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 = 150, 56% mujeres. Edad media: 85,5 ± 8,7. Institucionalización: 43%. Polifarmacia 91%, número medio de fármacos 8,7 ± 3,7. ICa medio 2,4 ± 1,4 (63% demencia -GDS medio 6,5 ± 0,5, 48% cardiopatía, 26% EPOC). DPI: infección respiratoria (29,3%), neumonía aspirativa (22%), infección urinaria (17%). IB basal 28,3 ± 27,8 y IB al ingreso 9,1 ± 17,9. DOF 79%, IESPP en 58% (41% por demencia). IHUA: 57%. ANA: colesterol 153,6 ± 34,7, albúmina 3,5 ± 2,4, PCR 5 ± 5,7. CIH: 71% (delirium 57%, infección nosocomial 30%). IB al alta: 20,9 ± 25,3. Destino al alta: exitus 25,3%, domicilio 23,3%, residencia habitual 24%, agudos 2,7%. Al mes del alta: reingreso hospitalario 11%, visitas Urgencias 4%, exitus 5%.
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-168. DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS (USUB)

C. Ferré Tafalla, N. Albiol Tomàs, P.A. Garibaldi Tolmos,
E. Martínez Almazán, M. Brull Royo, C. Ceballos García
y A. Garnica Fernández
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 específicos de severidad y progresión por patologías (IESPP), según el proyecto NECPAL.
Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron los ingresos entre septiembre 2015 hasta septiembre 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 orofaríngea (DOF), complicaciones intrahospitalarias (CIH) 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 = 150. Se muestran los resultados en cada variable de la siguiente manera: no presencia de IESPP (n = 63)/presencia de IESPP (n = 87). Edad media 86,4 ± 9,1/84,8 ± 8,5; ICa medio 2,2 ± 1,4/2,5 ± 1,4 (demencia 38/82%, p = 0,001. GDS medio 6 ± 0,4/6,70 ± 0,5, p = 0,001). IB basal 42,3 ± 27/18,2 ± 24, p = 0,001; IB ingreso 16,8 ± 21,7/3,5 ± 11,9, p = 0,001. IB alta 30,6 ± 26,3/11,2 ± 20,4, p = 0,001. ANA: albúmina ≥ 3,5 g/dL 38/17%, p = 0,006. DOF 63/91%, p = 0,001. Delirium 44/66%, p = 0,01. Mortalidad intrahospitalaria: 13/39%, p = 0,001. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en: polifarmacia, institucionalización, DPI, 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, delirium y mortalidad. La presencia de IESPP puede servir de ayuda para justificar una orientación más paliativa desde el ingreso.

PC-169. ANEMIA EN EL ANCIANO: MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADAS

P. Cabezas Alfonso, L.M. Gómez Armas, P. Carrillo García,
K. Quiñones, M. Lázaro del Nogal y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: 1. Valorar la comorbilidad asociada a anemia en ancianos que acuden a una consulta de Geriatría. 2. Describir la mortalidad tras un año de seguimiento.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. 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 y Hb < 13 g/dL en hombres. Se incluyeron variables relacionadas con las características de los hematíes, número absoluto de leucocitos y plaquetas y perfil férrico, determinación de vitamina B12 y ácido fólico. Se estudió la presencia de anemia y se recogieron variables sociodemográficas, clínicas (comorbilidad), consumo de fármacos y exploraciones complementarias realizadas. Se recogieron al azar simultáneamente estos mismos datos en pacientes sin anemia (grupo control). Se realiza un seguimiento de un año y se analiza la supervivencia. Análisis estadístico: SPSS v.15.0.
Resultados: Número total de pacientes vistos en consulta: 1.908. Presentaban anemia: 141 (7,38%). 58,9% son mujeres. Edad media: 85,93 ± 5,241. Tipos de anemia: 6,9% microcítica; 13,1% macrocíticas y el 80% normocíticas. Grupo A (control): 87,6% de los pacientes sobreviven 15 meses. Grupo B (con anemia): Sobreviven 11 meses. El 86,3% de los hombres del grupo A sobreviven 11 meses, mientras que el 86,7% de los hombres del grupo B sobreviven un promedio de 2 meses (p 0,044). Pacientes del grupo B y con índice de Charlson < 3 solo sobreviven 4 meses (p 0,028). Pacientes del grupo A con menos de 7 fármacos y sin anemia presentan 7 meses más de supervivencia (p 0,046). Los pacientes del grupo B ingresan el 41,5%, frente al 13,2% del grupo A (p < 0,001). El 8,3% de los ingresos están desencadenados por la anemia (p 0,01).
Conclusiones: 1. En nuestro estudio los varones con anemia tienen una supervivencia inferior a los varones sin anemia. 2. La comorbilidad y el consumo de fármacos influye en la supervivencia en pacientes con anemia. 3. Es la anemia una causa de ingreso hospitalario e ingresan más los pacientes con anemia que el grupo control.

PC-170. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS ORIENTADA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA

N. Albiol Tomàs, C. Ferré Tafalla, P.A. Garibaldi Tolmos,
E. Martínez Almazán, R. Gisbert Barrué, J. Chavarria Gisbert
y A. Garnica Fernández
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 con-

vencional. 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 las factores asociados a la mortalidad en la nueva unidad de subagudos.
Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron los ingresos de septiembre 2015 a septiembre 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 gravedad y progresión por patologías (IESPP), según el proyecto NECPAL. Incluimos datos analíticos (ANA), presencia de disfagia orofaríngea (DOF) y complicaciones intrahospitalarias (CIH). Análisis estadístico: chi cuadrado, t-test, test de Mann-Whitney. SPSS v.17.
Resultados: n = 150. Se muestran los resultados en cada variable de la siguiente manera: no exitus durante el ingreso (n = 108)/exitus durante el ingreso (n = 42). Edad media 85,1 ± 8,7/86,5 ± 9; ICa medio 2,3 ± 1,4/2,7 ± 1,5 (demencia 60/71%). IB basal 31,1 ± 28,7/21,3 ± 24,3, p = 0,04; IB ingreso 11,2 ± 19,6/3,8 ± 11,2, p = 0,005. DOF 72/98%, p = 0,001. ANA: número total neutrófilos 6.381 ± 3.082/8.281 ± 5.059, p = 0,006. Presencia de IESPP 49/81%, p = 0,001. CIH 60/100%, p = 0,001 de las cuales: delirium 44/88%, p = 0,001 e infección nosocomial 22/50%, p = 0,001. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en: comorbilidad, institucionalización, demencia, DPI, polifarmacia, IHUA y EM.
Conclusiones: Los pacientes que fallecen durante el ingreso en la nueva unidad de subagudos, orientada a PCCMACA, muestran peor situación funcional basal y al ingreso, analíticamente muestran más neutrofilia y presentan con mayor frecuencia IESPP, DOF y CIH.

PC-171. 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], F. Drago[2], S. Frutos Díaz[2] e I. Bueno Martín[2]
[1]Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa. [2]Hospital Santa Creu Jesús, 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 los año 2013-2016 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: 157, 51% mujeres, 55,4% > 80 años, edad media de 78,2 ± 9,7 años. 77,1% ictus isquémicos, de estos 29,3% cardioembólicos, 28,7% de origen aterotrombótico y 42% de origen no establecido. Afectación hemisferio derecho 44,6% y 46,5% izquierdo. 18,5% fumadores y 9,6% enolismo activo. Comorbilidades: 84,7% hipertensión arterial, 52,2% dislipemia, 31,8% diabetes mellitus, 41,4% cardiopatías, 14,6% antecedentes de neoplasias, 9,6% diagnóstico previo de demencia, ictus previos 27,4%, fibrilación auricular (FA) 31,8%, 19,7% anticoagulación previa, 42,7% antiagregación previa. De los que presentaban FA el 30% estaban antiagregados, el 52% anticoagulados y el resto sin tratamiento con una p < 0,05 en todos los casos. Situación funcional: IB previo medio 87,9 ± 19,5. Al ingreso 22,17 ± 24,69 y al alta 38,21 ± 30,19. 73,24% recupera al menos una actividad básica de la vida diaria. A mayor edad presentaban menor IB al ingreso (R^2: -0,428; p < 0,05) y al alta (R^2: -0,397; p < 0,05). Estancia media 61,6 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. Los pacientes con FA más de la mitad estaban anticoagulado y otro tercio antiagregado. El ICTUS más prevalente fue el isquémico en el hemisferio izquierdo de origen cardioembólico. 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-172. CÓMO SON LOS NONAGENARIOS QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

P. Flotats Dam, D. Cubí Montanyà, M.K. Iparraguirre Azcona, C. Pardo Bustamante, J. Enrique Mateo, S. Reche Martínez y C. Ortega García
Fundació Sociosanitària de Manresa, Manresa.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes nonagenarios que ingresan en nuestra unidad de larga estancia (ULE), su situación funcional, cognitiva, su patología principal y la mortalidad durante el ingreso.
Métodos: Se recoge información de las historias clínicas de los pacientes > 90 años que ingresaron durante el 2016 en nuestra ULE. Variables recogidas: edad, sexo, procedencia, situación funcional (I Barthel) y cognitiva al ingreso, diagnóstico principal, antecedentes oncológicos, mortalidad y destino al alta.
Resultados: De los 321 que ingresaron en nuestra ULE el 2016, 81 tenían > 90 años. (25% de los ingresos) 56 mujeres (70%). Procedencia: domicilio 55%, hospital agudos 27%, sociosanitario 14%. Situación funcional al ingreso: dependencia leve 16%, moderada 23%, grave 19% y total 42%. 19 pacientes sin deterioro cognitivo, 15 deterioro cognitivo leve y el resto (58%) padecen demencia. El grupo de pacientes con dependencia total (IB 0-15) presenta mayor porcentaje de demencia y de mayor gravedad. Los diagnósticos principales de ingreso son: fracturas, demencia, patología respiratoria, patología cardiaca y enfermedad cerebrovascular. 19 pacientes tienen antecedentes de patología oncológica. Tan solo 2 pacientes la patología oncológica fue el motivo de ingreso. La mayoría de los pacientes han sido dados de alta a domicilio (45%) o a un centro residencial (19%). Un 30% (24 pacientes) han fallecido durante el ingreso, mayoritariamente por enfermedad no oncológica avanzada. El perfil de los pacientes fallecidos presentaba al ingreso mayor dependencia funcional grave-total (84%) y demencia (71%).
Conclusiones: Los pacientes > 90 años que ingresan en nuestra ULE presentan dependencia funcional y deterioro cognitivo (se asocia mayor grado de demencia a mayor dependencia) e ingresan por diversas patologías. A pesar de la avanzada edad, la mayoría son dados de alta, siendo la mortalidad de un 30%. A pesar de los antecedentes, la patología oncológica no es relevante como causa principal de mortalidad en este grupo. La dependencia funcional grave o total y la demencia son características relevantes en los pacientes que fallecen.

PC-173. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS ORIENTADA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS

N. Albiol Tomàs, P.A. Garibaldi Tolmos, C. Ferré Tafalla, E. Martínez Almazán, M.J. Gutiérrez Rollán, I. Angelet Carbó y A. Garnica Fernández
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 conven-

cional. El incremento de actividad subaguda en nuestro centro ha permitido abrir una subunidad desde septiembre 2015 para atender a los pacientes pluripatológicos, con enfermedades avanzadas en situación de final de vida.
Objetivos: Analizar los factores predictores de mortalidad en la nueva unidad de subagudos.
Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron los ingresos de septiembre 2015 a septiembre 2016. Datos recogidos: índice de Charlson abreviado (ICa)-, uso de neurolépticos en el último mes, polifarmacia, diagnóstico de demencia y presencia de delirium. Fueron incluidos los siguientes datos analíticos: número de leucocitos, albúmina total, colesterol total y PCR. También se analizó la presencia de disfagia y el reingreso al mes del alta. Análisis estadístico: Análisis multivariante con regresión logística, calculado a través de una ecuación la probabilidad de mortalidad durante el ingreso en subagudos.SPSS v.17.
Resultados: n = 150. Con el análisis de regresión logística se calculó a través de una ecuación, la probabilidad de mortalidad durante el ingreso en subagudos. Este modelo fue estadísticamente significativo según la prueba de Hosmer y Lemeshow para las siguientes variables: 1) Número de leucocitos, 2) albúmina sérica, 3) colesterol sérico y 4) presencia o no de delirium como complicación durante el ingreso. Por tanto, los factores predictores de mortalidad en el ingreso han sido: 1, 2, 3, 4. La proporción de la variabilidad de la mortalidad es explicado por este modelo entre el 30 y 45% de los casos (R^2 de Cox&Snell y de NagelKerke, respectivamente). Es decir, existe un porcentaje de influencia sobre el hecho de fallecer durante el ingreso que no depende de las variables analizadas.
Conclusiones: La probabilidad de que el paciente falleciera durante el ingreso en nuestra unidad de subagudos aumentó en presencia de delirium, mayor número de leucocitos, y menores cifras de colesterol y albúmina.

PC-174. DEMENCIA CORTICAL Y SUBCORTICAL: DIFERENCIAS EN LA VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

P. Cabezas Alfonso, R. Yubero Pancorbo y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Comparar la evolución funcional, cognitiva y de la supervivencia según la demencia tipo cortical y subcortical, a lo largo del seguimiento en la unidad de memoria.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, n 81: 36 enfermos de Parkinson con deterioro cognitivo asociado y 45 con probable enfermedad de Alzheimer (seleccionados de forma aleatoria para homogeneizar los grupos), ambos en estadio evolutivo leve, evaluados en consulta de memoria de un hospital terciario. Se recogieron variables sociodemográficas, de funcionalidad, clínicas (comorbilidad), de test neuropsicológicos y de radiodiagnóstico. Se realizó un seguimiento de la supervivencia desde el diagnóstico hasta la actualidad. Análisis estadístico SPSS v.23.0
Resultados: Comparando la EP con EA observamos: edad media de 78,6 años, 37,3% mujeres vs 62,7%, antecedentes familiares, nivel educativo y Charlson sin diferencias estadísticamente significativas, tiempo de evolución desde el inicio de pérdida de memoria 2 años en ambos grupos, Barthel, Lawton, blessed sin diferencias estadísticamente significativas. En la primera visita 22,2% están desorientados en tiempo vs 77,8%, orientación parcial en persona 18,4% vs 81,8%, estadísticamente significativo. La media del BNT es 24 vs 20 $p < 0,01$, f. fonética 4 vs 5, f. fluencia semántica 7 vs 9 $p = 0,032$, texto I es 4 vs 8, texto II 2,5 vs 0 $p < 0,001$, MMSE 25 vs 20,7 $p = 0,057$, reloj es 9 vs 8, la mediana de praxias ideomotoras es de 2 vs 3. No existen diferencias en las secuencias y test de cartas. El 55,5% de los Parkinson continúan en seguimiento, y el 77,78% de los EA. El seguimiento total en ambas patologías, durante 41 meses, muestra empeoramiento en EA, en la orientación temporal, textos, BNT, las fluencias, el MMSE y el reloj. El 66% de los EP sobreviven 49 meses, el 65% de los EA 71.
Conclusiones: Destaca la diferencia de género en ambos grupos. Ambos grupos tienen una evolución aproximado de 2 años hasta la primera valoración cognitiva completa $p < 0,005$. El MMSE es poco sensible para el diagnóstico de demencia en EP. El reloj es buen screening en ambos grupos. Los pacientes con EP presentan una peor adherencia al seguimiento clínico.

PC-175. EVOLUCIÓN FUNCIONAL DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA Y REHABILITACIÓN (UCR) CON DIAGNÓSTICO DE ICTUS

J.C. Heredia Pons[1], E.M. Nieto Ramos[2], I. Bueno Martín[1], F. Drago[1] y S. Fruto Díaz[1]
[1]Hospital i Llars de la Santa Creu, Tortosa. [2]Hospital Verge de la Cinta, 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 2013-2016 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: 157, 51% mujeres, 77% ictus isquémicos, 55% > 80 años. Estancia media 61,6 ± 37 días. 9,5% diagnóstico previo de demencia, 39,4% presentaba deterioro cognitivo moderado-severo al ingreso (Pfeiffer > 5). 73% presentó mejora funcional al alta. El 77,8% de los pacientes sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve-moderado mejoran el IB frente al 58% con deterioro cognitivo severo o diagnóstico previo de demencia; $p = 0,031$. 80,5% de los hombre mejoran el IB frente al 66,2% de las mujeres; $p = 0,04$. 86,1% de los hemorrágicos mejoran el IB frente al 69,4% de los isquémicos; $p = 0,04$. Comparación del Barthel: previo (87,96 ± 19,5) vs ingreso (22,17 ± 24,7), $p < 0,0001$; IB ingreso (22,17 ± 24,7) vs alta (38,21 ± 30,19); $p < 0,0001$, IB previo (87,96 ± 19,5) vs alta (38,21 ± 30,19); $p < 0,0001$. El 82% del grupo de 50-70 años presentó una ganancia entre 5-45 puntos en el IB. De los pacientes con estancia entre 21-80 días el 74,2% presentó mejora funcional frente a un 60% en los de estancia menor a 20 días. Ninguno de estos dos últimos cruces de variables analizados mostró relación estadísticamente significativa con la mejoría en el IB.
Conclusiones: Los hombres, los pacientes con menor deterioro cognitivo y los que tienen un ictus hemorrágico mejoran funcionalmente con mayor frecuencia. Los pacientes con mejor IB basal y al ingreso tienen una mayor recuperación funcional al alta. La mayor recuperación funcional se observó en pacientes con ingreso superior a 20 días y el grupo entre 50-70 años, aunque sin significación estadística.

PC-176. SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN NUEVA DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

S. Solsona, E. Álvarez, M.B. Minthe y P. Ochoa
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

Objetivos: Describir nueva prescripción de suplementos nutricionales, seguimiento a los 3 meses, y mortalidad asociada.
Métodos: Estudio descriptivo, transversal, analítico en todos los pacientes dados de alta en el año 2016, con una prescripción nueva de suplemento nutricional. Se han valorado las siguientes variables: edad, sexo, domicilio (previo al ingreso y al alta), val. Funcional (I. Barthel), val. Mental (test Pfeiffer), comorbilidad (I. Charlson), datos analíticos: linfocitos totales, colesterol total y albúmina (en el momento del alta y analítica en los siguientes 3 meses). Criterio de

exclusión: prescripciones en consulta externa. Prescripción únicamente de espesante.
Resultados: Durante el año 2016, total de altas 1381, se hicieron 109 prescripciones nuevas, de las que 61 fueron espesantes, y 48 suplementos. Edad media 88 años, domicilio 51%, mujeres 63%. I Charlson: 3,68 DE 1,6. I Barthel: Mediana 20. Pfeiffer: 6,4 (DE 3,5). Mortalidad a los 3 meses: 39,5%. Se comparó el grupo de fallecidos (G1) con los no fallecidos (G2) y se observó diferencia significativa en el I Charlson, mayor en el grupo de fallecidos (p = 0,002), y en parámetros analíticos: alb (p = 0,04) y colesterol (p = 0,05). Respecto a la toma del suplemento a los 3 meses, lo tomaban el 52,9% de los fallecidos y el 78,6% de los vivos. No hubo diferencia (p = 0,072).
Conclusiones: 1. Hay una alta mortalidad en pacientes con prescripción nueva de suplementos en esta muestra. 2. Se observa mayor número de personas que toman el suplemento a los 3 meses en los supervivientes, sin ser significativo. 3. Existe relación de la mortalidad con alta morbilidad y empeoramiento de parámetros analíticos a los 3 meses.

PC-177. MOCA VS. MMSE. ¿QUIÉN GANA?

M. Salas, P. Cabezas, P. Gil y R. Yubero Pancorbo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar la utilidad del MOCA como instrumento de screening en una Unidad de Memoria. Comparar la especificidad del MMSE y del MOCA en pacientes con deterioro cognitivo.
Métodos: Estudio comparativo prospectivo en un grupo de 102 pacientes con deterioro cognitivo valorados en la Unidad de Memoria del Hospital Clínico San Carlos. Se recogen variables demográficas, cognitivas y de neuroimagen estructural. Se incluyen pacientes con envejecimiento cognitivo normal, deterioro cognitivo ligero (Petersen 2004), e. Alzheimer (NINDS-ADRDA) y demencia por cuerpos de Lewy (McKeith 2005). Se aplican: MMSE, MOCA, Textos I y II WMS-III, T.Stroop, BNT-30, fluidez verbal, Span de dígitos, praxias ideomotoras, T. Reloj. Análisis estadístico SPSS 23.0.
Resultados: N = 102. 46% de mujeres. Edad media: 75,25 ± 7,45. Barthel 95. 41% de pacientes con GDS: 3. 40% de pacientes con GDS: 4. 4% de pacientes con GDS: 2. La capacidad de discriminar pacientes con DCL del MOCA (punto de corte 26) es de 0,000 mientras que la del MMSE (punto de corte 24) es de 0,034. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los rendimientos del MOCA y del MMSE en pacientes con patología cortical vs subcortical. La clasificación de los pacientes, según los datos radiológicos de la resonancia magnética y el test MOCA: fazekas 0, tienen una valoración mediante MOCA de 20, pacientes con puntuación en fazekas 3 tienen un rendimiento en la valoración mediante MOCA de 14.
Conclusiones: 1) El MOCA es mejor instrumento de screening que el MMSE para detección de pacientes con DCL.

PC-178. REDUCCIÓN DE LA POLIFARMACIA EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

M. García-Salmones, P. Carrillo, P. Cabezas y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer la importancia de la reducción de polifarmacia en el paciente incluido en el programa de atención geriátrica domiciliaria (AGD). Conocer las características clínicas y funcionales de una población geriátrica atendida a domicilio. Describir los grupos farmacológicos más reducidos en este grupo de pacientes.
Métodos: Pacientes mayores de 85 años incluidos desde abril 2015 a septiembre 2016 dentro del programa AGD con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se recogen variables basales: sociodemográficas, funcionales (índice de Katz), comorbilidad (según escala CIRS G), síndromes geriátricos y toma de fármacos (por grupos, en el momento de inclusión y en última visita: retirada de fármacos por grupos). Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Análisis estadístico: bivariante, IC95% (p < 0,05). SPSS versión 23.
Resultados: n: 60 (65% mujeres). Edad media: 91,25 ± 5,5 años. Índice de Katz F-G: 61,7%, Comorbilidad: CIRS G 10 ± 2,9. Prevalencia de síndromes geriátricos: deterioro cognitivo 66,7%, hipoacusia 63,3% e incontinencia urinaria 90%, mayoritariamente. Número de fármacos al inicio: 9,2 ± 3,5, siendo los grupos farmacológicos más consumidos: inhibidores de la bomba de protones: 76,7%, antihipertensivos 61,7% y analgésicos 56,7%. A los 6 meses el número de fármacos fue de 7,4 ± 3. Los grupos farmacológicos más retirados fueron: hipolipemiantes: 35,7%, antihipertensivos 33,3% y anticoagulantes 33,3%. Se produjo una reducción de fármacos estadísticamente significativa en estos grupos farmacológicos y en el número total de fármacos tomados, así como una mayor reducción de fármacos en los pacientes con deterioro cognitivo o que presentaran caídas (p < 0,05). Durante el seguimiento presentaron exitus: 10,2%, 23,8% estaban ingresados o fueron dados de alta y continuaron en seguimiento el 66% de la muestra.
Conclusiones: 1) De esta revisión se puede concluir que la intervención hecha por el médico geriatra reduce el número de fármacos prescritos en población geriátrica atendidos por AGD. 2) Los grupos farmacológicos más reducidos fueron los relacionados con la prevención cardiovascular y los más asociados a eventos adversos en el paciente geriátrico.

PC-179. ALTERACIONES TIROIDEAS SUBCLÍNICAS EN INSTITUCIONALIZADOS

E. Pérez Camarero, S. Rojo Terradillos, C. Manero García,
R. Moral Gutiérrez, S. Ruiz Ibáñez, B. Tobar Conde y S. García Picón
Residencia Adultos Asistidos Fuentes Blancas Diputación, Burgos.

Objetivos: Determinar la prevalencia de enfermedad tiroidea subclínica en población institucionalizada y la conveniencia de realizar mediciones analíticas y posterior tratamiento.
Métodos: Estudio retrospectivo de 150 pacientes ingresados en una residencia de ancianos asistidos. Se determinó la hormona estimuladora del tiroides (TSH), la tiroxina (T4) libre y los anticuerpos antitiroideos, así como una serie de variables demográficas, antecedentes clínicos de enfermedad tiroidea, Minimental test, alteraciones electrocardiográficas, marcadores de desnutrición.
Resultados: Se estudio a 150 personas, un 57% mujeres y 43% hombres, los diagnósticos al ingreso fueron 32% demencia de Alzheimer, 19% demencia vascular, 15% demencia mixta, 12% ACV, 9% enfermedad de Parkinson y 13% oligofrenias. Un 1,33% tenía antecedentes de enfermedad tiroidea previa. La prevalencia de enfermedad tiroidea a la conclusión del estudio fue del 17,26% (15,33% hipotiroidismo subclínico, 1,33% hipotiroidismo clínico, 0,6% hipertiroidismo subclínico y ningún caso de hipertiroidismo clínico). La prevalencia de nuevos diagnósticos fue del 15,93% (23 hipotiroidismos y 1 hipertiroidismo, todos subclínicos). En el hipotiroidismo, se detectaron durante el estudio: un 29% de trastornos de ansiedad, un 22% depresión, un 95% de deterioro cognitivo, un 38% de alteraciones electrocardiográficas. Se detectó una albúmina media de 2789 y prealbúmina 16,5, de vitamina 25 OHD 28,84, acido fólico 10,32.
Conclusiones: La prevalencia de enfermedad tiroidea en la población de edad avanzada es superior a la de la población general, con un predominio del hipotiroidismo, es mayor en mujeres. En la población anciana institucionalizada, existe un alto índice de disfunción tiroidea no detectada. Ello justificaría un cribado hormonal para su diagnóstico. La disfunción tiroidea, tanto clínica como subclínica, es frecuente en ancianos y el diagnóstico es difícil, ya que los síntomas pueden verse enmascarados por los propios de la edad y pluripatología. El hipotiroidismo y el hipertiroidismo con clínica siempre precisan tratamiento, pero existen diferencias en los estudios sobre qué

debe hacerse en cuanto al tratamiento de anomalías subclínicas tiroideas y más en los ancianos. En vista de nuestros resultados consideramos adecuado el hacer las pruebas de función tiroidea.

PC-180. CASO CLÍNICO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS EN UNA PACIENTE NONAGENARIA

J. Marttini Abarca, L. Gómez Armas, P. Carrillo García,
M. Vigara García y L. Guardado Fuentes
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los tumores gastroenteropancreático neuroendocrinos (TNE-GEP) son neoplasias poco prevalentes. La edad de presentación promedio es de 60 años. Aproximadamente el 30% son funcionantes y la sintomatología varía según el tipo de tumor. En España se ha estimado una supervivencia a 5 años hasta de 71-78%.
Caso clínico: Paciente de 91 años con antecedentes de HTA, insuficiencia cardiaca (FEP), ERC estadio 3a, síndrome rígido-acinético vascular, pancreatitis aguda sin desencadenante y fractura humeral secundaria a síncope multifactorial. Funcionalmente, independiente para ABVD y AIVD, sin limitaciones de movilidad. (Barthel 80/100, Lawton8/8, FAC5/5).No deterioro cognitivo. Cuadro clínico de 4 meses: dolor abdominal difuso, alteración del ritmo intestinal con deposiciones diarreicas, aumento del perímetro abdominal, astenia y pérdida de peso (8 Kg). Ecografía abdominal: ascitis leve, trombo de 3,5 cm que obstruye la luz de vena porta extrahepática y mesentérica. Ingresa para estudio. Exploración física: no ictericia, se palpa masa en región epigástrica y mesogástrica de 4 cm adherida a planos profundos, no dolorosa. Pruebas complementarias: análisis bioquímicos: elevación de perfil hepático. Marcadores tumorales: CEA: 605 U/mL (VN: 0,1-35) y CA 19.9: 659,7 U/mL (VN: 0,1-35), cromogranina sérica: 41 (VN: 2-6 μg/l), enolasa específica: 15,8 (VN < 15). TC abdominal: masa mal delimitada en la cabeza y cuello pancreático, múltiples lesiones focales en hígado, la mayor de 8 cm en el lóbulo hepático derecho. Ecoendoscopia y PAAF de masa pancreática, Anatomía patológica: Proliferación neoplásica epitelial constituida por células monomorfas de núcleos con cromogratina fina y granular, no mitosis, inmunohistoquímica: células expresan sinaptofisina, cromogranina y CD56, índice proliferativo (ki 67) del 16%. Diagnóstico: tumor neuroendocrino en estadio IV (T2,NO,M1). Descartando intervención quirúrgica, se inicia tratamiento con lanreotida 120 mg mensuales.
Discusión: Este caso es de interés por la avanzada edad de presentación ya que no hay descritos casos previos en la literatura. El manejo de los TNE-GEP es un desafío clínico por su presentación tardía, limitaciones de biomarcadores y manejo, por lo que llegar a un diagnóstico de certeza es de suma importancia para plantear el tratamiento más adecuado conservando la calidad de vida del paciente y conocer el pronóstico.

PC-181. ÚLCERAS POR PRESIÓN EN INSTITUCIONALIZADOS: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS

E. Pérez Camarero, S. Rojo Terradillos, C. Manero García,
S. Ruiz Ibáñez, R. Moral Gutiérrez, S. García Picón
y D. González Pinto
Residencia Adultos Asistidos Fuentes Blancas Diputación, Burgos.

Objetivos: Determinar la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en pacientes institucionalizados en un centro geriátrico Las características de los pacientes y de las úlceras.
Métodos: Estudio descriptivo simple. La muestra recogida son pacientes institucionalizados en un centro con 150 plazas. Recogiendo en el estudio las úlceras desde hace un año, calculando su prevalencia. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, días desde el ingreso, riesgo de UPP (Escala de Braden), presencia de incontinencia, Barthel, diabetes mellitus, número UPP estadio, infecciones y tratamiento.
Resultados: Se recogieron 24 pacientes con UPP, con un total de 41 úlceras. La prevalencia cruda de UPP en el centro fue de 16%. La edad media 84,29 años, de los cuales el 67% mujeres y el 33% hombres. El tiempo medio de ingreso fue de 6,6 años. El riesgo medio según la escala de BRADEN fue de 13 (54,16% alto riesgo, 12,5% moderado riesgo y 20% bajo riesgo). El 37,5% de los pacientes con UPP eran diabéticos. De los 24 pacientes el 83% tomaba complementos nutricionales. De las 41 UPP, el 52,5% eran de grado I, el 22,5% de grado II y el 22,5% de grado III. Su localización: 20% talón, 17,5% glúteo, 15% sacro, 15% trocánter, 7,5% hallux valgus y 7,5% maléolo, 5% dorso, 5% tibia y 5% bolsa escrotal. El tipo de tejido: cerrado 30%, tejido epitelial 27,5%, esfacelo 22,5%, tejido de granulación 12,5% y tejido necrótico 7,5%. El tipo de secreción: 50% no tenían nada, 15% profusa, 12,5% purulenta, 10% escasa y 7% hemorrágica. Las infecciones anuales recogidas mediante cultivo fueron 31 (1,29 infecciones por paciente), el 77,5% de las UPP tuvo al menos una en el año registrado, 29,03% SARM, 16,12% *E. coli* BLEA, 9,6% *Proteus*. Los antibióticos más usados fueron: cotrimoxazol, amoxicilina-clavulánico y piper/tazo.
Conclusiones: La prevalencia de UPP en nuestro centro, con 150 plazas asistidas es baja (15%) y las UPP de I grado son las más frecuentes (52,5%). El uso de medidas de protección, cambios posturales y complementos nutricionales hiperproteicos, junto a las curas contribuyen a un bajo porcentaje de UPP.

PC-182. ESCENA CLÍNICA REAL SIMULADA VERSUS VÍDEO EN UN CASO DE *DELIRIUM:* ¿CÓMO SE APRENDE MEJOR EN EL AULA?

M.J. Robles Raya[1], A. Esperanza Sanjuán[2], M. Riera Cañadell[1],
M. Pi-Figueras Valls[1] y R. Miralles Basseda[1]
[1]Centre Fòrum de l´Hospital del Mar, Barcelona. [2]Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La utilización de pacientes simulados es un método docente eficaz, sin embargo su utilización en el ámbito de la Geriatría sigue siendo escasa.
Objetivos: Evaluar si existen diferencias de aprendizaje entre un grupo de estudiantes que vio un caso clínico escenificado en el aula y otro que vio el mismo caso en un video grabado.
Métodos: Ciento treinta y un estudiantes (69 fisioterapia UAB y 62 medicina UAB-UPF) asistieron a un seminario interactivo sobre *delirium* en el anciano. Los estudiantes de cada grado fueron repartidos en dos grupos: un grupo vio el caso mediante una escenificación en directo en el aula (grupo escena, n = 68) y el otro (grupo video, n = 63) vio el mismo caso mediante la proyección de un video grabado previamente (mismo caso y mismos actores). El caso presentaba a la hija preocupada de un paciente con *delirium* que se entrevistaba primero con la enfermera, luego con el médico y finalmente con ambas profesionales a la vez (equipo asistencial) (duración 11 min). Los estudiantes cumplimentaron, al inicio y final del 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 una pregunta más (en cuestionario del final), una sobre la utilidad de la escena o el video para el aprendizaje (escala visual lineal de 0-10). Los cuestionarios fueron corregidos de forma anónima por cuatro profesionales expertos en geriatría (criterios de corrección consensuados), que desconocían si el cuestionario correspondía al inicio o al final del seminario.
Resultados: Puntuaciones del cuestionario en el grupo escena y video: total preguntas objetivas 6,41 ± 0,73 y 5,93 ± 1,31 (p = 0,05) (límite 0-7); total preguntas subjetivas 16,2 ± 3,51 y 15,9 ± 2,47 (p = 0,07) (límite 0-20); cuestionario total 22,4 ± 4,15 y 21 ± 2,94 (p = 0,02) (límite 0-27). Opinión utilidad de la escena en el aprendizaje: 9,04 ± 1,16 y opinión utilidad del video en el aprendizaje: 8,21 ± 1,22 (p = 0,001).

Conclusiones: Los estudiantes que vieron el caso clínico escenificado consideraron que la escena era más útil para el aprendizaje y mostraron una tendencia a obtener mayores puntuaciones en el cuestionario.

PC-183. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL PACIENTE ANCIANO

M.N. Gómez González[1], M. Jiménez Palacios[1], N.D. Fatama Flores[2] y M.I. Porras Guerra[1]
[1]Complejo Asistencial de León, León. [2]Hospital San Juan de Dios, Burgos.

Introducción: Hemorragia digestiva alta es una enfermedad de creciente importancia en el anciano. Es usual que presente hematemesis, melena. Estudio diagnóstico endoscopia. En relación a hemorragia digestiva baja puede agruparse en varias categorías, diverticulosis, angiodisplasias, inflamatoria, neoplasia. Es usual la rectorragia; el estudio diagnóstico colonoscopia. En ambas situaciones se debe investigar uso de AINES, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios. Dentro de factores de riesgo alto incluyen edad avanzada, comorbilidades.
Objetivos: Analizar el perfil del paciente anciano ingresado por hemorragia digestiva en una unidad de digestivo.
Métodos: Población: 28 pacientes mayores de 65 años ingresados por hemorragia digestiva. Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, polifarmacia, datos de laboratorio, diagnósticos más frecuentes.
Resultados: De los 25 pacientes la edad promedio era 81,5 años, mujeres 10 y varones 18, la estancia media promedio 6 días. Los antecedentes más frecuentes fueron HTA 17, dislipemia 9, anemia 8, cardiopatía isquémica 7, diabetes mellitus 6, Polifarmacia: 19 pacientes tenían ≥ 5, y 9 < 5 fármacos, Antiagregantes plaquetarios 10 pacientes de éstos AAS 300 mg (2), AAS 100 mg (4), clopidogrel (5). Anticoagulantes 6 pacientes de éstos rivaroxaban (1), Sintrom (5); AINES (5), IBP (10). Hb < 11 g (19), plaquetas < 159.000 11 pacientes, INR > 1,3 6 pacientes, 5 usaban sintrom, 1 AAS 100 mg. Motivo de ingreso: rectorragia (13), melenas (11), hematemesis (4) pacientes. De estas hemorragias digestivas altas (15) y hemorragia digestiva baja (13) pacientes. Diagnósticos: diverticulosis colónica (6), angiodisplasias colónicas (6), ulcus duodenal (3), ulcus gástrico (3), neoplasia de antro (2) varices esofágicas (2), isquemia de colon (2).
Conclusiones: Cabe destacar que en estos pacientes es importante realizar valoración geriátrica integral, ya que los ancianos presentan mayor número de complicaciones y comorbilidades.

PC-184. PRESENTACIÓN ATÍPICA EN EL PACIENTE ANCIANO INFECTADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M. Bermúdez Menéndez de la Granda, O. Saavedra, B. Cámara, G. Guzmán, B. Peña, M. Fernández y J.J. Solano
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Incidencia de presentación atípica en el paciente anciano en un Servicio de Urgencias, con neumonía o infección urinaria. Frecuencia de los diferentes signos y síntomas que presenta el paciente anciano con los diagnósticos de neumonía o infección del tracto urinario. Grado de gravedad de la incapacidad funcional secundaria.
Métodos: Prospectivo descriptivo sobre manifestaciones clínicas de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel durante 6 meses. Establecimos Neumonía aquellos con condensación neumónica en Rx tórax no conocida, e Infección del tracto urinario a la piuria en sedimento urinario. Se realizó análisis estadístico (SPSS) para comparaciones mediante chi^2, intervalo de confianza del 95%.
Resultados: N: 148, 60,1% neumonía y 39,9% ITU. Edad media 87,5 años, 54,1% mujeres, IB medio 55 puntos, 45,3% con deterioro cognitivo y 58,8% viven con familia. Según triaje Manchester fueron clasificados con mínimo Urgente (amarillo) 96,4%. 73,6% presentaron atipicidad (neumonía 66,3%, ITU 84,7%). La presencia de sintomatología exclusivamente atípica fue del 27% (neumonía 11,2%, ITU 51%). En pacientes con IB ≤ 40, todos presentaron signos y síntomas atípicos y el 58,3% exclusivamente atípicos (neumonía 40%, ITU 73,5%). En pacientes con IB ≥ 80, presentaron signos y síntomas atípicos el 31,6% (neumonía 31,8%, ITU el 30,8%) y ninguno exclusivamente atípicos. En pacientes con deterioro cognitivo, todos presentaron signos y síntomas atípicos y el 59,7% exclusivamente atípicos (neumonía 35,7%, ITU 76,9%). En pacientes sin deterioro cognitivo, presentaron signos y síntomas atípicos el 51,9% (neumonía 50,8% e ITU 55%) y ninguno exclusivamente atípicos. Probabilidad de presentar atipicidad fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en pacientes con IB ≤ 40 o con deterioro cognitivo, al igual que la probabilidad ($p < 0,001$) de presentar exclusivamente clínica atípica. La presencia de deterioro funcional fue del 68,2% del total, con una pérdida de 16,8 puntos de IB medio, alimentación fue el ítem más afectado.
Conclusiones: Los pacientes ancianos con un proceso infeccioso suelen presentan atipicidad, siendo más frecuente en pacientes con deterioro funcional previo y/o deterioro cognitivo. La infección en el anciano se acompaña en su gran mayoría de deterioro funcional.

PC-185. EL SÍNDROME DE DECLIVE MULTIORGÁNICO ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE MORTALIDAD EN RESIDENCIAS DE MAYORES

M.M. Román García, F. Rey Rico, V. Iglesias Prieto, M. Moreno Amado, R.M. Martín Gil, M.L. Pinilla Crespo y A. Elvira Vega
Residencia de Mayores Geryvida, Cáceres.

Introducción: El síndrome de declive multiórganico (Sd DvMO) es la expresión de máxima fragilidad en ancianos. Reconocerlo y diferenciarlo de fragilidad es difícil por ser frecuentemente "continuum evolutivo e involutivo". Algunos factores ayudan a reconocerlo: pobre ingesta, pérdida ponderal, inmovilismo y fracaso del mayor órgano sistémico (piel). Se diferencia del síndrome de disfunción multiorgánico (SDMO).
Objetivos: Analizar causas y circunstancias de mortalidad en Residencia de Mayores. Conocer perfiles de trayectoria de final de vida y supervivencia.
Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo, descriptivo y observacional de cohortes desde 2011 hasta 2016, con perspectiva de continuidad. Recogimos todos los datos sobre fallecimientos de residentes durante 6 años consecutivos; catalogando por clases, causas fundamentales de defunción y analizando situaciones previas y finales de fallecidos, edades y circunstancias. Se clasificaron en 12 bloques, organizando los datos en tablas de frecuencia para análisis.
Resultados: Muestra de 215 residentes (exitus totales): 38% hombres y 62% mujeres; edad media 86; 132 fallecieron en Residencia (61,3%) y 83 en el hospital (38,6). Se encontró una prevalencia del 20-38%. La clasificación de causas en distintos apartados sirvió para reconocer situaciones que llevaron al exitus e identificar trayectoria de final de vida y perfiles de supervivencia.
Conclusiones: En este estudio: la mayoría de fallecimientos, acontecen en Residencia, a edad media 86 y 347 días de supervivencia media. Superan el año antes de fallecer el 40,9% y el 17% no supera el mes prevalencia global 29%; mayor incidencia en primer año y menor en último. La causa fundamental más frecuente fue el Sd DvMO (63,2%) y se asoció con demencia (18,13%), fractura osteoporótica (Fx Osp) (2,32%), demencia + Fx Osp (5,58%), ictus (10,23%), neoplasia (13,02%), fragilidad extrema sin las citadas causas (13,9%). La mortalidad absoluta fue mayor en mujeres y la relativa en varones por causa abdominal y en mujeres por Fx de cadera sin demencia. La mortalidad por causa súbita sin empeoramiento previo fue 11,6%., más frecuente en mujeres; y la debida a enfermedad avanzada de órgano vital el 10,23%. La trayectoria de final de vida mejor identificada fue Sd DvMO asociado a demencia, fragilidad extrema y neoplasia (45,1%).

PC-186. PATOLOGÍA INFECCIOSA EN EL PACIENTE ANCIANO EN URGENCIAS. FACTORES QUE INFLUYEN EN SU EVOLUCIÓN

M. Bermúdez, B. Camara, O. Saavedra, G. Guzmán, A. Cruz, M. Fernández y J.J. Solano
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Valorar los principales factores que pueden influir en la evolución posterior del paciente anciano que presenta que presenta una infección del tracto urinario o una neumonía en un Servicio de Urgencias.
Métodos: Prospectivo descriptivo sobre las características de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel durante 6 meses. Se estableció Neumonía aquellos con condensación neumónica en Rx tórax no conocida, e Infección del tracto urinario a la piuria en Sedimento urinario. Se realizó análisis estadístico (SPSS) para comparaciones mediante chi^2, con intervalo de confianza del 95%.
Resultados: N: 148, 60,1% Neumonía y 39,9% ITU. Edad media 87,53 años, 54,1% mujeres, IB medio 55 puntos, 45,3% con deterioro cognitivo y 58,8% viven con familia. Según triaje Manchester fueron clasificados con mínimo Urgente (amarillo) 96,4%. Frágiles 51,4%. Antibiótico en Urgencias 62,2% y en 4 horas al 39,9%. 73,6% presentaron atipicidad (neumonía 66,3%, ITU 84,7%). La presencia de sintomatología exclusivamente atípica fue del 27% (neumonía 11,2%, ITU 51%). Estancia hospitalaria fue de 9,53 días (4,1), mediana 8. El 53,8% de los pacientes permanecieron ≤ 8 días. Pautar antibiótico en Urgencias se asoció estadísticamente con una menor estancia hospitalaria ($p = 0,003$). Exitus durante el ingreso 6,8%, el presentar clínica atípica ($p = 0,005$) en Urgencias y deterioro cognitivo ($p = 0,003$) fue estadísticamente significativo con ser exitus durante el ingreso. En cambio tener un IB ≥ 80 previo se asocio estadísticamente con supervivencia al alta.
Conclusiones: Los pacientes ancianos con un proceso infeccioso suelen presentan clínica atípica, esta característica y el tener deterioro cognitivo se asociaron con ser exitus intrahospitalario, en cambio el tener una buena situación funcional previa se asoció con supervivencia al alta. El iniciar tratamiento antibiótico en urgencias se asoció con una menor estancia hospitalaria.

PC-187. ECOINTENSIDAD MEDIDA POR ECOGRAFÍA COMO NUEVO BIOMARCADOR *IN VIVO* DE FRAGILIDAD

R. Mirón[1], J. Vucetic[1], F. Facal de Castro[1], P. Moreno[1] y C. Borrás Blasco[2]
[1]Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. [2]Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: Un componente importante del síndrome de fragilidad es la disminución de la fuerza muscular y la presencia de sarcopenia. La ecografía es capaz de identificar cambios estructurales en el músculo causados por degeneración muscular, específicamente el aumento de tejido adiposo y conectivo intramuscular, que se traduce en un aumento en la ecogenicidad del músculo valorado. Es más, se ha demostrado que existe una correlación negativa entre ecointensidad (EI) y fuerza isométrica, sugiriendo que aquellos sujetos con mayor tejido adiposo y tejido conectivo con valores de EI altos presentaban menor fuerza muscular.
Objetivos: Determinar si la EI por ecografía se correlaciona negativamente con la pérdida de la fuerza muscular y con la fragilidad en el adulto mayor, y tal vez en un futuro podrá ser utilizado como un biomarcador temprano de fragilidad.
Métodos: Participó un total de 112 sujetos (63 ± 15,8 años). Se les realizó una ecografía muscular experimental y posteriormente una medición de fuerza muscular con un dinamómetro. Se rellenó un cuestionario electrónico con los datos epidemiológicos, los criterios de fragilidad (según L. Fried) y preguntas en relación a la calidad de vida. Se clasificaron los individuos según su estadio de fragilidad.
Resultados: Existen diferencias estadísticamente significativas de la ecointensidad medida por ecografía según el estadio de fragilidad al que pertenece cada sujeto ($p < 0,01$). También se demuestra la existencia de una correlación negativa entre la EI y la fuerza muscular estadísticamente significativa ($r = - 0,229$, $p \leq 0,05$). Cuando se analiza según género, se encuentra además que la correlación tiene una mayor fuerza de asociación entre las variables (mujeres: $r = - 0,522$, $p \leq 0,01$; hombres: $r = -0,355^{**}$, $p = < 0,01$).
Conclusiones: Estos resultados proveen nueva evidencia sobre la asociación entre la EI y el síndrome de fragilidad y expanden los datos publicados en relación con la asociación entre la EI del músculo y la fuerza muscular. La EI medida por ecografía puede ser un método utilizado para caracterizar no sólo la cantidad pero también la calidad del músculo, y puede valorarse como un posible biomarcador incluso temprano de la fragilidad en adulto mayor.

PC-188. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES > 75 AÑOS CON GASTROSTOMÍA SEGÚN LA CAUSA DE INDICACIÓN

E. García Tercero[1], T. Martínez Maroto[1], V. Landaluce Pelligra[1], M. Araújo Ordóñez[1], J. Casanova Lanchipa[1] y C. Lanciego Pérez[2]
[1]Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. [2]Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: Las gastrostomías se realizan cada vez con mayor frecuencia en pacientes ancianos. Se propone un estudio retrospectivo de 5 años donde se evalúa la supervivencia de la colocación de las gastrostomías según la causa de indicación, si esta es por ACV o por demencias.
Métodos: Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de 2011 a 2016 sobre pacientes ingresados en los servicios de M. Interna, Neurología y Geriatría del Complejo hospitalario de Toledo, mayores de 75 años y a los que se les coloca gastrostomía. Muestra: pacientes mayores de 75 años en los servicios de M. Interna, Neurología y Geriatría en los que se coloca gastrostomía. Se realiza un cuaderno de recogida de datos sobre pacientes con gastrostomía realizada entre 2011 y 2015 recogiendo diferentes variables: la edad del paciente, el sexo, las comorbilidades asociadas, la causa de indicación de la gastrostomía, el tipo de nutrición utilizada, los meses que lleva vivo tras el implante o no y la causa de fallecimiento. En este póster nos centraremos en analizar la supervivencia según la causa de indicación de gastrostomía. Por un lado tenemos los ACVS y en el otro lado las demencias (GDS3-7).
Resultados: n = 177, AC vs 33% (59) y demencias: 66% (118) del total de la muestra. Dentro del grupo de ACVS la mortalidad fue de un 44,1% y en el grupo de demencias de 48,3%. La mediana de supervivencia en el grupo de ACV fue de 17 meses y la de las demencias fue de 22 meses.
Conclusiones: El grupo de pacientes en el que se indicó la gastrostomía por ACV no tuvo diferencias significativas (p: 0,86) al grupo cuya indicación fue una demencia, quizás en relación con el escaso número de casos. El motivo por el cual se coloca gastrostomía no influye en la supervivencia de la misma por lo que no debe de ser un factor limitante a la hora de solicitarla. Es necesario realizar estudios con una mayor muestra para poder conseguir una significación estadística.

PC-189. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

E.B. Cortés Zamora, A.I. Briones García, M. Mas Romero, S. Lozoya Moreno y A. Avendaño Céspedes
Hospital Perpetuo Socorro, Albacete.

Objetivos: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud en población geriátrica en un Servicio de Estancias Diurnas (SED).
Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal, en el que se incluye a todos los sujetos que se encontraban en el SED. El tamaño

muestral fue de 33 sujetos. Se recogieron variables sociodemográficas, tratamiento habitual, comorbilidad mediante el índice de Charlson y la calidad de vida relacionada con la salud mediante el Cuestionario EQ-5D. El análisis de dichas variables se realizó con el programa SPSS 22.0.
Resultados: La edad media fue 81,91 años (DE 7,67), de los cuales 23 (69,7%) eran mujeres, 29 (87,9%) obtuvieron un Índice de Masa Corporal (IMC) > 25, 19 (57,6%) eran hipertensos, 10 (30,3%) diabéticos, y 14 (42,4%) presentaban alta comorbilidad según el Índice de Charlson. En cuanto a la polifarmacia, 29 (87,9%) tenían prescritos > 5 fármacos en su tratamiento habitual. En relación a la calidad de vida, se obtuvieron los siguientes datos: 22 (66,7%) tenían algunos problemas en la movilidad, 20 (60,6%) algunos problemas en el cuidado personal, 25 (75,8%) algunos problemas para realizar actividades cotidianas, 18 (54,5%) presentaban dolor, y 9 (27,3%) ansiedad/depresión. La media del estado de salud percibido fue 6,64. Diferenciando por sexo y dimensiones, en movilidad, 3 (13%) mujeres se encontraban en silla de ruedas frente a ningún caso en hombres, en el cuidado personal, 5 (21,7%) mujeres eran incapaces de lavarse o vestirse, siendo solo 1 (10%) hombre incapaz. En actividades cotidianas, 4 (17,4%) mujeres eran incapaces de realizar dichas actividades frente a ningún caso en hombres. 3 (13,0%) de las mujeres presentaban mucho dolor o malestar, frente a 1 (10%) hombre. 5 (21,7%) mujeres se encontraban muy angustiadas o deprimidas frente a ningún hombre.
Conclusiones: De todas las dimensiones estudiadas en el cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud, el grado de afectación mayor, corresponde al grupo de las mujeres.

PC-190. IMPACTO EN LA POLIMEDICACIÓN Y GASTO FARMACÉUTICO DE UNA INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA MULTIDISCIPLINAR (EQUIPO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL-FARMACIA HOSPITALARIA) EN ANCIANOS QUE VIVEN EN RESIDENCIA

F.J. Afonso Argilés[1], M. Martí Navarro[2], T. Pujadas Lafarga[1], G. Ramírez Rodríguez[1], J.M. Gómez Roldán[1], E. Calvo Fernández[2] y M. Ferrer Benedicto[1]
[1]Centro Sociosanitario El Carme, Badalona. [2]Hospital Municipal de Badalona, Badalona.

Introducción: Los ancianos que viven en residencia son particularmente vulnerables a sufrir eventos adversos como consecuencia del uso inadecuado de fármacos. La terapia farmacológica en estos pacientes se puede optimizar mediante una revisión cuidadosa y de carácter multidisciplinar. El trabajo conjunto por Equipos Especializados de Geriatría en Atención Residencial (EAR) y Farmacia Hospitalaria tienen un impacto significativo en la salud de los residentes, utilización apropiada de fármacos y ahorro farmacéutico.
Objetivos: Medir el impacto farmacoterapéutico y económico de una revisión clínica y farmacológica realizada por un equipo multidisciplinar (geriatría-farmacia) en ancianos institucionalizados.
Métodos: Estudio cuasi-experimental de revisión e intervención farmacológica en ancianos que viven en residencia. Se incluyeron los 100 primeros pacientes evaluados por el equipo multidisciplinar en tres centros residenciales. Se recogieron edad, sexo, valoración geriátrica integral, número de fármacos prescritos (inicio, final), número y tipo de intervenciones farmacológicas e impacto económico. Se aplicaron en la intervención los criterios START/STOPP, Beers, indicación según ficha técnica del producto e Indicadores de prescripción farmacéutica del CatSalut (antidiabéticos orales, IECA/ARA II, estatinas, inhibidores de bomba de protones).
Resultados: Se revisó la pauta farmacéutica de 100 pacientes ubicados en 3 centros residenciales. Media de edad: 85,86 años (81% mujeres). Media de fármacos al inicio de la revisión: 8,08; media final 6,96. Intervenciones en 86% de los pacientes incluidos. Total de intervenciones: 204; 2,04 intervenciones por paciente incluido, 2,33 intervenciones por paciente intervenido. Intervenciones (tipo): 130 retiradas de fármaco por no indicación: IBPs 16,2% (21 retirados), estatinas 15,4% (20), vitaminas y suplementos 13,1% (17), hipnóticos/antipsicóticos 7% (9) analgésicos 10,7% (14), antidepresivos 6,2% (8), antiHTA 5,4% (7), antiagregantes/anticoagulantes 6,2% (8). Retirada/cambio o modificación de dosis según criterios START/STOPP: 12 fármacos. Cambios por ajuste a Indicadores de selección CatSalut: 14. Cambios de fármacos por Indicación ficha técnica: 10. Reducción de pauta/dosis: 7. Retirada por duplicidad: 3. Inicio por indicación: 24 fármacos. Cambios de fármaco para reducción gasto: 4. Impacto económico: Total intervenciones: 204 (171 (83,8%) generaron ahorro 20.097 euros, 23 (11,2%) generaron gasto de 6.827 euros, 10 (4,9%) no modificaron costes.
Conclusiones: La intervención multidisciplinar mediante Equipos de Atención Geriátrica Residencial y Farmacia Hospitalaria optimiza la farmacoterapia (reducción de polifarmacia, disminución de fármacos inapropiados) y repercute en la disminución del gasto farmacéutico.

PC-191. PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN UN SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

A.I. Briones García, E.B. Cortés Zamora, M. Mas Romero, L. Plaza Carmona y A. Avendaño Céspedes
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Valorar la presencia de dolor en población geriátrica en un Servicio de Estancias Diurnas (SED).
Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal que determina la prevalencia y características del dolor, en el que se incluye a todos los sujetos que se encontraban en el SED. El tamaño muestral fue de 33 sujetos. Se recogieron variables de carácter sociodemográfico, tratamiento habitual, comorbilidad mediante el Índice de Charlson, nivel de dolor mediante la Escala Analógica Visual del dolor (EVA). El análisis de dichas variables se realizó mediante el programa SPSS 22.0.
Resultados: La edad media de los sujetos que participaron en el estudio fue de 81,91 años (DE 7,67), de los cuales 23 (69,7%) eran mujeres, 29 (87,9%) obtuvieron un índice de masa corporal (IMC) > 25, 19 (57,6%) eran hipertensos, 10 (30,3%) diabéticos, y 14 (42,4%) presentaban alta comorbilidad según el Índice de Charlson. En cuanto a la polifarmacia, 29 (87,9%) tenían prescritos más de 5 fármacos en su tratamiento habitual, 10 (53,1%) tratamiento analgésico, y 23 (71,9%) tratamiento analgésico de rescate. Del total de la muestra, 17 (51,5%) presentaban dolor, siendo crónico en 11 (64,7%) sujetos, 14 (82,4%) de origen mecánico, 8 (47,1%) presentaban dolor durante todo el día, y 14 (82,4%) tenían limitaciones para algunas de las Actividades Básica de la Vida Diaria (ABVD). Entre los 17 (51,5%) sujetos que presentaban dolor, 10 (58,8%) tenían pautada analgesia previa, y al realizar el estudio teniendo en cuenta el sexo, 6 (60%) de los hombres, y 11 (47,8%) de las mujeres presentaban dolor.
Conclusiones: Se encuentra una alta prevalencia de dolor crónico en la población estudiada, a pesar de tener pautado tratamiento analgésico así como analgesia de rescate, siendo por tanto ésta un área importante de mejora en este medio asistencial.

PC-192. EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: ¿QUÉ OCURRE A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO?

L.M. Gómez Armas, M.E. Portilla Franco, F. Tornero Molina, J.A. Herrero Calvo y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer los factores asociados con la aparición de eventos adversos (ingreso hospitalario y/o entrada en diálisis) en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en tratamiento conservador, durante su seguimiento de 6 meses.
Métodos: Pacientes mayores de 65 años con ERCA (filtrado glomerular (FG) < 20 ml/min medido mediante CKD-EPI), atendidos en las

Consultas Externas de ERCA del Servicio de Nefrología. Variables: datos sociodemográficos; funcionales (índices de Barthel, Lawton); situación cognitiva (test MoCA); comorbilidad (CIRS-G); fármacos habituales (número/grupos); ingresos hospitalarios por causa médica; entrada en diálisis; exitus. Datos analíticos basales. Estudio observacional y prospectivo. Análisis estadístico chi cuadrado ($p < 0,10$), regresión logística binaria ($p < 0,05$), análisis de correlación rho de Spearman, estadístico de contraste test de Wilcoxon. SPSS 15.
Resultados: n = 100 pacientes (62% varones), edad media 78,6 (± 7,2) años. Situación funcional basal Barthel > 80: 80%; Lawton < 4: 46%; MoCA 22 (17-25). CIRS-G ≥ 2,5 60,6%; ≥ 6 categorías 64%. Fármacos: mediana 9,2: diuréticos 62%, ISRAA 50%, estatinas 67%, anticoagulantes orales 15%. Comorbilidades: HTA 93%, DM2 48%, deprivación sensorial 38%; ICC 29%, fibrilación auricular 23%, cardiopatía isquémica 23%, enfermedad cerebrovascular 15%. Analítica: FG medio 15,8; Hb 11,9; sodio 139, potasio 4,8; albúmina 3,9; prealbúmina 27,5. HUGE media 8,4. Ingreso hospitalario en 26% de pacientes. Entrada en diálisis 11%. Exitus: 3 pacientes. El ingreso hospitalario se asoció con (análisis univariante) Hb < 11, K > 5, I. Barthel ≤80, menor uso de ISRAA. La entrada en diálisis se asoció con (análisis univariante) Hb < 11; CKD-EPI < 15; albúmina < 3,5; prealbúmina < 22; HUGE ≥ 8,5; nº ingresos ≥ 2; MoCA ≥ 22 y menor uso de estatinas. Análisis multivariante: Menor uso de estatinas, HUGE ≥ 8,5; prealbúmina < 22.
Conclusiones: 1) Nuestros pacientes con ERCA presentan alta comorbilidad y polifarmacia. 2) Un mayor deterioro funcional junto con la anemia y la hiperpotasemia se asocian con el ingreso hospitalario, mientras que el uso de ISRAA actuaría como factor protector. 3) La entrada en diálisis se asocia con una mayor puntuación en la fórmula HUGE, con una prealbúmina baja y con el menor consumo de estatinas.

PC-193. CONOCIMIENTO Y CUMPLIMENTACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES PREVIAS EN MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.D.P. de Antonio García[1], M. Carpena Ruiz[2], S. González Rodríguez[2], M.V. Valverde Moyar[2] y A.J. Cruz Jentoft[3]
[1]Centro de Salud Colmenar Viejo Norte, Madrid. [2]Centro de Salud Valdelasfuentes, Alcobendas. [3]Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La Ley de Autonomía del Paciente, promulgada en el año 2002, regula las instrucciones previas para que se respeten y cumplan los deseos de la persona mayor competente, en relación a los cuidados que desea recibir en situaciones en que no sea capaz de expresarlos personalmente (Ley 41/2002 del 15 de noviembre).
Objetivos: Principal: conocer el grado de información y de cumplimentación de las instrucciones previas en Atención Primaria. Secundarios: conocer la fuente de obtención de la información sobre las instrucciones previas; describir las características (demográficas, educativas, médicas) de las personas que tenían información sobre las instrucciones previas y de aquellas que las habían cumplimentado.
Métodos: Estudio descriptivo oportunista a toda persona mayor de 65 años que acudió por cualquier motivo a una consulta de Atención Primaria en dos Centros de Salud periurbanos de la Comunidad de Madrid durante un mes. Variables analizadas: datos demográficos, nivel educativo, información sobre las instrucciones previas, fuente de esta información, cumplimentación de las mismas, variables clínicas incapacitantes (insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, demencia, ictus, enfermedad de Parkinson, patología tumoral, EPOC).
Resultados: Muestra: 149; edad media 79,2 años; mujeres 92 (62%); nivel educativo: estudios primarios 109 (73%); secundarios 25 (16,8%), superiores 4 (2,5%). Información sobre instrucciones previas: 22 (14,8%); fuente información: medios de comunicación 17 (11,5%); amigos 4 (2,7%). Cumplimentación de instrucciones previas: 0 personas.
Conclusiones: El grado de información sobre las instrucciones previas en personas mayores en Atención Primaria es bajo. La escasa información sobre las instrucciones previas se ha obtenido principalmente a través de los medios de comunicación. En nuestro medio asistencial la cumplimentación de las instrucciones previas es nula. Ni la edad, el sexo, el nivel educativo ni el tipo de comorbilidades parece influir en la cumplimentación de las instrucciones previas. Sería deseable diseñar nuevas líneas de intervención para mejorar el conocimiento de las instrucciones previas y facilitar así la participación de las personas en las decisiones en la fase final de su vida.

PC-194. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA NO DIALIZADOS

M.E. Portilla Franco, L.M. Gómez Armas, F. Tornero Molina, J.A. Herrero Calvo y P. Gil Gregorio
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir la calidad de vida percibida por los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que reciben tratamiento conservador. Evaluar la relación entre la calidad de vida y los parámetros funcionales en estos pacientes.
Métodos: Pacientes mayores de 65 años con ERCA (filtrado glomerular (FG) < 20 ml/min medido mediante CKD-EPI), atendidos en las Consultas Externas de ERCA del Servicio de Nefrología. Variables: datos sociodemográficos; funcionales (índices de Barthel, Lawton, Functional Ambulation Classification (FAC); situación cognitiva (test MoCA); comorbilidad (CIRS-G); Test de Calidad de vida (SF-36). Estudio descriptivo. Análisis estadístico chi cuadrado ($p < 0,05$). SPSS 15.
Resultados: n = 100 pacientes (62% varones), edad media 78,6 (± 7,2) años. Vive acompañado 83%. Situación funcional basal Barthel > 80: 80%; Lawton < 4: 46%; FAC > 3 86%; MoCA 22 (17-25). CIRS-G ≥ 2,5 60,6%; ≥ 6 categorías 64%; Fármacos: mediana 9,2. Analítica: FG medio 15,8. Test SF-36: Percepción de salud general 60 (RI: 50-80), función física 60 (RI 50-80); vitalidad 50 (RI: 40-70); rol físico 60 (RI: 50-80); dolor corporal 10 (RI: 0-30); función social 60 (RI 50-80); rol emocional 80 (RI: 60-80); salud mental 80 (RI: 60-80). Al contrastar los 8 ítems de la escala SF-36 con la situación funcional de los pacientes (escalas de valoración Barthel, Lawton y FAC), se encontró asociación estadísticamente significativa entre la percepción de un mejor estado de salud general, así como de una mejor función física y social con un Barthel ≥ 80 y un FAC > 3. La percepción de una mayor vitalidad corporal y un mayor desempeño en el rol físico se asociaron con un Lawton ≥ 4. El dolor corporal mal controlado se asoció con Barthel < 80 y FAC ≤3.
Conclusiones: 1) La situación funcional podría ser el factor más importante a la hora de valorar la calidad de vida de los pacientes con ERCA. 2) El dolor corporal mal controlado produce un impacto negativo en la situación funcional y favorece una menor movilidad. 3) Ofrecer una calidad de vida al menos aceptable, debe ser un objetivo primordial a ser considerado en la toma de decisiones en el tratamiento de estos pacientes.

PC-195. VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO PITTSBURGH EN UNA POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA

M. Mas Romero, E.B. Cortés Zamora, A.I. Briones García, P.M. Sánchez Jurado y A. Avendaño Céspedes
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Validar el Índice de Calidad del sueño Pittsburgh (PSQI) para detectar insomnio y su gravedad en una población ≥ 65 años institucionalizados.
Métodos: Estudio de validación de escala. n = 100 sujetos ≥ 65 años institucionalizados en un centro sociosanitario. La calidad del sueño fue evaluada con el PSQI usando el diagnóstico de trastorno de insomnio según el DSM-V y el índice de gravedad de insomnio (ISI) como patrones oro.

Resultados: La edad media fue 84,1 años (DE 8,9). 61 (61%) mujeres. 15 (15%) presentaron diagnóstico de insomnio y 77 (77%) fueron calificados como "malos dormidores" puntuando ≥ 5 puntos según el PSQI. Validez constructo: el valor α Cronbach fue de 0,635 (p < 0,001) indicando buena consistencia interna. Se apreciaron buenas correlaciones entre los ítems que conforman el PSQI, excepto para el ítem 6 "utilización de medicación hipnótica". En el análisis factorial de componentes principales se identificaron tres componentes que fueron responsables del 74% de la varianza total. Validez concurrente: el coeficiente de correlación de Spearman entre el PSQI y la escala ISI fue r = 0,743 (p < 0,001) y entre el PSQI y el DSM-V mediante U-Mann-Whitney se obtuvo una mediana de 7 para no insomnio y de 16 para insomnio (p < 0,001), mostrando una buena asociación. La escala no presentó efecto techo porque ningún paciente alcanzó la máxima puntuación y solo dos 19 o 20 puntos (2%). Tampoco se observó efecto suelo puesto que solo un participante obtuvo la menor puntuación y 6 obtuvieron entre 1 y 2 puntos (6%). Los datos del PSQI total no siguen una distribución normal. Para analizar el rendimiento global del test se construyeron curvas ROC frente al diagnóstico por DSM-V de insomnio. El área bajo la curva fue de 0,94 (IC95% 0,89-0,99) (p < 0,001), se encontró que el punto de corte más adecuado para detectar insomnio y calidad de sueño fue 11-12 (S = 87% y E = 83%).
Conclusiones: El Índice de Calidad del sueño Pittsburgh es una herramienta válida para detectar insomnio en mayores institucionalizados, aunque su punto de corte varía en esta población, pasando a ser 11-12 (S = 87% y E = 83%).

PC-196. PERFIL DE LOS PACIENTES Y MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

A.I. Hormigo Sánchez[1], T. de la Huerga Fernández[1], C. Trillo[1], C. Fernández Alonso[1], C. Mañas[2], O. Gómez[1] y J. Dodero[1]
[1]Fundación Jiménez Díaz, Madrid. [2]Residencia Nogales, Madrid.

Objetivos: Describir las principales líneas de trabajo que favorecen la continuidad asistencial entre las residencias del área de referencia y el hospital, mejorando la atención de los residentes. Describir el perfil de paciente atendido por la Unidad de Coordinación sociosanitaria (geriatra y enfermeras de Continuidad Asistencial), así como analizar los diferentes modelos de intervención.
Métodos: Estudio prospectivo observacional de 9 meses de duración, dirigido a las residencias (14) incluidas en el portal sociosanitario del área de la Fundación Jiménez Díaz. El portal sociosanitario desarrollado e implantado por el equipo permite comunicación clínica entre las residencias y el hospital. Tanto médicos como enfermería de los centros sociosanitarios tienen posibilidad de comunicarse vía telemática mediante e-consulta, la cual es una herramienta de comunicación entre profesionales de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y personal sociosanitario. Enmarcado en la estrategia de transformación del modelo de asistencial se han generado 14 circuitos diferenciales de atención.
Resultados: Se recibieron 101 e-consultas procedentes de residencias entre julio-2016 y marzo-2017, 74 dirigidas al geriatra hospitalario de referencia y 27 a enfermería de continuidad asistencial. Edad mediana 88 años (68-104), 31,7% hombres. La mayoría (88,4%) tenían polifarmacia (≥ 5), con una media de 8,71 fármacos (DE 3,56). En cuanto a situación funcional, 69% I. Barthel < 45 (mediana 15, rango 0-100), 86% FAC < 2 (mediana 2, rango 0-5), y en cuanto a situación mental 70% CRM > 3 (mediana 3, rango 0-5). 26,7% precisaron de ambulancia tras la intervención. En relación al modelo de intervención y circuito generado: 23,4% de las e-consultas sirvieron para solucionar dudas médicas, sin generar otro recurso o prueba, 21,8% fueron para gestión de citas/pruebas, 10,9% se beneficiaron del circuito de recambio PEG deteriorada o arrancada sin paso por la Urgencia, 4% se beneficiaron del circuito antibioterapia iv y 6% del Hospital de Día para transfundir directamente, sin precisar del paso del paciente igualmente por la Urgencia.
Conclusiones: Nuestra población tiene una alta dependencia y polifarmacia, con una edad media elevada. La e-consulta demuestra ser efectiva en la comunicación entre niveles asistenciales, evitando desplazamientos innecesarios y mejorando la calidad de los cuidados por medio de circuitos diferenciales.

PC-197. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

M. Mas Romero, A.I. Briones García, E.B. Cortés Zamora, A. Avendaño Céspedes, M. Esbrí Víctor y P. Sánchez Sáez
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Conocer la calidad subjetiva del sueño en una población de ancianos institucionalizados.
Métodos: Estudio descriptivo transversal. n = 100 sujetos ≥ 65 años institucionalizados. Se recogieron variables sociodemográficas, grado de dependencia (Í. Barthel), estado afectivo (Escala Depresión Yesavage-GDS), y calidad del sueño con el Índice de Pittsburgh (PSQI).
Resultados: De 100 sujetos, 61 (61%) mujeres. La edad media fue de 84,1 (DE 8,9). La media del Í. Barthel fue 77,1 (DE 20,9), 53 (53%) presentaron dependencia moderada y 33 (33,3%) refirieron probable depresión según GDS. La puntuación total media del PSQI fue 8,7 (DE 4,3). 77 (77%) sujetos fueron calificados como "malos dormidores", de los cuáles 45 (58,4%) mujeres, 56 (72,7%) presentaron dependencia moderada o severa y 27 (35,5%) probable depresión. Calidad subjetiva del sueño: 77 (77%) consideran su calidad del sueño como muy buena o bastante buena. De los 28 (28%) que valoran su calidad de sueño como muy buena, 21 (75%) mujeres y 15 (53,6%) presentan dependencia moderada. De los 11 (11%) que valoran su calidad de sueño como muy mala, 8 (72,7%) presentan probable depresión (p < 0,05). Latencia de sueño: 21 (21%) tardan > 60 minutos en dormirse, siendo 12 (57,1%) mujeres y 8 (38,1%) presentan dependencia grave. Duración del sueño: 49 (49%) duermen entre 6-7 horas, 13 (13%) < 5 horas, de los cuáles, 8 (61,5%) mujeres. Eficiencia habitual del sueño: 42 (42%) obtuvieron una eficiencia de sueño < 65% siendo 24 (57,1%) mujeres, presentando 34 (81%) dependencia moderada o grave. Perturbaciones extrínsecas del sueño: 58 (58%) manifiestan perturbaciones leves y 32 (32%) perturbaciones moderadas, de éstos últimos, 20 (62,5%) mujeres y 27 (84,4%) presentan un grado de dependencia moderada o severa (p < 0,05). Uso de medicación hipnótica: 59 (61,5%) utilizan medicación hipnótica ≥ 3 veces por semana, de los cuáles, 41 (69,5%) mujeres (p < 0,05) y 23 (39,7%) presentan probable depresión (p < 0,05). Disfunción diurna: 7 (7%) presentan graves disfunciones siendo 5 (71,4%) mujeres y 4 (66, 7%) refieren probable depresión.
Conclusiones: En nuestra población anciana institucionalizada existe una alta frecuencia de mala calidad de sueño principalmente en mujeres, en sujetos con mayor nivel de dependencia y con un peor estado afectivo.

PC-198. CAUSAS E IMPACTO DE LA DEMORA QUIRÚRGICA EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

C. González de Villaumbrosía, M.E. Baeza-Monedero, C. Oñoro-Algar, J. Martínez-Peromingo, B.Y. García-Martín, A. Muñana-Fuentes y R. Barba-Martín
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: Estudiar las causas por las que los pacientes ingresados por fractura de cadera se intervienen más tarde de las primeras 48 horas de ingreso, y el impacto que esta demora quirúrgica (DQ) supone en la estancia hospitalaria, el deterioro funcional, las complicaciones y la mortalidad.
Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye todos los pacientes ingresados por fractura de cadera entre el 1 julio 2015 y el

15 febrero 2017 en un hospital secundario de la Comunidad de Madrid. Se realizó un análisis descriptivo de las características generales de la población, así como un análisis univariante de las diferencias entre los dos grupos de pacientes a estudio (paciente sin DQ o con DQ mayor a 48 horas) mediante los test χ^2 y estadístico t para muestras independientes.
Resultados: n: 286 pacientes, de los cuales fueron tratados quirúrgicamente 273 (95,5%). De estos, el 61,9% se intervino en las primeras 48 horas, el 9,9% tuvo DQ debido a tomar fármacos anticoagulantes o antiagregantes, en el 6,2% por inestabilidad clínica y en el 20,1% por problemas logísticos. Analizando las causas de DQ por días de la semana, se observó que sólo un 18% de los pacientes que llegaron a urgencias en viernes se intervino en las primeras 48 horas, frente al 71,7% del resto de días de la semana ($p < 0,001$), a expensas principalmente de problemas logísticos (52% vs 13,9% respectivamente, $p < 0,001$). La mortalidad, el número medio de complicaciones y el deterioro funcional no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con DQ o sin DQ. La estancia media sin embargo sí fue superior en los pacientes con DQ frente a los que no (12,9 vs 10,3, $p = 0,007$).
Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes ingresados por fractura de cadera no se interviene en el tiempo recomendado por las guías clínicas debido a problemas logísticos, siendo especialmente importante en los pacientes que ingresan en fin de semana. La DQ se asoció con una estancia hospitalaria significativamente mayor que la de los pacientes sin DQ, no existiendo en el presente estudio diferencias entre ambos grupos en la mortalidad, número de complicaciones y deterioro funcional.

PC-199. INCIDENCIA E IMPACTO DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

M.E. Baeza-Monedero, C. González de Villaumbrosía, J. Martínez-Peromingo, C. Oñoro-Algar, O. Caamaño-Selma, M. Angelina-García y R. Barba-Martín
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: Estudiar la incidencia de complicaciones médicas en pacientes ingresados por fractura de cadera y el impacto sobre mortalidad, estancia hospitalaria, y deterioro funcional.
Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye a todos los pacientes ingresados por fractura de cadera entre 1 enero 2016 y 15 febrero 2017 en un hospital secundario de la Comunidad de Madrid. Se evaluó la presencia de anemia con requerimiento transfusional, fracaso renal agudo, complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares, tromboembólicas, infección nosocomial, úlceras por presión, desnutrición, delirium, estreñimiento con requerimiento de enema y déficit de vitamina D. Se realizó un análisis descriptivo de las características poblacionales, y una correlación lineal (test Pearson) entre el número de complicaciones sufridas durante el ingreso con estancia y deterioro funcional (Barthel). También se realizó un análisis univariante entre cada una de las complicaciones con mortalidad (test χ^2), y se estudió la asociación de cada complicación con estancia, deterioro funcional y deterioro de la marcha y mortalidad (estadístico t para muestras independientes).
Resultados: n: 163 pacientes. El número medio de complicaciones fue 3,39 (rango de 1-7), siendo la más frecuente el déficit de vitamina D (64,4%), seguido de desnutrición (60,7%), anemia (59,5%), estreñimiento (48,5%), fracaso renal (30,7%), infección nosocomial (17,8%), complicaciones cardiovasculares (17,2%), úlceras por presión (6,7%), cerebrovasculares (1,2%), y tromboembólicas (0,6%). El número de complicaciones guardó correlación estadísticamente significativa con la estancia (Pearson 0,18, $p = 0,02$) y el deterioro funcional (Pearson 0,16, $p = 0,04$). La media de complicaciones fue significativamente superior entre los pacientes fallecidos frente a los vivos (5,5 vs 3,39, $p = 0,045$). Las complicaciones que se relacionaron de forma significativa con una mayor mortalidad fueron las infecciones nosocomiales (20,7 vs 1,5%, $p < 0,001$), cerebrovasculares (100% vs 3,7%, $p < 0,001$) y las úlceras (27,3 vs 3,3%, $p = 0,01$) y las que se relacionaron con un mayor deterioro funcional fueron la anemia (pérdida de 21 puntos de Barthel vs 15, $p = 0,025$) y las complicaciones cardiovasculares (25 vs 17, $p = 0,018$).
Conclusiones: La coexistencia de complicaciones médicas es un problema frecuente en los pacientes ingresados por fractura de cadera, correlacionándose su número con una mayor mortalidad. Determinadas complicaciones estudiadas de forma aislada se asocian de forma estadísticamente significativa con mayor mortalidad y deterioro funcional.

PC-200. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA FÍSICO MULTICOMPONENTE EN EL MARCO DE UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

I. Bartolomé Martín[1], M.D.C. Herrero Moreno[1], A. Torrero Ruiz[1], M.N. Gil Pérez[1], J. Rodríguez Solís[1] y M. Torralba González de Suso[2]
[1]Hospital Universitario, Guadalajara. [2]Unidad de Apoyo a la Metodología de la Investigación, Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implantación de un programa físico multicomponente en ancianos que viven en la comunidad como parte del desarrollo de la Unidad de Prevención de Caídas en el área sanitaria de Guadalajara.
Métodos: Estudio cuasi experimental. Incluidos pacientes derivados de Atención Primaria y Consultas Externas Hospitalarias a la Unidad de Prevención de Caídas de Guadalajara. Recogida de datos mediante entrevista clínica, exploración física e historia electrónica. Registrados fecha de nacimiento, sexo, estado civil, sedentarismo, Barthel modificado, Lawton, Yessavage, Minimental State Examination versión Lobo (MEC), Falls Efficaccy Scale (FES), Tinnetti, Test Up and Go (TUG), Criterios de fragilidad de Fried, Short Physical Performance Battery (SPPB), Velocidad de la marcha 6 m (Vm), escala FAC de la marcha. Análisis estadístico realizado mediante SPSS v.22. Intervención y resultados preliminares: se inició un programa físico multicomponente tutorizado de 12 semanas de duración, basado en los materiales VIVIFRAIL, para pacientes con caídas de repetición, síndrome poscaída, síndrome de temor a caerse (STAC) y alteraciones de la marcha que condicionasen un alto riesgo de caídas medido por las escalas anteriormente expuestas. En las primeras ocho semanas de entrenamiento, la adhesión al programa ha sido del 100% con un alto grado de satisfacción y mejoría en todas las escalas anteriormente mencionadas, por lo que esperamos excelentes resultados al finalizar la intervención, en línea con nuestra experiencia en centros socio sanitarios. Ninguno de los pacientes ha sufrido ningún evento adverso durante el desarrollo del programa, (caídas, hospitalización, institucionalización o muerte). Queremos resaltar el positivo balance coste/beneficio de las intervenciones basadas en ejercicio físico en el marco de tratamiento global del paciente que caracteriza a la Geriatría. Los datos preliminares prevén mejoras claras en funcionalidad, calidad de vida, actividades básicas e instrumentales y estado de ánimo.

PC-201. FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIZACIÓN POR FRACTURA DE CADERA Y RECUPERACIÓN DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA A LOS 3 MESES

L. Fernández Arana, L.D.R. Evangelista Cabrera, V. Garay Airaghi, E. Lueje Alonso y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir los factores asociados a la anemización y a la recuperación de la misma a los 3 meses tras una hospitalización por fractura de cadera en pacientes ancianos en una planta de Ortogeriatría.
Métodos: Estudio prospectivo en pacientes > 65 años ingresados con fractura de cadera por fragilidad entre septiembre 2015 y noviembre

2016. Periodo de seguimiento hasta febrero 2017. Se analizaron características demográficas, clínicas, tratamiento previo (antiagregación o anticoagulación), analíticas (perfil ferrocinético y hemoglobina al ingreso, al alta, la más baja durante la hospitalización y a los 3 meses tras el alta). Tratamiento de la anemia con ferroterapia y transfusión. Se estudiaron los factores relacionadas con el grado de anemización durante el ingreso (Hb ingreso-Hb alta) y recuperación de hemoglobina a los 3 meses con respecto al alta. Análisis estadístico: U Mann Whitney, McNemar (IC95%). SPSS 23.0.
Resultados: n = 112. Características generales: edad 85,17 (DE 6,7), 77% mujeres, comorbilidad medida con la escala. Situación funcional: Barthel ≥ 90 75%, FAC ≥ 4 75,9%, Lawton > 4 48,2%. Síndromes geriátricos: polifarmacia (> 6 fármacos) 56,7%, deterioro cognitivo 35,7%. Tipo de fracturas: intracapsulares 49,2%. Tipo de cirugía: artroplastia 36,7%. Tratamiento previo: antiagregación 40,2%, anticoagulación 27,9%. Datos del episodio agudo: hemoglobina al ingreso: 12,7 g/dl (DE 1,6), hemoglobina más baja 8,8 g/dl (DE 1,2), al alta 10,3 g/dl (DE 0,9) y a los 3 meses 13,2 g/dl (DE 1,4). Transfusión ≥ 2 concentrados de hematíes (CH) 66,1%. Hierro intravenoso ≥ 600 mg 81,3%. Hierro oral al alta 78,5%. Anemización durante el ingreso de 3,9 g/dl (DE 1,4), sin relación significativa con ninguna de las variables analizadas incluyendo toma de fármacos previa. Recuperación de la hemoglobina a los 3 meses: 2,9 g/dl (DE 1,4) ($p < 0,001$). Parámetros asociados: edad ≤ 85 ($p = 0,003$) y ≥ 2 CH ($p < 0,001$). Tendencia estadística: hierro ≥ 600 mg ($p = 0,11$), Barthel ≥ 90 ($p = 0,153$), CIRS < 13 ($p = 0,129$), tipo de intervención con artroplastia ($p = 0,148$).
Conclusiones: En una muestra de ancianos con fractura de cadera con buena funcionalidad basal, no encontramos relación entre antiagregación, anticoagulación o tipo de fractura y grado de anemización. La edad y transfusión de hemoderivados fueron los factores que más contribuyeron a la recuperación de hemoglobina en 3 meses. Un adecuado protocolo de manejo de anemia influye en la recuperación de la hemoglobina y la estabilización de ésta en los meses posteriores.

PC-202. DERIVACIONES A SERVICIOS DE URGENCIAS DESDE EL ÁMBITO RESIDENCIAL: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL POBLACIONAL

T. Pujadas Lafarga, F.J. Afonso Argilés, J.M. Gómez Roldán, G. Ramírez Rodríguez y M. Ferrer Benedicto
Centro Sociosanitario el Carme, Badalona.

Introducción: Las personas mayores que viven en residencia son uno de los grupos más vulnerables de la sociedad. Con frecuencia, los residentes de estos centros son personas con múltiples enfermedades crónicas, altos grados de fragilidad, polifarmacia, deterioro cognitivo y funcional que no les permite vivir en su propio domicilio. Muchos de estos residentes acuden en una elevada proporción a los servicios de urgencia hospitalaria.
Objetivos: Describir derivaciones a urgencias de pacientes institucionalizados.
Métodos: Estudio retrospectivo de las derivaciones a urgencias desde residencias de 3 municipios de la provincia de Barcelona (Badalona, Montgat, Tiana) durante el 2015. Las variables fueron recogidas de manera retrospectiva mediante explotación de bases de datos anonimizados en 450 residentes ubicados en 7 centros residenciales de estos municipios. Se evaluó edad, sexo, valoración geriátrica integral, número total de derivaciones a urgencias, porcentaje de ingresos hospitalarios, ubicación tras estancia en urgencias, exitus.
Resultados: 450 ancianos que viven en residencia fueron evaluados. EM: 85,86 años (81% mujeres). Población evaluada: Demencia 70%, Riesgo de UPP 40%, malnutrición 30%, incontinencia 80%, polifarmacia 70%, dependencia funcional moderada (Barthel) 70%, Media de sd. geriátricos: 5. Número derivaciones a urgencias: 489. Media de 1,08 derivaciones paciente/día. Ingresos tras derivación: 272 (55,6%), no ingresan 217 (44,3%). Unidad de ingreso: medicina interna 139 (51,1%), unidad de subagudos 36 (13,2%), COT 15 (5,5%), CG 15 (5,5%), otras unidades 67 (24,6%). Exitus: urgencias 3, hospital 39 (28%), centro sociosanitario (unidad de subagudos, convalecencia, unidad de cuidados paliativos): 6 (16%). Exitus total: 48 pacientes (9,8%).
Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes que viven en residencia son derivados anualmente a urgencias (1,08 derivaciones p/d). Casi un 50% de pacientes derivados no precisan ingreso hospitalario. Esto hace necesario poner en marcha intervenciones a nivel institucional y sanitario que prevengan derivaciones a los servicios de urgencia, potencialmente innecesarias, en este tipo de población. Teniendo en cuenta la situación basal y comorbilidad de los residentes que son derivados, ingresan (55,6%) y posteriormente fallecen en unidades de agudos, sería recomendable una mejor detección de los mismos y una integración y coordinación efectiva a distintos niveles que permita una atención global a nivel residencial, previniendo derivaciones a urgencias.

PC-203. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. ¿CUÁNTOS SON POTENCIALMENTE EVITABLES?

F.M. Quinte Yarcuri, I. Rodríguez-Miñón Otero y J. Rodríguez Solís
Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes que ingresan durante 6 meses consecutivos (abril a septiembre inclusive de 2016) en el servicio de geriatría del hospital universitario de Guadalajara para determinar en una segunda fase, los ingresos potencialmente evitables.
Métodos: Se describirán las características de la muestra: el sexo, quien realiza el ingreso (médico adjunto o MIR), procedencia del paciente (centro de salud -urbano o rural- o residencia) y si el ingreso se produjo en día laborable o festivo, así como la hora del ingreso. Se analizará la influencia de dichas características en la decisión de ingreso hospitalario y quien la toma esa decisión, médico adjunto o residente.
Resultados: Se produjeron en los seis meses analizados 983 ingresos de los que 576 son de sexo femenino (59%). El 35% de los ingresos eran firmados por médicos residentes; 534 (54%) procedían de centros de salud de los cuales 239 (45%) eran de ubicación urbana. Se produjeron 358 (36%) ingresos durante periodo festivo o fin de semana (considerado desde las 15 horas del viernes hasta la madrugada del domingo), lo que supone que el 67% de los ingresos de la comunidad se produce en festivo o fin de semana; frente a solo el 37% de los ingresos procedentes de residencia se producen durante el fin de semana.
Conclusiones: La mayoría de pacientes geriátricos que ingresaron procedían de centros de salud, algo más de la mitad de ubicación rural. Es mayoritario el número (67%) de pacientes geriátricos que ingresan procedentes de la comunidad en día festivo o fin de semana comparado con los procedentes de residencia (37%). Se produce un alto porcentaje de ingresos, más de un tercio, firmados por médicos residentes. Una forma de abordar los ingresos potencialmente evitables es el trabajo conjunto con los servicios de urgencias que son los que aportan la abrumadora mayoría de ingresos hospitalarios.

PC-204. EL ÁNGULO DE FASE COMO PREDICTOR DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

L.D.R. Evangelista Cabrera, L. Fernández Arana, E. Lueje Alonso, V. Garay Airaghi, P. Matía Martín y F. Cuesta Triana
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los datos sobre compartimentos corporales mediante bioimpedancia (BIA) pueden no ser válidos en pacientes agudos. El

ángulo de fase (AF) puede ser un dato indirecto para estimar relación agua extra –AEC-/intracelular –AIC- y calidad de las membranas celulares. El AF resulta una medida predictiva de riesgo.
Objetivos: analizar la relación entre AF e inflamación, situación nutricional, estancia hospitalaria y mortalidad durante el ingreso, Barthel al alta y reingresos a 90 días.
Métodos: Pacientes ≥ 65 años ingresados por fractura de cadera (sep-2015/dic-2016). Se excluyeron pacientes que portaban marcapasos o desfibrilador. AF:BIA 50 Hz; Akern101. Se eliminaron los sujetos con AF > 8º. Estadística: estudio de correlación (Spearman), regresión logística binaria o regresión lineal. Transformación ln de estancia media y de la puntuación Barthel al alta. Ajuste: sexo, edad, albúmina ingreso y puntuación MNA.
Resultados: 194 pacientes (86 años –RI 81,8-90-; 76,3% mujeres). AF: 3,9º (RI 3,3-4,6). 127 reevaluados a 3 meses. Al ingreso el AF mostró correlación positiva con puntuación MNA (0,254, p < 0,001-), albúmina (0,338, p < 0,001-), prealbúmina (0,177, p = 0,004-), AIC (0,737, p < 0,001-) y fuerza prensora (0,374, p < 0,001-); y negativa con PCR (-0,158, p = 0,028-) y con AEC (-0,523, p < 0,001-): relación marginal con IL-6 (-0,158, p = 0,028-). Univariado: un mayor AF se asoció a mejor puntuación Barthel al alta (ln) –β = 0,135; IC95% 0,061; 0,208; p < 0,001-y a menor probabilidad de muerte –OR 0,295; IC95% 0,127; 0,685; p = 0,005-. Tras ajustar, el AF no se asoció a la puntuación Barthel al alta: –β = 0,061; IC95% -0,016; 0,137; p = 0,119-, pero sí cuando se ajustó solo por edad –β = 0,078; IC95% -0,005; 0,151; p = 0,036-. Tras ajustar la relación entre AF y muerte durante el ingreso, dicha asociación se mantuvo –β = 0,272; IC95% 0,098; 0,755; p = 0,012-. No se encontró asociación con estancia. Tras eliminar pacientes fallecidos durante el ingreso, el AF no se asoció a la probabilidad de reingreso 90 días después.
Conclusiones: En pacientes con fractura de cadera, el AF es un marcador asociado a situación nutricional, inflamación y distribución del AEC/AIC. Es factor pronóstico de funcionalidad al alta, y predictor de muerte tras ajustar por edad, sexo, albúmina plasmática e IMC. Medidas encaminadas a mejorar este AF podrían modificar el curso clínico de los pacientes.

PC-205. BENEFICIOS DEL SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA DE PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA

R. Sosa Suárez[1], P. Cabezas Alfonso[1], P. de Sousa Almeida[2], P. Carrillo[1] y A. Sevillano[1]
[1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid. [2]Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro.

Objetivos: Evaluar los beneficios del seguimiento en Hospital de Día de Geriatría (HDG) de pacientes intervenidos por fractura de cadera (FC), nivel de recuperación funcional como de intervención médica.
Métodos: Estudio observacional y longitudinal sobre pacientes intervenidos por FC e incluidos en el HDG en un período de 8 meses. Se recogieron variables demográficas, clínicas (lista de comorbilidades y problemas médicos activos), funcionales al ingreso y al alta del HDG (índices de Barthel, Lawton, *Functional Ambulation Classification,* escalas de Tinetti, *Timed up and Go (TUG) y Short Physical Performance Battery (SPPB)*), utilización de ayudas técnicas al ingreso y al alta del HDG, así como parámetros analíticos. Análisis estadístico con SPSS (v.22). La asociación entre la alteración de funcionalidad y las variables se estudió con test t de Student, Test Mann-Whitney, coeficiente de correlación de Spearman y de Pearson. Se consideró como significación estadística un valor de p < 0,05.
Resultados: 32 pacientes, edad media 86,22 ± 4,81 años, 78% mujeres. El 56,3% procedía de una Unidad de convalecencia. Comorbilidades más frecuentes: osteoartrosis (84%), deterioro cognitivo (31%), alteración del estado de ánimo (31%). Deterioro funcional a la inclusión en HDG (media del Barthel: basal 89,94 ± 13,11; al ingreso HDG 69,84 ± 14,34). Se observó mejoría significativa de la situación funcional al alta, mediante los índices de Barthel (media al ingreso 69,84 ± 14,33 al ingreso; 85,47 ± 11,59 al alta), FAC, Lawton, TUG, Tinetti y SPPB. Disminuyó el empleo de ayudas físicas para la marcha (21,9% sin ayudas físicas y 3,1% con andador). Test Mann-Whitney indicó una mejoría de los valores de SPPB si los pacientes habían estado en la Unidad de convalecencia (U = 23,5, p = 0,041). Se encontró una asociación positiva entre mejoría del TUG con niveles mayores vitamina D (Rho de spearman (17) = 0,528). Se consiguió reducción de polifarmacia (media de fármacos de 10,63 ± 2,94 al ingreso y de 8,50 ± 2,89 al alta).
Conclusiones: El seguimiento y manejo interdisciplinar (médicos y terapeutas ocupacionales) de pacientes geriátricos intervenidos por fractura de cadera, en el HDG, se relaciona con mejoría de la situación funcional y reducción de polifarmacia.

PC-206. PACIENTES MUY ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN

C. Ferrer Ferrer, M. Moreno Ariño y M.D.P. Bao Alonso
Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Objetivos: La fractura de cadera es una patología frecuente en las personas ancianas, siendo una causa importante de dependencia y mortalidad en estos pacientes. Con el envejecimiento poblacional, el número de personas mayores de 90 años está incrementando, suponiendo esto un reto en sus cuidados. Por ello, queremos describir las características y la evolución de los pacientes mayores de 90 años intervenidos de fractura de cadera.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes mayores de 90 años a los que se interviene de fractura de cadera en el periodo 2014-2015 mediante la revisión de la historia clínica. Se evalúan los antecedentes personales, el tipo de fractura, la funcionalidad, reingresos en el primer año y la mortalidad.
Resultados: Se han analizado 106 pacientes con edad media de 92,77 (DE 2,89) años, siendo un 3,8% centenarios. El 73,6% son mujeres. Presentan un índice de Charlson abreviado de 2,54 (DE 1,54), siendo las comorbilidades más frecuentes la demencia (56,6%), seguido de la insuficiencia cardíaca (40,6%). Predomina la fractura extracapsular (60,4%), siendo la más frecuente la pertrocantérea (48 casos). El índice de Barthel previo es de 61,13 (DE 26,38), registrándose una dependencia funcional severa hasta en el 50% de los casos. Solo 6 (5,7%) de los pacientes fallecieron durante el ingreso y se registró una mortalidad al año del 30,2%. Durante el seguimiento se objetivó un empeoramiento funcional, con un índice de Barthel medio de 33,23 (DE 25,06). Un tercio de los pacientes que vivían en domicilio fueron institucionalizados al alta. La demora quirúrgica superior a 48h se relaciona en esta cohorte de pacientes con mayor mortalidad al año (p 0,045).
Conclusiones: La fractura de cadera en los pacientes muy ancianos ocasiona una importante pérdida funcional y un porcentaje no despreciable de institucionalización. Al no observarse un incremento significativo de la mortalidad al año respecto a series de población general, creemos que se deberían priorizar objetivos de recuperación funcional en esta cohorte de pacientes.

PC-207. LA UNIDAD DE SUBAGUDOS COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN PACIENTES DETECTADOS COMO PCC Y MACA

G. Ramírez Rodríguez[1], F.J. Afonso Argilés[1], R. Sanmartín Sentañes[2], Y. Varas Ordoves[1], M.D.C. de Haro Ramírez[1], A. Sánchez Escamilla[1] y J.M. Pérez-Castejón Garrote[1]
[1]Centro Sociosanitario el Carme, Badalona. [2]Hospital Municipal de Badalona, Badalona.

Introducción: En el modelo catalán de atención a la cronicidad se han definido dos grupos de pacientes con un determinado perfil asociados a la presencia de enfermedades crónicas concomitantes, la sobreutili-

zación de recursos sanitarios, polifarmacia, limitación funcional y/o fragilidad social. PCC (paciente crónico complejo) y MACA (Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada, tiene como objetivo atender a personas que presentan la condición de complejidad asociada a un pronóstico de vida limitado y planificación anticipada de decisiones). Las Unidades de Subagudos (US) atienden a pacientes con patologías agudas o crónicas reagudizadas que precisan ingreso hospitalario de corta duración, estables hemodinámicamente, que no requieren alta tecnología y que no pueden ser atendidos en domicilio.
Objetivos: Evaluar una Unidad de cuidados intermedios (US) como alternativa a la hospitalización convencional en ancianos.
Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes ingresados en la Unidad Subagudos de nuestro centro de enero a diciembre del 2016. Variables recogidas: edad, sexo, motivo de ingreso, estancia media, procedencia, destino al alta, cambio de recurso sociosanitario, derivaciones a urgencias, pacientes detectados previamente como PCC o MACAS y mortalidad.
Resultados: n: 393 pacientes; Edad media: 87 años; sexo: 239 (61%) mujeres; estancia media: 11 días; procedencia: 377 (96%) desde urgencias de un hospital terciario, 4% otros; destinación al alta: domicilio 302 (77%), exitus 43 (11%), derivación hospital de agudos 11 (3%) cambio de recurso sociosanitario: 36 (9%); diagnósticos por patología: respiratoria (205) 52%, ITU 85 (22%) cardiológica 51 (13%), otras 27 (7%), digestiva 9 (2%), psicogeriatría 8 (2%), septicemia 8 (2%); no detectados como crónicos: 235 (59%); pacientes PCC: 120 (31%), MACA 38 (10%) total de 158 (41%) de los cuales destinación al alta: 111 (70%), exitus 15 (9,4%) (6 MACA) (34,8% del total de pacientes), derivados a Hospital de Agudos 8 (5%) (70% del total).
Conclusiones: El 41% de pacientes ingresado en US son catalogados previamente como PCC o MACA. Un 10% son catalogados MACA. Este perfil de pacientes podrían requerir un nivel asistencial diferente a una unidad de agudos/subagudos dada la avanzada situación de enfermedad. Las US podrían ser una alternativa al ingreso en una unidad de agudos en un perfil seleccionado de ancianos.

PC-208. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DERIVACIONES A URGENCIAS HOSPITALARIAS POTENCIALMENTE EVITABLES DESDE CENTROS RESIDENCIALES

F.J. Afonso Argilés, T. Pujadas Lafarga, G. Ramírez Rodríguez, J.M. Gómez Roldán y M. Ferrer Benedicto
Centro Sociosanitario el Carme, Badalona.

Introducción: Los ancianos que viven en residencia acuden en una elevada proporción a los servicios de urgencia, en general, en mayor medida que ancianos no institucionalizados. Muchas de las hospitalizaciones podrían ser potencialmente prevenibles.
Objetivos: Descripción de derivaciones a urgencias potencialmente evitables desde residencia.
Métodos: Estudio retrospectivo de derivaciones a urgencias hospitalarias, potencialmente innecesarias, desde 7 residencias de 3 municipios de la provincia de Barcelona (Badalona, Montgat, Tiana) durante el 2016. Las variables fueron recogidas mediante explotación de bases de datos anonimizada de 450 plazas residenciales. Se recogió edad, sexo, VGI, número total derivaciones, ingresos, motivo de derivación, % derivaciones a urgencias potencialmente evitables (Ambulatory Care Conditions (ACC)). ACC: anemia ferropénica, infecciones respiratorias, celulitis, deshidratación, Gastroenteritis, Infecciones urinarias, infecciones ORL, descompensaciones asma y EPOC, insuficiencia cardiaca, descompensaciones diabéticas y T. arterial.
Resultados: 450 plazas residenciales evaluadas. EM: 86,8 años (81% mujeres). Derivaciones UCIAS: 526. Media de 1,16 derivaciones paciente/plaza/día. Ingresos tras derivación: 305 (57,9%). Motivo derivación: infección respiratoria 99 (no ingresan 22-22,2%), ITU 68 (no ingresan 50-73,5%), caídas 84 (no ingresan 71-84,5%), patología cardiovascular 21 (no ingresan 5-23,8%), patología renal 7 (no ingresan 2-28,5%), patología digestiva 40 (no ingresan 21-52,5%), patología hematológica 9 (no ingresan 3-33,3%), patología osteoarticular 9 (no ingresan 8-88,8%), patología neurológica 9 (no ingresan 1), patología urológica 5 (no ingresan 4), otras patologías 46 (no ingresan 34).
Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes que viven en residencia son derivados anualmente a urgencias por patologías potencialmente prevenibles y tratables en residencia, especialmente infecciones respiratorias, urinarias y caídas. Basándonos en las causas clínicas de derivación (ACC) y no subsidiarias de ingreso al menos un 42% de las derivaciones podrían ser evitadas. Aun así multitud de factores se asocian para tomar la decisión de derivar al servicio de urgencias desde un centro residencial (cobertura sanitaria del centro residencial interno o externo, preferencias del paciente o familia (por ejemplo, directrices anticipadas), formación del staff de la residencia, etc. Esto hace difícil emitir un juicio definitivo sobre adecuación o inadecuación de cualquier tipo de derivación a urgencias en este ámbito de atención aunque sí de la necesidad de un mayor soporte asistencial, docencia y comunicación con el paciente/familia en centros residenciales.

PC-209. IMPACTO DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS DE PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

L.D.R. Evangelista Cabrera, E. Lueje Alonso, L. Fernández Arana, V. Garay Airaghi, P. Matía Martín, J. Mora Fernández y F. Cuesta Triana
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar la situación nutricional de pacientes ancianos con fractura de cadera y su impacto en las complicaciones durante la hospitalización.
Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron pacientes ingresados por fractura de cadera por fragilidad (septiembre 2015-enero 2017) > 65 años. Se excluyeron los que no dieron su consentimiento y portadores de marcapasos o desfibrilador. Variables: sociodemográficas, funcionales (índice de Barthel -IB, Lawton –IL, Functional Ambulation Classification -FAC), comorbilidad (I.Charlson), número de fármacos (NF), estancia prequirúrgica, Índice de masa corporal (IMC), Mini Nutritional Assessment-SF (MNA-SF), FFMI (índice de masa libre de grasa-BIA monofrecuencia), criterios de la ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism). Análisis estadístico: Regresión logística binaria, Chi cuadrado, U Mann-Whitney. ($p < 0,05$). SPSS 19.
Resultados: n = 221 pacientes, 76% mujeres, edad 85,4 (DE 6,9). IB 90 (RI 75,5-95,0), FAC 5 (RI 4-5), IL 4 (RI 1-7). I. Charlson 6 (RI 5-7), NF 6 (RI 4-9). Tipo de fractura: 42,5% pertrocantérea, 45,2% subcapital. De acuerdo con el MNA-SF: 57,0% tenían situación nutricional normal, 38,5% riesgo de desnutrición y 4,5% desnutrición. Con respecto al IMC: bajo peso 2,7%, Normopeso 34,8%, Sobrepeso 33,5%, Obesidad grado I 24,4%, grado II 4,1%, grado III 0,5%. Mediana del FFMI 16,4 Kg/m^2 (RI 14,9-17,9), FFMI (< 15-mujeres y < 17-varones) 9,9%. Pérdida de peso 36,6%. Desnutrición según la ESPEN: 14,5% y se asoció a mayor edad ($p = 0,012$). Los pacientes desnutridos (MNA-SF < 18,5) tenían peor situación funcional basal -IL, IB, FAC- ($p < 0,001$). La pérdida ponderal se asoció a delirium ($p = 0,048$) y mayor anemización ($p = 0,020$). Un IMC < 30 se asoció a mayores complicaciones durante el ingreso ($p = 0,002$), insuficiencia cardiaca ($p = 0,002$), insuficiencia renal ($p = 0,002$) e Infección Urinaria ($p = 0,05$). En el análisis multivariante tras ajustar por I. Charlson, edad y NF, el IMC < 30 se mantiene como predictor de desarrollar al menos dos complicaciones durante la hospitalización (OR 4,13, IC95% 1,760-9,708). No se encontró asociación entre situación nutricional y estancia prequirúrgica o estancia media.
Conclusiones: Aproximadamente la mitad de pacientes ingresados por fractura de cadera se encuentran desnutridos o en situación de

riesgo. La desnutrición se relaciona con una peor situación funcional y la obesidad ejerce un factor protector para desarrollar complicaciones intrahospitalarias.

PC-210. ESTRATEGIA DE CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS) EN UN HOSPITAL DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICO (HRG): INNOVANDO EN LAS PRECAUCIONES ESPECIALES (PE)

B. Troncoso González, I. Heitmann Ghigliotto y E. Gallegos Chávez
Centro de Rehabilitación Capredena La Florida. Universidad de Santiago de Chile, La Florida.

Objetivos: En la cadena de continuidad de cuidados de pacientes mayores, la descarga de pacientes desde hospitales de agudos a HRG es un recurso asistencial de probada efectividad, pero existe un alto riesgo de transmisión de IAAS por microorganismos multiresistentes (MR). El conocimiento de la magnitud de este problema y de las estrategias de control de IAAS en HRG de mediana y larga estadía es débil y tiene consecuencias negativas para los pacientes y es una limitante para su rehabilitación. Presentamos una estrategia sencilla de PE potenciadas y posible impacto en las tasas de prevalencia de IAAS.
Métodos: Estudio inicial de prevalencia y luego de seguimiento de incidencia de infección urinaria en grupo de portadores de bacterias BLEE+ (BB) y de decolonización en grupo de portadores de Enterococo resistente a la vancomicina (ERV). PE en el paciente: baño diario con jabón de clorhexidina al 2%, cambio de ropa a diario. En incontinentes uso de doble pañal. En catéter urinario permanente (CUP), norma específica; PE en el personal: lavado de manos y en caso de necesidad de tomar contacto con la zona genital, uso de delantal con mangas y guantes.
Resultados: En primer mes detección por ingreso y vigilancia epidemiológica 14 pacientes colonizados con ERV a nivel intestinal y 35 colonizados con BB a nivel urinario, son 49 pacientes correspondientes al 26% de hospitalizados. 72% ingresó colonizado con MR. En los 49 casos se implementaron medidas de precauciones especiales. En los 6 meses de seguimiento la tasa de infecciones urinarias CUP en grupo de usuarios colonizados por BB tiene tendencia a la disminución, así también la de BB no asociadas a catéter urinario. En la vigilancia de portadores de ERV se incluyen 26 pacientes colonizados con ERV en quienes se observa tendencia a la descolonización por ERV.
Conclusiones: Existe una asociación entre uso de PE potenciadas en pacientes y personal hospitalario y la baja prevalencia de IAAS a gérmenes multiresistentes de importancia epidemiológica. Esta estrategia permite favorecer la intervención de rehabilitación en los pacientes con la seguridad de mantener el control de las IAAS en la institución.

PC-211. INFLUENCIA DE LA VITAMINA D BASAL EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

V. Garay Airaghi, L.D.R. Evangelista Cabrera, E. Lueje Alonso, L. Fernández Arana y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir la influencia de los niveles basales de vitamina D (VitD) en la recuperación funcional a corto plazo de pacientes ancianos intervenidos por fractura de cadera.
Métodos: Estudio prospectivo. Se incluyeron pacientes > 65 años con fractura de cadera por fragilidad, ingresados en planta de Ortogeriatría. Se realizó un seguimiento de tres meses. Variables: demográficas, funcionales (I. Barthel y Functional Ambulation Classification-FAC- basales y a los tres meses), comorbilidad (CIRS-G), niveles basales de vitamina D; tratamiento previo y al alta con VitD. Para valorar la recuperación funcional se utilizó el porcentaje de I. Barthel recuperado a los tres meses (%Barthel = Barthel 3 meses × 100/Barthel basal), y recuperación de FAC (en unidades). Se consideró recuperación funcional satisfactoria: > 75% del I. Barthel basal. Análisis estadístico: chi cuadrado, McNemar, U Mann-Whithney, regresión logística binaria. SPSS 23.0 (IC95%).
Resultados: n = 186, 77,4% mujeres. I. Barthel 90 (RI 73-95), FAC 5 (RI 3-5). CIRS 13 (RI 10-16). Deterioro cognitivo 38,2%. Fractura pertrocantérea 43%. Suplementos de Ca-VitD previos 14%, tratamiento antiosteoporótico 8,6%. Niveles VitD 11,3 ng/mL (RI 7,0-17,6): < 10 41,6%, 10-20 37,3%, 20-30 14,6%, ≥ 30 6,5%. Tratamiento con suplementos de Ca-VitD al alta 91,1%, calcifediol 28,3%, tratamiento antiosteoporótico 79,3%. Adherencia terapéutica a los 3 meses: Ca-VitD 75,9%, calcifediol 13,8%, antiosteoporóticos 61,5%. Media de porcentaje de Barthel recuperado 78,2 (DE 26,2). El 73,7% de pacientes presentó una recuperación funcional satisfactoria. El 46,3% de los pacientes presentó un empeoramiento en el FAC, asociándose a deterioro cognitivo moderado-grave (p = 0,002). Análisis univariado: relación entre el porcentaje de Barthel recuperado y: edad (p = 0,001), deterioro cognitivo moderado-severo (p = 0,001), estancia media (p < 0,001) y VitD al ingreso (p = 0,016). En el modelo final permanecen como factores asociados a una recuperación satisfactoria la edad OR 1,08 (IC95% 1,012-1,163), deterioro cognitivo moderado-grave OR 3,054 (IC95% 1,24-7,55) y estancia media OR 1,084 (IC95% 1,03-1,14). Encontrándose una tendencia estadística con niveles de VitD > 20 OR = 1,63.
Conclusiones: A pesar de que los parámetros más influyentes en la recuperación funcional satisfactoria a corto plazo encontrados fueron la edad, estancia media y la presencia de deterioro cognitivo avanzado; se observó un incremento del riesgo de presentar peor recuperación funcional con deficiencia de vitamina D.

PC-212. MUSICOTERAPIA EN ANCIANOS CON DEMENCIA: ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL?

A. González Ramírez[1], C. Pablos Hernández[1], C. Massegú Serra[2], C. Miranda Pereda[3] y M. Sequera Martín[3]
[1]Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. [2]Centro LESCER de Atención a Daño Cerebral, Madrid. [3]Huella Sonora Musicoterapia, Gijón.

Objetivos: El interés por la musicoterapia (MT) y su posible efecto terapéutico está generando una significativa cantidad de investigación reciente intentando definir más en detalle los efectos de la música sobre el cerebro y su aplicación práctica en el campo de las demencias. Presentamos una actualización respecto al uso de la MT en demencias, sus particularidades en el anciano, las principales técnicas empleadas y las bases neuropsicológicas que avalan su uso, así como el estado actual de la investigación en este campo.
Métodos: Revisión sistemática y síntesis narrativa de publicaciones con revisión por pares en PubMed MEDLINE, EMBASE y Cochrane Database (1996-2017).
Resultados: *Bases neuropsicológicas:* evidencia de activación cerebral global con puesta en marcha de procesos sensoriales, atencionales y mnésicos; activación de parte del sistema de neuronas espejo; potenciación de la integración multisensorial y la plasticidad cerebral; implicación en la prosodia y sintaxis; activación de corteza orbitofrontal y cingulada, inhibición amigdalar, hipocampal izquierda y del córtex prefrontal ventromedial; mayor actividad parasimpática, modificación en las concentraciones séricas de melatonina y cromogranina A salivar. Tipos de intervención: preventivas y terapéuticas. Hechos diferenciales: repertorio, ritmo y tempo, extensión vocal, volumen e instrumentación. Técnicas: audición, canto, interpretación, juegos musicales, improvisación y movimiento. Herramientas de valoración: AMT-CSD (Munk-Madsen); STAM-Dem (Ceccato); MTAT (Glynn); IEM (Mercadal-Brotons); SEMPA (Mateos, del Moral y San Romualdo). Interpretación de metaanálisis: calidad, metodología, objetivos y resultados diversos. No recomendación, no rechazo. Excesiva heterogeneidad en los estudios que impide validación y análisis

agrupado. Efecto positivo, no significativo, en cuanto a mejoras conductuales. Efectos más grandes observados en la esfera cognitiva (sobre todo a corto plazo) y en tareas espaciales (atención). Cambios fisiológicos, homogéneos y significativos. Mayor efectividad de intervención individual frente a grupal.
Conclusiones: Existe un amplio conocimiento respecto a los efectos de la música en el cerebro a nivel fisiológico. Ciertas particularidades respecto a técnicas empleadas y peculiaridades del anciano han de ser tomadas en cuenta en la aplicación práctica de la MT en este subgrupo de población. El estudio de la MT en demencia sigue precisando de metodologías más rigurosas, principalmente en la selección de poblaciones, objetivos y tipo de intervenciones.

PC-213. EL AJUSTE FARMACOLÓGICO EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRÍA: PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA

C. Pablos Hernández, A. González Ramírez, R. Pérez López, J.M. Julián Enríquez, M.A. García Iglesias, C. Hernández Pascual y J.F. Blanco Blanco
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: La polifarmacia es un fenómeno común en el anciano, siendo una fuente muy importante de comorbilidad y efectos adversos. El ingreso hospitalario a consecuencia de una patología quirúrgica aguda tan prevalente en este rango de edad como es la fractura de cadera puede ser una oportunidad de oro para la conciliación y ajuste de los tratamientos previos.
Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo que engloba a los pacientes ingresados por fractura de cadera en la Unidad de Ortogeriatría valorados por farmacólogo bajo supervisión de Geriatría (2016). Fuentes de información: Medora®, Jimena®, Farmatools®. Base de datos y análisis estadístico: File Maker®.
Resultados: 240 intervenciones sobre 109 pacientes. Edad media 86 ± 8 años. 77,6% mujeres. 3,7 ajustes de tratamiento por cada 6,2 días de trabajo. Consumo al ingreso de 8,6 medicinas por paciente. Cambios por ausencia de principio activo en el hospital: 19,16%. Ajuste posológico en el 80% de los pacientes (de los cuales los más frecuentes fueron: antihipertensivos 45% y antidiabéticos 35%). Cambio a opciones terapéuticas más adecuadas al paciente anciano: 83,3% de los pacientes (66,67% de estos cambios fueron en la esfera de tratamientos psicotrópicos). Subanálisis de medicación psicotropa: retirada de tratamientos en el 66,67% de casos (11,76% retirada de 2 o más fármacos). Suspensión por tipo de fármaco: benzodiacepinas 86,27%, hipnóticos 9,80%, antidepresivos tricíclicos 3,92%. Reducción de dosis: 19,61%. Reducción en la frecuencia de administración: 17,65%.
Conclusiones: La conciliación terapéutica es una práctica clínica cotidiana en nuestra Unidad de Ortogeriatría, en donde se trata a pacientes de elevada edad media y grandes cuotas de polifarmacia. En cuanto a los ajustes de posología, los cambios más habituales en nuestra muestra fueron los relacionados con antihipertensivos y antidiabéticos orales. Las medicaciones más frecuentemente retiradas en este análisis resultaron ser los psicofármacos (2/3 del total), sobresaliendo de forma llamativa entre los mismos las benzodiacepinas.

PC-214. IMPACTO DEL USO DE ANTICOAGULANTES EN LAS COMPLICACIONES Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

K.L. Quiñones Huayna, L.D.R. Evangelista Cabrera, P. Cabezas Alfonso y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar el impacto del uso de anticoagulantes en las complicaciones y mortalidad intrahospitalaria, en pacientes ancianos con fractura de cadera.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes > 65 años ingresados por fractura de cadera por fragilidad (enero 2015-diciembre 2016). Se recogieron variables demográficas, funcionales, comorbilidad (I. Charlson-ICh-), tipo de fractura, estancia prequirúrgica (Est-Preq), estancia media (EstM), número de fármacos (NroFarm), uso y tipo de anticoagulantes. Parámetros analíticos: hemoglobina al ingreso (Hb-ing), al alta (Hb-alta) y cifra más baja durante el ingreso (Hb-más-baja), plaquetas, perfil de sideremia, INR. Necesidad de hemoderivados. Complicaciones y exitus durante el ingreso. Análisis estadístico: chi cuadrado, U de Mann-Whitney, regresión logística binaria. IC95%. SPSS 23.0.
Resultados: n = 694. Edad 85,0 (DE 7,0), mujeres 77,9%. I. Barthel 85 (RI 65-95), FAC 4 (RI 3-5), Lawton 3 (RI 0-6), I. Ch 6 (RI 4,9-7,5). Tipo de fractura: pertrocantérea 47,0%, subcapital 40,7%. El 16,7% se encontraban anticoagulados (acenocumarol 84,5%, nuevos anticoagulantes 10,3%, heparina bajo peso molecular 5,2%). Motivo de anticoagulación: arritmias 82,6%, tromboembolismo 13,0%, profilaxis por inmovilidad 4,3%. En los pacientes anticoagulados: Est-Preq 4,4 (RI 3,5-5,8), EstM 12,2 (RI 8,3-18,1), NroFarm 6 (RI 4-8), INR 2 (RI 1,0-2,0), Hb-ing 12,6 (DE 1,7), Hb-más-baja 8,9 (DE 1,3), Hb-alta 10,5 (DE 0,9), Número de concentrados de Hematíes 2 (RI 1-4). Se encontró asociación significativa entre el uso de anticoagulantes y ser mujer ($p = 0,021$), desarrollar insuficiencia cardiaca durante el ingreso (IC-ing) ($p < 0,01$), neumonía ($p = 0,003$), ASA ≥ 3 ($p < 0,001$), NroFarm ($p < 0,001$), Epst-Preq ($p < 0,001$), EstM ($p = 0,002$), I. Ch ($p = 0,001$), plaquetas ($p = 0,03$), INR ($p < 0,001$), transferrina ($p = 0,001$). En el análisis de regresión logística, el uso de anticoagulantes se asoció a un mayor riesgo de: Retraso quirúrgico (> 48h) (OR = 6,9; IC95%: 2,7-17,3), estancia media (OR = 1,9: IC95%: 1,2-2,8) y de desarrollar IC-ing (OR = 3,4: IC95%: 2,2-5,4). No se encontró asociación entre el uso de anticoagulantes y mayor anemización, transfusión o exitus.
Conclusiones: El uso de anticoagulación se asocia a mayor riesgo quirúrgico (ASA), polifarmacia y comorbilidad. Los pacientes anticoagulados tienen un mayor tiempo de estancia prequirúrgica, estancia media y riesgo de desarrollar Insuficiencia Cardiaca. No se encontraron diferencias entre valores de hemoglobina, grado de anemización, necesidad de hemoderivados o mortalidad.

PC-215. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL USO DE ANTIAGREGANTES EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

K.L. Quiñones Huayna, L.D.R. Evangelista Cabrera, P. Cabezas Alfonso y J. Mora Fernández
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar el efecto del uso de antiagregantes en la morbimortalidad de pacientes ingresados por fractura de cadera.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron > 65 años ingresados por fractura de cadera por fragilidad entre enero 2015 a diciembre 2016. Se recogieron variables demográficas, funcionales, comorbilidad (I. Charlson ajustado por edad-I. Ch-), relacionadas con la fractura, polifarmacia (> fármacos), uso y tipo de antiagregantes. Parámetros analíticos: Hemoglobina al ingreso (Hb_ing), al alta (Hb_alta), valor más bajo durante el ingreso (Hb_más_baja), Plaquetas. números de concentrado de hematíes transfundidos, complicaciones y exitus durante el ingreso. Análisis estadístico: chi cuadrado, U Mann-Whitney, IC95%. SPSS 23.0.
Resultados: Se incluyeron 698 pacientes. Edad 85,0 (DE 7,0), el 77,9% fueron mujeres. Tenían una mediana de I. Barthel 85 (RI 65-95), FAC 4 (RI 3-5), Lawton 3 (RI 0-6), I. Ch 6 (RI 4,9-7,5). El 47,0% tuvo una fractura pertrocantérea y el 40,7%. subcapital. Utilizaban antiagregantes el 32,2% (AAS100 76,4%, AAS300 10,3%, clopidogrel 8,9%, doble antiagregación 1,3%, otros 3,1%). Motivo de antiagregación: prevención primaria 43,1%, ictus 20,0%, arritmias 14,7%, tromboembolismo 0,9%, cardiopatía isquémica 18,7%, otros 2,7%. En los pacientes antiagregados: I. Barthel 80 (RI 55-95), Hb_ing 12,45 (RI 11,2-13,6), Hb_alta 10,4 (RI 9,7-11,0), Hb_más_baja 8,6 (RI 8,0-9,3), Número de concen-

trados de hematíes 2 (RI 1,0-3,0). Se encontró asociación significativa entre el uso de antiagregantes y ser mujer (p = 0,019), desarrollar delirium durante el ingreso (p = 0,003), tener un menor I. Barthel (p = 0,006), FAC < 4 (p = 0,006), I. Lawton < 3 (p = 0,003), I. Ch ≥ 6 (p < 0,001), polifarmacia (p < 0,001), I. Ch (p < 0,001), Hb_más_baja (p = 0,003), Estancia media (p = 0,028), no se encontró asociación entre el uso de antiagregantes y estancia prequirúrgica, necesidad de transfusión o exitus durante el ingreso.
Conclusiones: Los pacientes antiagregados de nuestra muestra tienen una peor situación funcional basal, mayor comorbilidad y polifarmacia. Se encuentra asociación entre el uso de antiagregantes y un mayor tiempo de estancia media y mayor grado de anemización y no se encontró asociación entre el uso de antiagregantes y estancia prequirúrgica, necesidad de transfusión o exitus durante el ingreso.

PC-216. DOCTOR, TENGO UNA ROZADURA EN EL PIE

K. Reynoso de los Santos, J. Caballero Palacio, J.L. González Guerrero, L. Morillo Blanco, P. Martínez Velasco, J.M. Ortega Morente y E. Núñez Vaquerizo
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Detectar signos de alarma en patologías frecuentes, pero con presentaciones atípicas, con el objetivo de poder intervenir de una forma oportuna y mantener la funcional del paciente.
Caso clínico: Paciente de 78 con los siguientes antecedentes: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia. En la valoración geriátrica presenta independencia para las actividades de la vida diaria con un Barthel 90 puntos, no deterioro cognitivo e institucionalizado. En tratamiento con ibersartan 300 mg, metformina 850, simvastatina 20 mg. Derivado desde consulta de atención primaria por presentar alteración de la marcha de meses de evolución. Refiere dolor gemelar cuando camina unos 200 metros y disminución de la sensibilidad en ambos miembros inferiores. Presenta lesión ulcerada en borde externo de pie derecho, que le molesta para deambular y lo relacionaba con una "rozadura" por el contacto del calzado. En la exploración física destaca lesión nodular ulcerada a nivel de tercio distal en borde externo del pie derecho, forma redondeada de unos 2 cm de diámetro, bordes indurados y elevados, fondo friable. No se palpa pulso pedio ni tibial posterior en la extremidad afectada, hiperqueratosis plantar. Se decide explorar la sensibilidad vibratoria mediante diapasón con pérdida de umbral protector y prueba del monofilamento 5,07, que confirmó la disminución de la sensibilidad. Valoración del equilibrio y neurológica sin ninguna alteración. Dadas las características de la lesión e impresión de malignidad, se decide derivar a consulta externa de Dermatología para valoración y realización de biopsia. El estudio anatomo-patológico fue informado como cordones de queratinocitos, con citoplasma abundante, mitosis, anaplasia y queratinización. Clasificación histológica de Broders Indiferenciado. Diagnosticando de ca epidermoide.
Discusión: El carcinoma de células escamosas o epidermoide, es un tumor maligno, infiltrante y destructor, derivado de los queratinocitos epitelial que origina metástasis por vía linfática y hemática. Aparece como resultado de factores carcinogénicos externos como la exposición a la luz solar, exposición a radiaciones ionizantes, infección del virus del papiloma humano y factores internos como Inmunosupresión, cambios cutáneos preexistentes. En este paciente la presentación es atípica por lo que debemos siempre estar alerta ante los signos de alarma en enfermedades comunes.

PC-217. ESTUDIO FUNCIONAL Y DE COMORBILIDAD EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE UN AÑO

K. Quiñones, E. Toral, V. Garay, M. Salas, E. Lueje y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir el estado funcionalidad y de comorbilidad en pacientes ingresados en una Unidad de Agudos de Geriatría (UGA) durante un año, categorizado por edad y sexo.
Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes ingresados en Unidad de Agudos de Geriatría de un hospital de tercer nivel, febrero de 2013 hasta febrero de 2014 (N = 952). Se excluyen reingresos durante dicho periodo resultando una muestra n = 804. Valorando en el ingreso escalas de funcionalidad (Barthel, Lawton, FAC) y comorbilidad (el Índice de Charlson ajustado por edad (IChAE) y la escala CIRS-G). Se realiza descripción y comparación por sexo y edad (categorizada en 4 grupos etarios) utilizando el método no paramétrico de Kruskal-Wallis con el programa estadístico de SPSS 23.0.
Resultados: N = 804 pacientes (edad media: 87,61 ± 6,30. Mujeres 547 (67,4%). Grupos etarios: < 79: 11,1% (73) de los cuales mujeres 50 (68,48%) con Barthel: 50 (10-93,75) Lawton: 0 (0-6) FAC: 3 (0-5) IChAE: 5 (4-6) CIRS: 17 (13-19). Hombres 23 (31,5%) Barthel: 55 (15-90) Lawton: 0 (0-4) FAC: 3 (1-5) IChAE: 7 (5-9) CIRS: 17 (13-22). 80-84: 20,8% (167) de los cuales mujeres: 110 (65,9%) con Barthel: 60 (5-90) Lawton: 0 (0-4) FAC: 3 (4-6) IChAE: 6 (5-7) CIRS: 16 (12-20). Hombres 57 (34,1%) Barthel: 60 (15-95) Lawton: 0 (0-5) FAC: 3 (1-5) IChAE: 6 (5-8) CIRS: 18 (13-23). 85-89: 31,2% (251) de los cuales mujeres: 169 (67,3%) con Barthel: 61 (16-90) Lawton: 0 (0-4) FAC: 3 (1-5) IChAE: 6 (5-8) CIRS: 17 (12-21). Hombres 82 (32,7%) Barthel: 60 (30-90) Lawton: 1 (0-5) FAC: 3 (2-5) IChAE: 7 (5-8) CIRS: 18 (13-22). ≥ 90: 38,9% (313) de los cuales mujeres: 212 (67,7%) con Barthel: 47 (15-70) Lawton: 0 (0-2) FAC: 2 (0-4) IChAE: 7 (6-8) CIRS: 17 (13-21). Hombres 101 (32,3%) Barthel: 55 (15-85) Lawton: 0 (0-3) FAC: 3 (1-4) IChAE: 8 (6-10) CIRS: 17 (13-22). Se compara la funcionalidad y la comorbilidad en función del sexo y edad siendo los resultados no significativos clínicamente.
Conclusiones: 1) Los pacientes geriátricos son predominantemente mujeres. 2) Los pacientes geriátricos presentan alta comorbilidad. 3) No se observan diferencias clínicamente significativas en la funcionalidad ni comorbilidad independientemente de edad y género.

PC-218. IMPLEMENTACIÓN PRÁCTICA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA PERSONAS FRÁGILES EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Burbano Torres y L.M. Pérez Bazán
Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

Objetivos: En personas mayores de la comunidad, la fragilidad es un estado de vulnerabilidad que condiciona un riesgo elevado de discapacidad y otros eventos adversos. Con el objetivo de optimizar el manejo de personas mayores frágiles en su entorno habitual, creamos el Programa de Atención Integrada a la Fragilidad, entre atención primaria y geriatría, en un centro de atención primaria (CAP).
Métodos: Un geriatra i un fisioterapeuta aplican una valoración geriátrica integral a pacientes frágiles (cribados mediante escala Gerontopôle por el equipo de primaria) en el CAP. La valoración geriátrica integra incluye también función física (Short Physical Performance Battery, SPPB) y revisión de polifarmacia. El plan de tratamiento individual, ajustado a las necesidades detectadas, se basa en: modificación de tratamiento, consejo nutricional y programa de actividad física (PAF), de 10 sesiones grupales 1 hora/semana, dirigidas por un fisioterapia (ejercicios funcionales de resistencia, flexibilidad y aeróbicos). Realizamos seguimiento a 3 meses.
Resultados: De 69 personas incluidas en 6 meses (edad media ± DE 85,5 ± 5,0 años, 70% mujeres), 42% vivía solos; a pesar de una buena capacidad funcional (Barthel = 95, RIQ = 90-100 y Lawton = 5, RIQ = 3-7,5), el 57,9% era al menos "vulnerable" por la Escala de Fragilidad Clínica de Roockwood y presentaba función física alterada (SPPB ± DE = 6,5 ± 2,8, velocidad de la marcha (VM) ± DE = 0,66 ± 0,16 m/seg, 34% con caídas en el último año). Además, pese a baja comorbilidad (Charlson = 1, RIQ = 1-2), el 84,3% presentaba polifar-

macia (> 5 fármacos, promedio ± DE = 7,4 ± 3,6). Incluimos 94% en PAF, 97% recibió educación sanitaria y 64% requirió ajuste farmacológico. A 3 meses (N = 26 valorados), 73,5% completaron ≥ 7,5 sesiones del PAF, mejorando significativamente en función física: SPPB final ± DE = 8,6 ± 1,9 ptos (mejora promedio = 1,9, IC95% = 1,2-2,7, p < 0,001) y VM final ± DE = 0,8 ± 0,15m/seg (mejora promedio = 0,1, IC95% 0,06-0,14, p < 0,001). En el 20% retiramos psicofármacos.
Conclusiones: Según nuestros resultados, una intervención multidisciplinar e integral geriátrica en personas mayores frágiles mejora la función física y podría revertir la fragilidad a 3 meses.

PC-219. ESTADO NUTRICIONAL Y BIENESTAR EN CENTROS RESIDENCIALES

S. Fragueiro Vilanova, P. González Sampedro, B. Fernández Taboada, C. Iglesias Arévalo, M.E. López Martínez y A.T. Ortiz Pérez
Centro Residencial Geriatros Ourense, Ourense.

Introducción: Es de sobra conocida la importancia del estado nutricional en la evolución de diferentes patologías clínicas y del estado de salud general. Esta influencia se acentúa en las personas mayores en situación de vulnerabilidad que precisan cuidados sociosanitarios.
Objetivos: Estudiar la evolución del estado nutricional de las personas atendidas en los centros residenciales de la organización.
Métodos: Se realiza un análisis del estado nutricional de los ingresos en 2015 y al año de estancia.
Resultados: Se analizan los datos disponibles de 632 personas (70,9% mujeres) con una edad media de 81,09 (dt = 9,28) al ingreso. Es necesario señalar que el 72,9% (461) tenía 80 o más años de edad. El estado nutricional se valoró con el MNA. La puntuación media al ingreso fue de 19,68 (dt = 4,15) y al año 20,79 (dt = 4,23). Esta diferencia es estadísticamente significativa (p < 0,05). Al ingreso únicamente un 17,4% de los casos (110) tenían un estado nutricional satisfactorio, un 61,4% (388) se encontraban en riesgo de desnutrición y un 21,2% (134) en desnutrición establecida. Al año, estos porcentajes varían al 28,5% (180), 57% (360) y 14,5% (92), respectivamente. Al analizar la evolución por grupos, se observa que del total que tenían un estado nutricional satisfactorio al ingreso el 58,18% (64) lo mantiene, el 38,18% (42) pasan a situación de riesgo y un 3,64% (4) a desnutrición. De las personas en situación de riesgo nutricional al ingreso, al año un 27,58% (107) mejoran su estado a normativo, el 62,89% (244) se mantiene en riesgo y el 9,54% (37) empeoran a desnutrición establecida. Finalmente, de las personas en estado de desnutrición, un 6,72% (9) mejoran a normativo y un 55,22% (74) pasan a riesgo y el resto (38,06%; 51) se mantiene en estado de desnutrición. Mediante el análisis de los residuos tipificados corregidos se puede afirmar que se produce un mantenimiento de estado nutricional por encima de lo esperado.
Conclusiones: El mantenimiento del estado nutricional es de vital importancia en el manejo del estado clínico de las personas en situación de vulnerabilidad usuarias de centros residenciales y sociosanitarios. Las intervenciones realizadas se muestran efectivas en prácticamente todos los grupos.

PC-220. ANTIBIOTICOTERAPIA SUBCUTÁNEA: EFICACIA Y SEGURIDAD TERAPÉUTICA

O. Duems Noriega y S. Yarlequé León
Hospital de Granollers, Granollers.

Introducción: La subcutánea (SC), se considera como vía alternativa para administración farmacológica con potenciales beneficios en ancianos. El objetivo fue describir la eficacia y seguridad de la antibioticoterapia subcutánea en ancianos con procesos infecciosos agudos, mal acceso venoso, intolerancia oral y límite del esfuerzo terapéutico establecido.
Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en unidad de agudos que requirieron la administración de antibióticos vía SC con fines curativos durante el periodo enero 2012-diciembre 2016. Se recogieron variables del paciente, proceso infeccioso, antibiótico empleado, efectos adversos locales/sistémicos y resultados clínicos/paramétricos.
Resultados: Durante este periodo 368 pacientes recibieron antibióticos SC, edad media 86,6 ± 6,7 años, predominantemente mujeres (64,7%), Barthel medio de 39,7 ± 26,2; deterioro cognitivo en 71,5% de los casos y 31,3% institucionalizados. Un total de 2.446 infusiones SC fueron realizadas de las cuales la mayor proporción correspondieron a ceftriaxona (63,3%), seguido de ertapenem (26,2%) y amikacina (10,1%) con una duración media de 6,65 ± 4,97 días. Los principales focos de infección fueron respiratoria, urinaria y biliar (47,8, 42,9 y 6,5% respectivamente). Los gérmenes más comúnmente aislados fueron *E. coli* (28,3%), *K. pneumoniae* (8,2%) y *P. mirabilis* (5,2%). Se objetivó una baja proporción de efectos adversos (2,7%) siendo el principal la presencia de edema y/o eritema en el sitio de infusión. El fármaco que más efectos adversos presentó fue la amikacina con 8,1% de reacciones adversas en posible relación a la velocidad/volumen de infusión y a la solución empleada como diluyente (glucosado al 5% > fisiológico 0,9%). No se lograron identificar factores relacionados con mala evolución y presencia de efectos adversos. El porcentaje de curación clínica/mejoría fue alta (82,3%), con una disminución significativa de reactantes de fase aguda (PCR y leucocitosis). En 12,2% de pacientes el curso clínico requirió un cambio de abordaje terapéutico a vía endovenosa.
Conclusiones: Los antibióticos vía SC son bien tolerados, con elevado porcentaje de resolución clínica/paramétrica y mínimos efectos adversos de carácter local. Este estudio refuerza a la vía SC como abordaje óptimo en el tratamiento de los procesos infecciosos en pacientes con malos accesos venosos y vía oral no disponible.

PC-221. INSUFICIENCIA RENAL Y SUS FÓRMULAS EN LOS MUY ANCIANOS

V. Guerrero Cedeño, R. Quílez Pina, R. Sander, A. Narvión, A.C. Sanjoaquín y J. Galindo
Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

Objetivos: Evaluar la sensibilidad y especificidad de las diferentes fórmulas (MDRW, CK-EPI, C-G, BIS1) para diagnosticar la enfermedad renal crónica. Valorar con formula HUGE si se debe a proceso fisiológico en mayores de 90 años. Analizar comorbilidad asociada.
Métodos: Estudio cohorte longitudinal prospectivo. Se estudiaron las características de los pacientes mayores de 90 años de Consulta Externa entre 2015 y 2016 en el Sector de Huesca. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidad, resultados analíticos y fármacos. Análisis estadístico con SPSS 20.
Resultados: 200 pacientes. Edad media: 95 ± 2,6. 25% hombres. Barthel: 60 Sobreviven al año: 79,5%. Comorbilidades: HTA 79%, DM 31,5%, dislipemia 42,5%, insuficiencia cardiaca 23,5%, ACV 17,5%, cardiopatía isquémica 10%, cáncer 20,5%, hiperuricemia 19,5%, litiasis renal 3,5% anemia: 33%. Nº fármacos: 5,7, AINES 7%, IECAS 19,5%, metformina 9,5%, ARA 32,5%, diuréticos de asa 40%, tiazidas 18%, ACO 8%, ACOD 5,5%, AAS 20,6. Según CKD-EPI tenían función renal normal 35%, presentaban insuficiencia leve-moderada 53% y grave 12%. Se evaluó sensibilidad (S) y especificidad (E): MDRW4: S 76,2% y E 100%. Cockroft-Gault S 100% y E 67,4%. BIS1: S 100% y E 78,8%. Según fórmula HUGE de los pacientes con filtrados < 60 el 49,2% tenían un deterioro fisiológico asociado al envejecimiento. Objetivamos relación significativa entre enfermedad renal identificada por HUGE y mortalidad al año (p = 0,002) y anemia (p < 0,001). No encontrándola si se analizan todos los pacientes con insuficiencia renal por CKD-EPI. También hemos evidenciado relación entre el grado de insuficiencia renal y la prevalencia de ACV (p = 0,05), hiperuricemia (p < 0,001) y litiasis renal (p = 0,04). Además se observó que los pacientes con albúminas bajas presentaban mejores FG sin llegar a ser significativa.

Conclusiones: Se recomienda utilizar la ecuación BIS1 por su elevada sensibilidad y aceptable especificidad. Las fórmulas actuales sobreestiman el diagnóstico de insuficiencia renal crónica en personas añosas por lo que consideramos aconsejable utilizar de manera complementaria la fórmula HUGE, que además nos aporta valor pronóstico. Según la gravedad de la enfermedad renal se eleva el riesgo de patologías como ACV, hiperuricemia y litiasis.

PC-222. PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS AFECTOS DE ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE DERIVADOS AL MÉDICO GERIATRA

C. Roqueta Guillén[1], N. Leiva Bañuelos[1], M.I. Martínez Fernández[1], A. Sánchez Carpintero[2], B. Vaquerizo Montilla[2], R. Miralles Basseda[1] y O. Vázquez Ibar[1]
[1]Servicio de Geriatría, Parc de Salut Mar, Centro Fórum, Hospital del Mar, Barcelona. [2]Servicio de Cardiología, Parc de Salut Mar, Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar el perfil de pacientes ancianos con estenosis aórtica grave sintomática mediante una valoración geriátrica integral.
Métodos: estudio prospectivo y descriptivo de pacientes con estenosis aórtica grave sintomática derivados a la consulta de geriatría para valoración geriátrica integral. Se registraron: variables sociodemográficas (edad, sexo, convivencia), capacidad funcional (índice de Barthel (IB) e índice de Lawton (IL), situación cognitiva [*Mini-Mental Examination of Folstein* (MNSE)], situación emocional (GDS de Yesavage), estado nutricional [*Mini-nutritional Assessment* abreviado (MNA)], comorbilidad (índice de Charlson) y la presencia de síndromes geriátricos (inmovilidad, úlceras por presión, demencia, *delirium*, depresión, caídas, incontinencia, polifarmacia, estreñimiento, déficit sensorial, desnutrición, trastorno de la marcha).
Resultados: Se evaluaron a 45 pacientes (62,22% mujeres), con una edad media de 82,62 ± 6,09 años. El 33,33% vivían solos y el resto en familia. La media de los parámetros evaluados fue: IL: 5,02 ± 2,05; IB: 94 ± 10,97; MMSE: 26,06 ± 3,40; GDS de Yesavage: 1,84 ± 1,79; índice de Charlson corregido por edad: 6,088 ± 1,22. Síndromes geriátricos: 4 (8,89%) demencia, 5 (11,11%) depresión, 1 (2,22%) *delirium*, 10 (22,22%) caídas previas, 5 (11,11%) incontinencia urinaria, 42 (93,33%) polifarmacia, 5 (11,11%) estreñimiento, 24 (53,33%) déficit sensorial, 2 (4,44%) desnutrición, 6 (13,33%) trastorno de la marcha y 5 (11,11%) insomnio.
Conclusiones: Los pacientes con estenosis aórtica grave sintomática derivados a la consulta de geriatría fueron pacientes de edad avanzada y predominantemente mujeres. Un tercio de los pacientes vivían solos. Presentaron capacidad funcional conservada de las actividades básicas de la vida diaria, afectación de las actividades instrumentales, presentaron buena situación cognitiva, emocional y nutricional, y elevada comorbilidad. La polifarmacia es el síndrome geriátrico más prevalente en la muestra de pacientes estudiada.

PC-223. EL HOSPITAL DE DÍA SOCIOSANITARIO: PERFIL DE LOS USUARIOS Y OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN. UN ABANICO AMPLIO

M.M. Sánchez Rodríguez, M. González, D. Gutiérrez, F. Ferrando, M. Morón, M.C. Cabeza y S. Loutfi
CIS Cotxeres, Barcelona.

Objetivos: El Hospital de Día sociosanitario es un recurso ambulatorio diurno que ofrece atención terapéutica integral por un equipo interdisciplinar. Se dirige a personas con deterioro cognitivo leve o moderado y/o procesos de salud crónicos que pueden vivir en su propio domicilio. El perfil de los usuarios es amplio por lo que se contemplan diferentes patologías y objetivos de la intervención. El objetivo de este trabajo es describir el perfil de los usuarios, los objetivos de la intervención y analizar la relación entre las diferentes variables y el tiempo de estancia en el recurso.
Métodos: Se recogen datos de los usuarios ingresados en el año 2017. En primer lugar se realiza un análisis descriptivo del perfil de los usuarios teniendo en cuenta variables sociodemográficas (edad, género, con quien viven), diagnóstico al ingreso, comorbilidades (índice de Charlson), grado de deterioro cognitivo (GDS de Reisberg y MMSE), presencia de sintomatología depresiva (Yesavage-v5) y grado de autonomía funcional (Barthel y Lawton). Se describen brevemente los objetivos de la intervención y las actividades realizadas. En segundo lugar se relacionan las diferentes variables con el tiempo de estancia en el recurso.
Resultados: El perfil del paciente es de persona de 75 años, 60% mujeres, con deterioro cognitivo leve-moderado (GDS: 3-5). En cuanto al diagnóstico al ingreso, el más prevalente es el de demencia tipo Alzheimer (55%), seguido de DCL en contexto de sintomatología depresiva y/o enfermedades crónicas (20%) y Deterioro cognitivo de etiología vascular (17%). Los usuarios presentan una alta comorbilidad, alta dependencia para las AIVD's (80%) y sintomatología depresiva (35%). El tiempo de estancia en el recurso se relaciona con variables como la edad, el grado de deterioro cognitivo y el diagnóstico al ingreso.
Conclusiones: El Hospital de Día es un recurso que presta atención a un "abanico amplio" de pacientes con diferentes necesidades de atención. Los objetivos de la intervención se ajustan al perfil del usuario, siendo el más frecuente el mantenimiento del estado cognitivo y la rehabilitación funcional. El tiempo de estancia es mayor en personas más jóvenes, con menos procesos de salud crónicos, deterioro cognitivo en grado leve-moderado (GDS: 3-4).

PC-224. ¿SE PARECEN LOS HOMBRES Y LAS MUJERES A PARTIR DE LOS 90 AÑOS?

V. Guerrero Cedeño, R. Sander, R. Quílez, A. Narvión, A.C. Sanjoaquín y J. Galindo
Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

Objetivos: Analizar las diferencias clínicas y epidemiológicas entre hombres y mujeres a partir de los 90 años.
Métodos: Estudio transversal observacional prospectivo. Se estudiaron características de los pacientes mayores de 90 años revisados en Consulta Externa entre 2015 y 2016 en el Sector de Huesca. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidad, datos analíticos, supervivencia al año y fármacos. Análisis estadístico: SPSS 16.
Resultados: 200 pacientes. Edad media: 95 ± 2,6. 75% mujeres. Mujeres: antecedentes: HTA 79%, DM 31,5%, dislipemia 42,5%, insuficiencia cardiaca 23,5%, ACV 17,5%, cardiopatía isquémica 10%, cáncer 20,5%, hiperuricemia 19,5%, litiasis renal 3,5%. Insuficiencia renal 56,3%. Supervivencia al año: 79,5%. Nº fármacos medio: 5,8, AINES 7%, IECAS 19,5%, metformina 9,5%, ARAs 32,5%, diuréticos de asa 40%, tiazidas 18%, ACO 8%, ACOD 5,5%. Albúmina < 3: 9%. Hombres: HTA 80%, DM 28%, dislipemia 42%, insuficiencia cardiaca 26%, ACV 24%, cardiopatía isquémica 8%, cáncer 32%, hiperuricemia 32%, litiasis renal 6%. Insuficiencia renal 52%. Supervivencia: 70%. Nº fármacos medio: 5. AINES 8%, IECAS 22%, metformina 4%, ARAs 24%, diuréticos de asa 24%, tiazidas 8%, ACO 8%, ACOD 10%. Albúmina < 3: 10%. Los varones presentaron más cáncer (p = 0,02) e hiperuricemia (p = 0,01). En las mujeres se usaron más tiazidas (p = 0,03) y presentaban anemia en mayor proporción (p = 0,02). No se hallaron diferencias en cuanto a presencia de insuficiencia renal crónica, otras comorbilidades, estado nutricional ni mortalidad.
Conclusiones: Aunque no encontramos diferencias significativas en cuanto a mortalidad el grupo de varones es mucho más reducido que el de mujeres y además fallece en un mayor porcentaje. Al ser una población "sana" observamos que el número de pacientes con parámetros nutricionales bajos es poco numeroso a pesar de lo añosos. En los varones nonagenarios es menos habitual el uso de tiazidas y es más prevalente el cáncer y la hiperuricemia.

PC-225. ESTIMULACIÓN COGNITIVA MULTIMEDIA EN PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE: UN GRUPO DE INTERVENCIÓN EN UN HOSPITAL DE DÍA

M.M. Sánchez Rodríguez, L. Fernández, L. Risco, M. Portugués, C. Sanz, M. Pérez y M.A. Rovira
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. Se realizan terapias no-farmacológicas con el objetivo de rehabilitar los déficits cognitivos y mantener las funciones preservadas. Se lleva a cabo estimulación cognitiva multimedia de manera individual y grupal. En el año 2017 se ha iniciado tratamiento grupal con tecnología multimedia (plataforma Neuronup). El objetivo de este trabajo es describir el grupo de intervención y valorar el grado de satisfacción con el programa y cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
Métodos: Se realizó un grupo de estimulación cognitiva multimedia con usuarios que presentan un deterioro cognitivo en grado leve (GDS: 3). Las sesiones de una hora de duración tenían una frecuencia semanal durante 3 meses y eran dinamizados por una psicóloga clínica. Se recogió información sobre el perfil cognitivo de los usuarios (grado de deterioro y diagnóstico) y datos sociodemográficos (sexo, edad). Al final de la intervención se recogió información de la satisfacción con el programa mediante un cuestionario.
Resultados: El perfil del paciente que participó en el grupo es de persona de 75 años, 60% mujeres, con deterioro cognitivo leve (GDS: 3). En cuanto a la orientación diagnóstica el perfil es de DCL de etiología vascular, DCL compatible con demencia tipo Alzheimer en fase inicial y DCL en contexto de patología psiquiátrica. Los usuarios refieren una elevada satisfacción con el grupo y lo prefieren sobre la estimulación cognitiva clásica (formato lápiz y papel) o bien les gusta combinar las dos modalidades de tratamiento. Consideran que ayuda a mejorar su memoria y aumenta su autoestima personal. A nivel cualitativo también refieren propuestas de mejora.
Conclusiones: Las personas mayores con DCL de diferentes etiologías se benefician de una intervención de estimulación cognitiva en formato grupal. El perfil de usuario es de persona con deterioro cognitivo leve, ya sea por proceso degenerativo en fase inicial, demencia vascular o diagnóstico psiquiátrico. Como limitación del estudio, no es posible estudiar independientemente el efecto del grupo multimedia ya que la intervención está integrada en el programa de tratamiento no-farmacológico de la unidad.

PC-226. UROCULTIVOS Y SENSIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS EN EL CSS EL SABINAL DURANTE EL AÑO 2016

C.D. Acosta Morales, J.R. Rodríguez Gálvez, J.C. Pérez Betancor, A. Marrero Santana, R. Santana Cabrera y J.R. del Rosario Dámaso
CSS El Sabinal, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar los gérmenes responsables de las infecciones de orina en el Centro Socio-Sanitario El Sabinal y su sensibilidad in vitro a antibióticos, como base para la elección del tratamiento empírico idóneo.
Métodos: Se analizaron los registros de todos los urocultivos positivos realizados en el año 2016 a los residentes del Centro Socio-Sanitario El Sabinal. Las variables que se recogieron fueron: edad, sexo, incontinencia urinaria, incontinencia mixta, sonda vesical, utilización de absorbente (pañal), grado de movilidad (autónomo, cama-sillón, encamado), diabetes, otras enfermedades del tracto urinario, gérmenes presentes y sensibilidad antibiótica. Para el tratamiento de los datos se utilizó un programa informático de análisis y gestión de datos estadísticos.
Resultados: De los 168 urocultivos positivos, el 79% corresponde a mujeres y el 21% a hombres. El 86% presenta incontinencia mixta y el 48% pacientes encamados. La edad media fue de 81 años. Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron: *Escherichia coli* (55,3%), *Proteus mirabilis* (14%) y *Klebsiella* (9%). Los antibióticos más eficaces *in vitro* fueron: nitrofurantoína (64,2%), amoxicilina-clavulámico (49,4%), gentamicina (48,8%). Se observó sensibilidad similar a cefuroxima (45,2%) y trimetoprim (43,4%). Los antibióticos que se mostraron menos sensibles fueron: quinolonas (7,1%) y cefalosporinas de 3ª G (9%).
Conclusiones: Los gérmenes encontrados no difieren de otros encontrados en estudios previamente realizados. Por el resultado obtenido, en nuestro centro, ante un combur test positivo, se aconseja utilizar nitrofurantoína como antibiótico de elección en espera del resultado del urocultivo Como alternativa, podemos considerar amoxicilina-clavulánico, No se aconseja la utilización de quinolonas como tratamiento empírico de elección.

PC-227. FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN SUJETOS DE UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE CAÍDAS. PREVALENCIA Y RELACIÓN CON CAÍDAS DE REPETICIÓN

M. Esbrí Víctor, M. López Utiel, I. Huedo Ródenas, S. Lozoya Moreno, L. Plaza Carmona, M. Martínez Reig y P. Abizanda Soler
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Describir la prevalencia de los diferentes factores de riesgo de caídas en una cohorte de ancianos de la consulta específica. Analizar su relación con la presencia de caídas recurrentes.
Métodos: 183 mayores de 65 años, con al menos una caída en el año previo, valorados en la consulta específica de caídas. Se recogieron el número de caídas previas y factores de riesgo de caída: fármacos psicótropos, patología neurológica, alteración en marcha o equilibrio, síndrome de temor a caer (STAC), déficit visual, debilidad muscular, demencia, fragilidad, depresión y discapacidad previa (Barthel < 90). Se analizó la relación de los diferentes factores con la presencia de caídas recurrentes (≥ 2 en el año previo) mediante regresión logística ajustada por edad, género y comorbilidad.
Resultados: Edad 78,4 (DE 5,6. rango 65-92). Hombres 36, mujeres 147 (80,3%). Barthel 90,5 (DE 9,9). Lawton 5,5 (DE 2,3). MMSE 21,9 (DE 4,7). Yesavage 5,4 (DE 3,5). Frágiles 98 (53,6%), prefrágiles 78 (42,6%), robustos 7 (3,8%). Número medio de caídas en el año previo: 3,4 (DE 2,9). 135 sujetos (73,8%) presentaron caídas recurrentes. Media de factores de riesgo por sujeto: 7,4 (DE 1,9). Factores de riesgo más prevalentes: alteración de marcha y equilibrio 171 sujetos (93,1%), déficit visual 165 sujetos (90,2%), debilidad muscular 150 sujetos (82%), uso de fármacos psicótropos 143 sujetos (78,1%), STAC en 137 sujetos (74,9%), enfermedades neurológicas 124 (67,8%), fragilidad 102 (55,7%) y depresión 94 (51,4%). Los menos prevalentes fueron discapacidad previa 53 sujetos (29%) y demencia 41 (22,4%). Tras ajustar por edad, género y comorbilidad, se relacionaron con caídas recurrentes: alteración en marcha/equilibrio (OR 3,64; IC95% 1,02-13,00, p < 0,05), fragilidad (OR 2,37; IC95% 1,17-4,83, p < 0,005) y presencia de enfermedad neurológica (OR 2,11; IC95% 1,02-4,39, p < 0,05).
Conclusiones: Las caídas son un problema multifactorial, en una muestra de sujetos con caídas previas observamos media de 7,4 factores de riesgo por sujeto, siendo los más prevalentes la alteración de marcha y equilibrio, déficit visual, debilidad muscular, uso de fármacos psicótropos y síndrome de temor a caer. La alteración en marcha/equilibrio, la fragilidad y la presencia de enfermedad neurológica se relacionaron de forma independiente con caídas de repetición.

PC-228. USO DE SUJECIONES MECÁNICAS EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. Pérez Panizo, M. Buxó Ayala, M.F. Veras Basora, A.I. López Holguín, E. Sánchez García, D.A. Martínez Rivero y G. Fernández-Gil Simón
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Conocer la prevalencia de sujeciones mecánicas tipo muñequera/tobillera y abdominal en mayores de 70 años, describir su indicación, forma de registro en la historia clínica médica y enfermera.

Métodos: Estudio observacional transversal recogiendo datos mediante observación directa y revisión de historias clínicas, incluyendo pacientes ingresados en 15 servicios médicos o quirúrgicos de edad > 70 años.
Resultados: Se llevó a cabo en 30 unidades de enfermería pertenecientes a 15 servicios. Se observaron 502 pacientes de los que 65,14% eran > 70 años, incluyéndose finalmente 327. La edad media fue de 84,24 años (± 3,70), un 78,57% hombres. Un 4,28% (n = 14) de pacientes estaban con sujeción y en un 2,45% (n = 8) habían sido usadas y estaban sueltas en la habitación, siendo el uso de sujeciones de 6,73% (n = 22) total. En el 40,91%, no estaba pautado su uso, en el 100% no constaba el registro de consentimiento informado, el motivo de la sujeción, el tiempo indicado, ni si habían reevaluado la sujeción. Sólo el 28,57% de los pacientes con sujeción tenían la intervención registrada en los cuidados de enfermería. El tipo de sujeción encontrada fue un 32,26% (n = 10) en ambos miembros superiores, 12,90% (n = 4) de muñequeras en un sólo miembro y un 54,84% (n = 17) de cinturones abdominales. El 35,71% (n = 5) de los pacientes con sujeciones puestas, tenían otras en la mesilla o cama sin usar en ese momento. El uso fue mayor en servicios médicos (72,73%, n = 16) que en quirúrgicos (27,27%, n = 6). De los 22 pacientes, 9 (40,91%) presentaban diagnóstico de demencia, 6 (27,27%) deterioro cognitivo, 10 (45,45%) presentaban un delirium en el momento de uso de sujeción, 2 (9,10%) presentaba dolor, 10 pacientes (45,45%) sondaje vesical, 7 (31,82%) sueroterapia, 8 (36,36%) infección y 5 (22,73%) estreñimiento.
Conclusiones: Casi el 7% de los pacientes hospitalizados mayores de 70 años, presentaban restricción de la movilidad con sujeciones o habían usado sujeción recientemente. No se encontró registro del motivo, del tiempo de sujeción ni del consentimiento del paciente o la familia. Es fundamental el registro de la pauta de sujeción además del motivo y su reevaluación, para asegurar el mejor cuidado en cada caso.

PC-229. PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA: IMPORTANCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO: ESTUDIO PREFISSARC

V. Malafarina[1], C. Malafarina[1], F. Uriz Otano[2], I. Abete Goñi[3], A. Martínez y M.A. Zulet[3]
[1]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. [2]Hospital San Juan de Dios, Pamplona. [3]Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivos: En los ancianos hospitalizados el prolongado encamamiento se asocia a pérdida de masa muscular, hecho que influye negativamente sobre la recuperación funcional. El objetivo del estudio PREFISSARC es valorar la prevalencia y la estudiar la fisiopatología de la sarcopenia en ancianos con fractura de cadera.
Métodos: Estudio observacional, realizado en dos unidades de rehabilitación post agudos. Los pacientes han sido pesados al ingreso y al alta, calculando el índice de masa corporal (IMC). La autonomía en las AVD ha sido medida con el índice de Barthel (IB), la capacidad de la marcha con el *Functional Ambulation Categories* (FAC) y el estado cognitivo con el *Mini Mental State Examination* (MMSE). El estudio de la composición corporal ha sido realizado mediante BIA, al ingreso y al alta. Para clasificar la masa magra apendicular (aLM) reducida han sido utilizados los puntos de corte propuestos por el EWGSOP: aLM ≤ 5,67 Kg/m^2 para las mujeres, y ≤7,25 Kg/m^2 para los varones. El protocolo del estudio ha sido registrado en www.clinicaltrials.gov, con el identificativo: NCT01477086 (19 de octubre de 2011).
Resultados: Se han incluidos 198 pacientes (73% mujeres), edad media 85,6 ± 6,4 años. El 75% presentaban aLM reducida al ingreso, siendo sobre todo varones (90%, p < 0,001), y con IMC significativamente menor que los sujetos con aLM normal (p < 0,001). Los factores asociados con la pérdida de aLM son la edad (p = 0,029), el IB (p = 0,020), el MMSE (p = 0,024), y el FAC de antes de la fractura (p = 0,047). Los sujetos con IMC < 29 Kg/m^2 tenían un riesgo casi 4 veces mayor de perder aLM (RR 3,63, IC95% 1,20-11,0, p = 0,007). En el análisis multivariable, el IMC al ingreso ha demostrado ser el único factor protector contra la perdida de aLM (RR 0,15, IC95% 0,02-0,94, p = 0,043).
Conclusiones: Durante la rehabilitación tras una fractura de cadera, mucho factores influyen sobre el riesgo de perder masa muscular, siendo el IMC > 29 Kg/m^2 el factor protector más importante. El sobrepeso en los ancianos con fractura de cadera, protege contra la pérdida de masa muscular y se asocia a mejor recuperación global.

PC-230. BENEFICIO DE LA COLABORACIÓN ORTOGERIÁTRICA EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y ELEVADO RIESGO QUIRÚRGICO

F. Uriz Otano[1], P. Sáez López[2], N. Sánchez Hernández[2], N. Alonso García[2] y V. Malafarina Calcagno[3]
[1]Hospital San Juan de Dios, Pamplona. [2]Complejo Asistencial de Ávila, Ávila. [3]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Los pacientes con alto riesgo quirúrgico medido por el ASA (American Society of Anesthesiologists score) presentan una mayor mortalidad, estancia hospitalaria más larga, y mayor deterioro funcional. El objetivo de este estudio es valorar los beneficios de la colaboración ortegeriátrica (Orthogeriatric Care Unit, OGCU) en pacientes ancianos con fractura de cadera y con alto riesgo quirúrgico.
Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Han sido incluidos los sujetos ≥ 75 años, con alto riesgo quirúrgico según la clasificación ASA igual o superior a 3, que ingresan con diagnóstico de fractura de cadera tratados con el modelo OGCU, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2013. Los resultados observados en los 140 sujetos incluidos han sido comparados utilizando 177 pacientes históricos de control, que han recibido el tratamiento de traumatología estándar entre el 1 enero al 31 de diciembre de 2010, Uscual care (UC). La valoración de la situación funcional fue realizada mediante el índice de Barthel y la comorbilidad con el índice de Charlson.
Resultados: El tiempo de espera hasta la cirugía fue un 31% (1,6 días) más corto en el grupo OGCU con una media de 3,8 ± 2,5 días. Los factores asociados a cirugía precoz obtenido en el estudio multivariable ajustado por edad, sexo, comorbilidad, situación funcional y demencia son: la ausencia de patología cardiovascular, la ausencia de antiagregantes en su tratamiento habitual, y la intervención geriátrica integral (p < 0,05). La estancia media fue de 13,2 ± 7,8 días. En el análisis multivariable ajustado, los factores que predicen la estancia hospitalaria son la cirugía precoz, y la ausencia de complicaciones (respiratorias, la infección quirúrgicas y úlceras de presión) junto con una intervención geriátrica (p < 0,05).
Conclusiones: El modelo de cuidado ortogeriátrico identifica y maneja de una forma más precisa las complicaciones en los pacientes ancianos con fractura de cadera y alto riesgo quirúrgico, reduciendo la espera quirúrgica, la estancia media y la mortalidad intrahospitalaria. El modelo ortogeriátrico podría representar el estándar en los ancianos con fractura de cadera.

PC-231. MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON DISFAGIA

V. Chazín Tirado y C. Blanco Llamero
Hospital Virgen de la Torre, Madrid.

Introducción: La disfagia es una alteración asociada a las molestias o problemas al tragar. Este tipo de paciente habitualmente cursa con un cuadro de desnutrición en el momento del ingreso.
Objetivos: 1. Diagnosticar estados de malnutrición o de riesgo y evitar que avancen durante la estancia hospitalaria. 2. Adecuar de una forma más precisa, la textura de la alimentación más adaptada a cada

paciente. 3. Mejorar la ingesta del paciente, mejorando la calidad de su dieta.
Métodos: Estudio descriptivo en pacientes de media estancia durante su ingreso hospitalario. Al ingreso, se valora el estado nutricional del paciente con el test MNA. Se evalúa con el EAT 10 la posible disfagia del paciente, si es positivo se le realiza el mecv-v (método de valoración volumen-viscosidad), para poder establecer la textura más adecuada. Desde cocina se le adapta el puré al paciente, diferenciando la textura de la dieta triturada al paciente por problemas de masticación o por problemas motores de deglución. Se crea la dieta de fácil deglución, siendo un paso intermedio entre la dieta túrmix y la dieta de fácil masticación, mejorando la calidad visual y de variedad de platos para el paciente sin necesidad de tener que comer exclusivamente boles de puré. Se les lleva un registro diario durante una semana de sus ingestas, midiendo también su grado de satisfacción.
Resultados: Las ingestas de los pacientes mejoraron en un 83% con la dieta de fácil deglución. La textura más adaptada de cada puré minimiza las posibles complicaciones por broncoaspiración, así como la calidad de su dieta.
Conclusiones: La detección de la desnutrición, así como de la disfagia del paciente al ingreso es necesario para un abordaje precoz. Una alimentación personalizada en los pacientes con disfagia es muy importante para su evolución. La creación de diferentes tipos de dieta y menús atractivos es fundamental para la calidad de vida (entendiendo también su estado emocional) en estos pacientes.

PC-232. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USO DE PSICOFÁRMACOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

P. López Pardo, G. Monedero Cañas, L. Chamorro García
y J.M. Carrascosa Bernáldez
Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, Leganés.

Objetivos: Describir población ingresada en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP), así como analizar el uso de psicofármacos en la llegada de un primer geriatra a una institución psiquiátrica con más de 170 años de historia.
Métodos: Estudio transversal de pacientes ingresados en una UCPP en marzo del año 2017. Se consideran pacientes con perfil psicogeriátrico aquellos mayores de 60 años que ingresan con diagnóstico de trastorno mental grave con persistencia de síntomas más de 2 años. Como variables resultado se analizaron la edad, diagnósticos psiquiátricos principales al ingreso; número y tipo de psicofármacos; situación funcional (índice de Barthel; valor de escala de Cruz Roja Funcional); situación mental (escala de Cruz Roja Mental), caídas, disfagia.
Resultados: Se estudiaron 94 pacientes, con una edad media de 63,73 años. El paciente más joven es varón de 39 años y el más mayor, otro varón de 85 años. El 51,1% eran mujeres. El 59,6% de la muestra cumple criterios de paciente con perfil psicogeriátrico, donde el 41,4% son varones. El índice de Barthel medio es 68/100. Dentro del grupo psicogeriátrico, encontramos un índice de Barthel medio de 57/100 tanto en varones como en mujeres. Los mayores de 75 años (18,1% de la muestra) presentan un deterioro funcional grave establecido. Los diagnósticos más frecuentes de ingreso hospitalario dentro del trastorno mental grave fueron: 1º: esquizofrenia residual (74%), 2º: trastorno histriónico de la personalidad (17,4%), 3º: retraso mental leve (17,3%), 4º: agitación psicomotriz con heteroagresividad (13%), 5º: trastorno delirante crónico (7,4%), 6º: trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar (ambos, 5,3%), etc. Los psicofármacos más utilizados son: 1º: benzodiacepinas(90,9%), siendo las más utilizadas lormetazepam, diazepam, clorazepato dipotásico; antipsicóticos atípicos (72,7%), siendo los más frecuentes clozapina, clotiapina, risperidona; antipsicóticos típicos (54,5%), destacando haloperidol, zuclopentixol; ISRS (18,8%), entre los que destaca paroxetina; antidepresivos tricíclicos (9,1%). Presencia de polifarmacia (97%). El 9,1% de la muestra presenta síndrome de caídas, el 23,4% deterioro cognitivo y el 13,8% disfagia mixta severa; siendo todos ellos de perfil psicogeriátrico.
Conclusiones: Los pacientes con perfil psicogeriátrico presentan múltiples síndromes geriátricos, destacando dependencia funcional y trastornos del movimiento, por lo que resulta necesario en estos pacientes con edad cronológica menor el tratamiento por parte de Geriatría.

PC-233. IMPORTANCIA DE LAS MEDIDAS DE INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS MAYORES CON OBESIDAD CENTRAL

E. Rodríguez Sánchez, E. de Dios Rodríguez, J. Unzueta Arce,
S. Mora Simón, S. González Sánchez, M. Meigide García
y L. Vannay Allasia
Unidad de Investigación Alamedilla, IBSAL, Salamanca.

Introducción: El propósito de este estudio fue describir la relación entre las medidas de actividad física medida con podómetros y con cuestionario y las variables antropométricas en una muestra aleatoria de adultos mayores de la comunidad.
Métodos: Estudio observacional transversal en una submuestra del estudio NEDICES-2. Se descartaron aquellos que presentaban fragilidad (criterios de Fried) o no cumplían criterios de idoneidad para realizar ejercicio físico. Se han evaluado 147 participantes, de entre 55 y 98 años (edad media: 69,95). El 60% eran mujeres. Se han empleado podómetros digitales validados (Omron HJ-321 TriAxial) que miden durante 7 días consecutivos los pasos que realiza el individuo, y el cuestionario IPAQ para estimar la actividad física percibida por los pacientes. Los parámetros antropométricos incluyeron el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura.
Resultados: El numero medio diario de pasos y pasos aeróbicos fue significativamente mayor en los varones (9.295,78 ± 4.567,96) que en las mujeres (4.255,51 ± 3.907,41). Los que presentaban obesidad central, respecto a los no obesos, realizaron de media/día menos pasos totales (7.489,83 ± 3.215,32 vs 8.684,97 ± 4.040,35) y aeróbicos (2.624,78 ± 1.924,01 vs 3.744,18 ± 3.423,03) (p = 0,039). Sin embargo, con el cuestionario IPAQ, que estima la actividad física en METS/min/semana, declararon que realizaban mayor actividad los obesos (3.835,11 vs 2.821,60) y realizaban actividad vigorosa con más frecuencia: el 50% de los obesos y el 32% de los no obesos.
Conclusiones: La medida de pasos total y aeróbicos se asocian significativamente con la obesidad central. Este resultado es importante para las personas mayores que son más propensos a realizar actividades de baja intensidad en lugar de actividades moderada o alta intensidad. Sin embargo, la discrepancia observada con los resultados del cuestionario, advierten del riesgo de infraestimar los beneficios de la actividad física en personas mayores con obesidad. Nuestros resultados indican que es importante utilizar las medidas objetivas de la intensidad para evaluar el efecto de la actividad física en los mayores.

PC-234. FACTORES ASOCIADOS A INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M.G. Pezo Morales, M. Rahmoni, N. Bosacoma Ros,
S. Albors Freixedas y M.D.L.R. Toda Saball
Hospital de Palamós, Girona.

Objetivos: Identificar factores asociados a la presencia de infecciones respiratorias en pacientes ancianos hospitalizados con diagnóstico de fractura de cadera.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se estudian los pacientes ≥ 75 años ingresados con diagnóstico de fractura de fémur proximal en el servicio de traumatología de un hospital comarcal

durante el primer semestre del 2016. Haciendo uso del programa SPSS versión 20.0 se evaluó correlación de variables cualitativas con prueba de Chi cuadrado y de variables cuantitativas con ANOVA, considerándose estadísticamente significativa p < 0,05.
Resultados: Se incluyeron un total de 77 pacientes, con edad media de 85 ± 6 años (75-105), siendo 55 (71%) mujeres. El índice de Charlson modificado fue de 5,5 ± 1,6 (3-12) y el índice de Barthel (IB) 69,6 ± 34,7 (10-100) con IB < 60 en un 36,4%. No se realizó intervención quirúrgica en 15 (19,5%) de los pacientes, siendo la estancia hospitalaria 9,6 ± 6 días (0-38). Continuaron recuperación en centro socio sanitario 46 (59,7%) y fueron exitus durante ingreso 6 (7,8%). Durante el ingreso 9 pacientes (11,7%) presentaron infección respiratoria. De estos un paciente fue exitus, 2 ingresaron en la unidad de cuidados intermedios y 2 requirieron ventilación mecánica no invasiva, siendo el tiempo desde ingreso hasta desarrollo de la infección de 6,1 ± 4,9 días (0-17). Todos estos pacientes recibieron durante el ingreso oxigeno suplementario, broncodilatadores, corticoterapia sistémica y diuréticos. Respecto de la cobertura antibiótica se uso: amoxicilina/clavulánico en un 56%, piperacilina/tazobactam en un 22%, quinolonas en un 11% y otros en un 11%. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre infección respiratoria y las siguientes variables: disfagia orofaríngea, delirium, candidiasis orofaríngea, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad ulcero péptica, insuficiencia renal crónica moderada-severa e índice de Barthel.
Conclusiones: Los pacientes que desarrollan infección respiratoria durante hospitalización por fractura de fémur tienen elevada comorbilidad y alta frecuencia de dependencia funcional para ABVD. En nuestra serie la presencia de infección respiratoria se asoció a: disfagia y candidiasis oro faríngea, enfermedad cardio- respiratoria crónica, enfermedad renal crónica y la situación funcional previa. Son necesarios más estudios para evaluar la importancia de dichos factores.

PC-235. CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS DE GERIATRÍA: DIGOXINA VS. BETABLOQUEANTES

J.J. Martínez Rivas, R. Benavent Boladeras, M. Guerreiro Tome y A. Branes Andreu
Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Introducción: La digoxina es uno de los fármacos con mayor evidencia en el control de la frecuencia cardiaca (FC) en pacientes con Fibrilación Auricular persistente crónica e Insuficiencia cardiaca (IC). A pesar de esto, las nuevas guías clínicas recomiendan menos la digoxina, sugiriendo otras alternativas. Dichas recomendaciones se basan en estudios aleatorizados que reportan resultados contradictorios en eficacia y seguridad de la digoxina frente a beta bloqueantes (BB). Sin embargo estos estudios fueron realizados en poblaciones muy jóvenes (media de 70 años) que puede no reflejar la realidad de lo que ocurre en pacientes geriátricos.
Objetivos: Conocer el uso de fármacos frenadores en FA persistente crónica en pacientes crónicos complejos ingresados en el Hospital de Día médico.
Métodos: Mediante un estudio de cohorte, retrospectivo, descriptivo, se revisaron todos los pacientes del programa de paciente crónico complejo, de Hospital de día médico, en el Hospital de Granollers, entre mayo 2015 y diciembre de 2016. Durante este tiempo se seleccionaron todos los pacientes que tenían como antecedentes FA persistente crónica, así como la medicación que recibían para control de FC (digoxina o BB). Se observaron al ingreso del programa y en diciembre del 2016, registrando características demográficas, funcionales, clínico/ecográficas, FC y farmacológicas.
Resultados: En una población de 220 pacientes ingresados en el programa se seleccionaron 34 pacientes con FA persistente crónica, encontrando 24 mujeres (70%), con una media de edad de 88,4 ± 4,5, Barthel 64,5 ± 26,5, 33 de los pacientes (97,1%) presentaban ICC. De la población total (n 34), 9 (26,5%) no tomaban ninguna medicación frenadora, 12 (35,3%) digoxina y 13 (38,2%) BB. De la población que no tobaba BB (21), 5 (25%) era por hipotensión, 4 (18%) por bradicardia y 12 (57%) se desconocía la causa.
Conclusiones: En la muestra descrita de pacientes geriátricos inscritos en el programa del paciente crónico complejo, que se lleva a cabo en el Hospital de día de Granollers, se encontró que la proporción de uso de digoxina era similar a la de los BB. Y que en un 43% de pacientes que no recibían BB era por contraindicación médica.

PC-236. INFECCIONES EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M.G. Pezo Morales, M. Rahmoni, N. Bosacoma, S. Albors y M.D.L.R. Toda
Hospital de Palamós, Girona.

Objetivos: Describir aspectos clínicos, de comorbilidad, funcionalidad y complicaciones asociadas a las infecciones ocurridas en pacientes ancianos hospitalizados con diagnóstico de fractura de cadera.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se analizan pacientes ≥ 75 años ingresados por fractura de fémur en un hospital comarcal durante el primer semestre del 2016. Haciendo uso del programa SPSS versión 20.0 se evaluó la correlación de variables cualitativas con prueba de chi cuadrado y de variables cuantitativas con ANOVA, considerándose estadísticamente significativa p < 0,05.
Resultados: Se estudian 77 pacientes de los cuales 29 (37,7%) tuvieron alguna infección durante el ingreso, siendo las principales: infección urinaria 19 (24,7%), infección respiratoria 9 (11,7%) e infección herida quirúrgica 4 (5,2%). En los pacientes con infección la edad media fue 86,1 ± 4,9 años (78-95) y el 72,4% eran mujeres. El índice de Charlson modificado fue 5,8 ± 1,8 (3-12) y 34,5% tenían un índice de Barthel < 60. La estancia hospitalaria fue de 13,4 ± 7,5 días (4-38) y 2 pacientes fueron exitus. De estos pacientes el 34,5% presentaron fiebre, el 75,9% leucocitosis y la proteína C reactiva fue 113,8 ± 78,1 mg/L (17-350) al diagnóstico de la infección. Como complicaciones, el 24,1% presentaron descompensación de patología respiratoria crónica, el 48,3% descompensación de patología cardiaca crónica, el 31% presentaron delirium y el 20,7% disfagia. Los tratamientos más frecuentes fueron: transfusión de concentrado de hematíes (62,1%), hierro endovenoso (75,9%), diuréticos (79,3%) y oxigenoterapia (65,5%). Los antibióticos usados fueron: cefalosporinas de 2ª y 3ª generación (31%), amoxicilina/clavulánico (24,1%), carbapenem (13,8%), quinolona (13,8%), piperacilina/tazobactam (10,3%). Se encontró correlación estadísticamente significativa entre infección y las siguientes variables: antecedente de infarto de miocardio, enfermedad renal crónica, descompensación de patología respiratoria crónica, disfagia, candidiasis orofaríngea, transfusión sanguínea, uso de hierro endovenoso, diuréticos, oxigenoterapia, rescate de opiáceos y estancia hospitalaria.
Conclusiones: Los pacientes con infección durante hospitalización por fractura de fémur tienen elevada comorbilidad, alta frecuencia de dependencia funcional para ABVD y una mayor estancia hospitalaria, situación que coincide con otras series publicadas. Más estudios son necesarios para evaluar la importancia de factores como la disfagia orofaríngea, la transfusión sanguínea y el uso de opiáceos en la aparición de infección.

PC-237. ÍNDICE DE FRAGILIDAD ELECTRÓNICO A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

S. Yarleque, F. Riba y S. Ariño Blasco
Hospital General de Granollers, Barcelona.

Introducción: La fragilidad es una de las expresiones del envejecimiento. Los ancianos con fragilidad tienen mayor riesgo de eventos

adversos, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. Cada vez más se recomienda identificarla de manera rutinaria para proporcionar tratamientos, para revertir su estado, enlentecer su evolución o planificar cuidados.
Objetivos: Calcular un índice de fragilidad electrónico en base a índices ya validados, utilizando la Encuesta Nacional de Salud y así estudiar la prevalencia y distribución geográfica de la fragilidad entendida como acúmulo de déficits.
Métodos: Estudio descriptivo de carácter transversal, realizado a través de la encuesta nacional de salud, realizada por el Instituto Nacional de Estadística. El cuestionario recoge variables: sociodemográficas, sobre el estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de salud. Se desarrollan estadísticos descriptivos globales y por CCAA y se aplica ANOVA de 1 factor para contraste hipótesis.
Resultados: Se analizan 5440 sujetos de 65 años, con edad media 75,3 ± 7,3, predominio sexo femenino 3.443 (61,5%), Refieren problemas de salud crónicos 4.774 (87,8%) personas. El estado de salud autopercibido fue malo o muy malo en el 10,2% de la población. El índice de fragilidad adaptado (IFa) a la ENS muestra un valor promedio de 0,18 ± 0,17. Se presenta mapa coroplético con la distribución del IFa por comunidades autónomas, observando diferencias estadísticamente significativas en la distribución geográfica.
Conclusiones: Con los datos de la encuesta nacional de salud, es posible hacer un índice de fragilidad aproximado y por lo tanto describir la prevalencia y distribución de la fragilidad en España. Consideramos que es de gran importancia, porque nos aporta una visión epidemiológica de la fragilidad, que puede ayudar a redistribuir y planificar las necesidades de salud de la población anciana y de esta manera afrontar mejor el impacto del envejecimiento las próximas décadas.

PC-238. INTERVENCIONES EN PACIENTES ANCIANOS FRÁGILES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE, POSIBLES CANDIDATOS A IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

C. Roqueta Guillén[1], B. Vaquerizo Montilla[2],
M.I. Martínez Fernández[1], N. Farré López[2], A. Sánchez Carpintero[2],
R. Miralles Basseda[1] y O. Vázquez Ibar[1]
[1]Servicio de Geriatría, Parc de Salut Mar, Centro Fórum, Hospital del Mar, Barcelona. [2]Servicio de Cardiología, Parc de Salut Mar, Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de intervención en la fragilidad de pacientes con estenosis aórtica grave.
Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes con estenosis aórtica severa evaluados por médico geriatra para detección e intervención de la fragilidad (valoración de probable indicación TAVI). Se registraron variables demográficas (edad, sexo), capacidad funcional (índice de Barthel (IB), índice de Lawton (IL), estado cognitivo [Mini-Mental State of Examination of Folstein (MMSE)] y nutricional [Mini-Nutritional Assessment abreviado (MNA)]. Se aplicó Short Physical Performance Battery (SPPB) y se estratificó en 4 categorías (0-3, 4-6, 7-9, 10-12). Se evaluó ayuda técnica para la marcha, niveles de vitamina D (25-hidroxi) en plasma y revisó polifarmacia. Intervenciones geriátricas realizadas: recomendaciones de ejercicio físico, solicitud de programa de rehabilitación física domiciliaria o en hospital de día de geriatría, recomendaciones nutricionales o suplementación enteral oral, adecuación de la ayuda técnica, revisión de polifarmacia y suplementación con vitamina D.
Resultados: Se evaluaron 45 pacientes (62,22% mujeres); edad media: 82,62 ± 6,09 años. Media parámetros evaluados: IB: 94,00 ± 10,97; IL: 5,02 ± 2,08; MMSE: 26,06 ± 3,40 y SPPB: 6,88 ± 2,69. SPPB categorizado: 0-3 puntos: 3 (6,67%), 4-6 puntos: 18 (40%), 7-9 puntos: 15 (33,33%); 10-12 puntos: 9 (20%). MNA abreviado: 33 (73,33%) bien nutridos (12-14 puntos), 12 (26,67%) con riesgo de desnutrición (8-11 puntos). Se efectuó intervención en 17 (37,78%) pacientes. Se recomendó en 13 (28,89%) pauta de ejercicio físico, 6 (13,33%) programa de rehabilitación física, 13 (28,89%) pauta nutricional o suplementación enteral oral, 6 (13,33%) adecuación de la ayuda técnica, 12 (26,67%) reducción de polifarmacia y 20 (44,44%) suplementación con vitamina D.
Conclusiones: Los pacientes evaluados presentaron estado funcional y cognitivo conservado, y puntuaciones alteradas en el SPPB, indicativas de fragilidad. Se realizó intervención en un tercio de los pacientes evaluados. La intervención más prevalente fue la suplementación con vitamina D oral.

PC-239. ATENCIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO EN LAS PRIMERAS HORAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A. Ribera Nadal[1], N. Latorre Vallbona[1], C. Roca Rabionet[1],
S. Castejón Hernández[1], M. Barneto Soto[2] y J. Espaulella Panicot[2]
[1]Consorci Hospitalari de Vic, Vic. [2]Hospital de la Santa Creu, Vic.

Introducción: En los países desarrollados existe un incremento progresivo de población de edad avanzada con características más complejas que el resto de la población y requieren necesidades diferentes, beneficiándose de una valoración geriátrica integral (VGI) precozmente para asegurar que se cubran todas sus necesidades.
Objetivos: Determinar características de los pacientes geriátricos del Servicio de Urgencias (SU) y de la Unidad de Observación (UO). Valorar el beneficio que aporta la intervención de un geriatra en la atención de estos pacientes.
Métodos: Estudio descriptivo y comparativo de tipo prospectivo. Selección de 50 pacientes (marzo 2016), atendidos en el SU y UO. Criterios inclusión: mayores 80 años, deterioro cognitivo, institucionalizados, motivo consulta por síndromes geriátricos y MACA. Criterios exclusión: pacientes de los servicios de Traumatología y Cirugía General.
Resultados: Edad media 83,46 años, 54% de hombres, 12% institucionalizados y un 66% vivían acompañados en domicilio, Barthel basal medio 64,4, un 52% no conservaba actividades instrumentales, índice de fragilidad (index-VIG FRAGIL) 0,38 y un 58% presentaban deterioro cognitivo. Como síndromes geriátricos destacaba presencia de polifarmacia (90%), insomnio (70%), estreñimiento (54%) e incontinencia urinaria (54%). Un 60% estaban identificados como PCC (paciente crónico complejo)/MACA (enfermedad crónica avanzada). Los diagnósticos más frecuentes fueron causa respiratoria (22%), infecciones de causa no respiratoria (12%), síndromes geriátricos (10%) y causas cardio-respiratorias (10%). En el comparativo (Servicio Urgencias - propuesta intervención médico geriatra), se objetiva que el 88% de los casos, ambos servicios propondrían el mismo destino (recurso asistencial) - seguimiento al alta. En cuanto a prescripción centrada en la persona el geriatra intervendría en el 50% casos.
Conclusiones: Los pacientes atendidos en el SU y UO eran mayoritariamente hombres mayores de 80 años, moderada dependencia funcional, más del 50% con deterioro cognitivo y fragilidad moderada. Destaca identificación de complejidad (PCC/MACA) en más de la mitad de ellos. En cuanto al seguimiento y destino al alta desde el SU-UO, se considera que hay pocas diferencias en cuanto al uso adecuado de los recursos asistenciales. Sin embargo, el geriatra podría aportar un valor añadido en la prescripción centrada en la persona.

PC-240. GASTO EN SUJECIONES MECÁNICAS EN EL PACIENTE ANCIANO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. Pérez Panizo, M. Buxó Ayala, E. Sánchez García,
D.A. Martínez Rivero, G. Fernández-Gil Simón, A.I. López Holguín y M.F. Veras Basora
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Conociendo el coste indirecto de uso de sujeciones valorado en 513,20€ por 4h de contención, 917,39€ por 9h de contención

y 1.159,91€ por 12h de contención según "El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España" (Garrido et al. Psiq Biol. 2015;22:12-6) se busca conocer los gastos directos del suministro anual de las sujeciones mecánicas tipo muñequeras/tobilleras y abdominales en las unidades hospitalarias.
Métodos: Estudio transversal con recogida de datos a través de datos administrativos y datos proporcionados por el departamento de suministros.
Resultados: Se llevó a cabo en 30 unidades de enfermería pertenecientes a 15 servicios. Se observaron 502 pacientes de los que 65,14% eran > 70 años. El gasto directo total de sujeciones en el año 2016 fue de 17.343,016€ en el hospital. Las unidades observadas en el estudio gastaron un total de 15.430,27€ (88,97%) para la compra de 4.537 material de contención mecánica. La distribución del gasto anual directo del hospital en sujeciones en el año 2016 tuvo una distribución de 36,62% (n = 5.830,34€) en medicina interna; 12,91% (n = 2.239,75€) en traumatología; 9,51% en neurología (n = 1.648,09€); 7,81% en gastroenterología (n = 1.354,75€); 5,58% del gasto en geriatría (n = 967,73€); 4,18% en neurocirugía (n = 724,78€); 4,01% en neumología (n = 695,60€); 3,01% en urología (n = 522,69€) y 2,04% en enfermedades infecciosas (n = 354,53€). El 5,35% restante se distribuyó entre cardiología, nefrología, hematología, ginecología, oncología y unidad polivalente.
Conclusiones: En base a los cálculos de gasto indirecto encontrado en la bibliografía y al gasto anual en sujeciones del centro, se estima que el gasto directo e indirecto de sujeciones mecánicas en el hospital durante el año 2016 fue de entre 2.343.818,67€ y 5.277.941,94€ para un uso de entre 4 y 12h respectivamente. Es fundamental el adecuado registro de las restricciones físicas para poder calcular el gasto indirecto implicado en su utilización en el centro.

PC-241. PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO VALORADO POR LA UNIDAD FUNCIONAL SOCIOSANITARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

L. Canchucaja Gutarra[1], M. Pi Figueras[1], A.M. Digón Llop[1], I. Pineda Pérez[1], N. Ronquillo Moreno[2], M. Montoya Martínez[2] y M.A. Márquez Lorente[3]
[1]Hospital del Mar, Barcelona. [2]Centre Fòrum de l´Hospital del Mar, Barcelona. [3]Hospital de la Esperanza, Barcelona.

Objetivos: Analizar el perfil del paciente anciano atendido en el Servicio de Urgencias evaluado por un geriatra.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado a través de los datos obtenidos por la UFIS Geriatría de los pacientes ancianos que visitan las Urgencias del Hospital del Mardel 1 enero al 31 de diciembre 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 parámetros analíticos, destino al alta y la mortalidad asociada.
Resultados: Se evaluaron 90 pacientes, el 60% fueron mujeres, la edad media fue 86,32 ± 6,43 años. Por grupos diagnósticos: las infecciones respiratorias fue el motivo de consulta más frecuente (21,30%), seguido de traumatismos fractura (20,20%), síndrome confusional (16,60%), cardiacas (14,40%), neurológicas (11,10%), infecciones del tracto urinario (5,50%), digestivas (4,40%), diselectrolitemias (2,20%) y otros (4,30%). El 47,80% tenía un BP > 60 (dependencia leve 42,20% y un 5,60% es independiente). Un 24,40% era dependiente total. El 80,60% de los varones tenían un IL < 5 y el 94,40% de las mujeres un IL < 8. El 68,90% tenían deterioro cognitivo (43,30% deterioro mental leve-moderado y un 25,6% deterioro mental grave) y la comorbilidad asociada medida con el IC alta 54,40%, baja 18,90%. La convivencia de los pacientes evaluados fueron principalmente solo (28,60%), con hijos (33,10%) y con el cónyuge (13,10%). Clínicamente presentaban anemia el 72,20% de los varones y el 40,70% de las mujeres, el 67,80% tenían desnutrición (48,90% desnutrición leve y 1,1% desnutrición grave) y el 77,80% de los varones tenían la creatinina (Cr) normal y sólo el 53,70% de las mujeres, mientras que la función renal era normal en el 64,40% del total (presentando IR leve 23,3% y la IR moderada 12,20%). El destino al alta de urgencias principal fue la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) (78,9%) y Centro sociosanitario (22,00%).
Conclusiones: El perfil del paciente atendido en Urgencias es un paciente con dependencia funcional, con deterioro cognitivo, con alta comorbilidad, con anemia y desnutrición.

PC-242. VALORACIÓN DE PACIENTES ANCIANOS CON ANEMIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA. SEGUIMIENTO A LOS 2 AÑOS

F. Sancho, F. Sancho Camarena, C. Vázquez Roa, E. Martínez, A. Bonache, R. Cristófol Allué y F. Sancho Camarena
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Objetivos: Analizar la incidencia y morbimortalidad de anemia, en ancianos. Descripción del origen de las derivaciones realizadas de pacientes con anemia, en situación de descompensación clínica, completar diagnóstico o necesidad de tratamiento específico.
Métodos: Población: > 75 años con anemia procedentes de urgencias, CAP, residencias-CSS y alta Hospitalaria. Periodo estudio: 01/2015-12/2016. Muestra: 125 pacientes. Criterios inclusión: Pacientes > 75 años diagnóstico de anemia.
Resultados: Visitas realizadas HD: 2.933. Primeras visitas: 945. Visitas de seguimiento: 1.562. Diagnóstico anemia 1ª visita: 125. Mujeres: 77 (61,6%). Edad media: 88. Procedencia de derivaciones: CAP: 34 (27,2%), UGA: 7 (5,6%), Urgencias 33 (26,4%), Residencias-CSS: 20 (16%), M Interna 2 (1,6%), PADES 3 (2,4%). Diagnósticos: anemia ferropénica 85 (68%), trastornos crónicos 25 (20%), a. megaloblástica 6 (4,8%), probable SMD 9 (7,2%) (p < 0,05). Se valoró a nivel cognitivo, funcional e insuficiencia renal se realizó estudio endoscópico: 41 (32,8%) ADK colon: 6 (14,63%), ADK gástrico: 2 (4,87%), angiodisplasia: 16 (39,05%), hernia de hiato/diverticulosis: 14 (34,14%), No evidencia de lesiones: 3 (7,31%). Se realizó Tratamiento primera visita: transfusión (CCHH): 36 (28,8%), ferroterapia EV: 4 (3 2%), no tratamiento: 82 (65,6%), EPO: 3 (2,4%), tratamiento 6 meses: transfusiones (CCHH): 13 (26%), ferroterapia oral: 21 (38%), EV: 4 (12%), EPO: 4 (8%), no tratamiento: 6 (12%), Vit B12: 2 (4%). Tratamiento al año transfusiones (CCHH): 33 (26 4%), ferroterapia oral: 66 (52,8%), EV: 4 (3,2%), EPO: 9 (7,2%), no tratamiento: 5 (4%), Vit B12: 8 (6,4%). Se objetivó mortalidad a los dos años 28,8%.
Conclusiones: La anemia ferropénica es la causa más frecuente de anemias derivadas a Hospital de Día-Geriatría. El tratamiento transfusional es más prevalente en la primera visita de nuestros pacientes, al presentar descompensaciones agudas. La ferroterapia tanto oral como EV es más frecuente en el seguimiento a los 6 meses y al año de tratamiento. Se objetivo un 32,8% de estudios endoscópicos, donde la incidencia mayor fue de angiodisplasias seguida del adenocarcinoma de colon. La mortalidad al primer año fue de 30% y al segundo año del 28% probablemente en relación a la comorbilidad y deterioro cognitivo-funcional de base de los pacientes, que implicaba limitación para realizar estudios invasivos y eventual planteamiento quirúrgico posterior.

PC-243. PERFIL DE PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA LOCALIZADA O METASTÁSICA VALORADOS POR UN GERIATRA

M. Pi-Figueras Valls, L. Visa Turmo, I. Pineda Pérez, A.M. Digón Llop, M.I. Martínez Fernández, L. Canchucaja Gutarra y C. Montagut Viladot
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ancianos 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 durante 2016 y hasta marzo 2017. 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 293 pacientes, 149 mujeres y 144 hombres, con una edad media 81,28 ± 6,46 años. Tenían un BP 86,38 ± 19,91, IL 4,64 ± 2,67. Presentaban demencia previa un 17,4%. La convivencia de los pacientes analizados fue: con el cónyuge (55,97%), solo (21,16%), con hijos (13,31%), otros (5,46%), en residencia (3,75%) y centro sociosanitario (0,34%). Los pacientes presentaban los siguientes tipos de tumor: colorrectal 54,95%; mama 16,72%; pulmón 6,14%, gastroesofágico 5,8%; ginecológico 5,8%, renal 3,07%, próstata 2,73%; neurológico 2,73% y otros 2,05%. La valoración fue llevada a cabo en: consulta externa 80,20%; planta hospitalización 13,99%; 5,46% UFIS de geriatría y urgencias 0,68%.
Conclusiones: Los ancianos con enfermedad oncológica valorados por el geriatra eran parcialmente dependientes para las actividades de la vida diaria, mayoritariamente sin deterioro cognitivo y con buen soporte familiar. 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-244. SEGUIMIENTO DE PACIENTES VALORADOS POR LA UFIS DE GERIATRÍA Y DERIVADOS A CENTRO SOCIOSANITARIO: GANANCIA FUNCIONAL Y DESTINO AL ALTA

L. Canchucaja Gutarra, M. Pi-Figueras Valls, A.M. Digón Llop, R. Alberich Vendrell, I. Pineda Pérez, I. Martínez Fernández y R. Miralles Basseda
Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Describir la ganancia funcional y destino al alta a través del seguimiento de los pacientes derivados a Centro Sociosanitario (CSS) de referencia desde el Hospital del Mar.
Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes valorados por la unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria de Geriatría (UFIS) del Hospital del Mar durante el año 2016 y que fueron trasladados a CSS (Centro Fórum). Se recogieron variables: edad, sexo, índice de Lawton previo al ingreso (IL), índice de Barthel al ingreso (BI) y al alta de CSS, y unidad donde ingresaron [larga estancia (ULE), convalecencia (UCO) y post-agudos (PA)], test Pfeiffer y destino al alta.
Resultados: Desde la UFIS fueron trasladados a CSS 202 pacientes [107 mujeres (52,9%), 95 hombres (47%), edad media 78,9 ± 11,2 años, BI 26,63 ± 14,9; IL 3,8 ± 2,4, Pfeiffer 2,5 ± 2,5]. De estos 152 (75,2%) ingresaron en UCO; 29 (14,3%) en PA y 21 (10,3%) en ULE. Pacientes ingresados en UCO: edad 79,3 ± 10,5; IL 3,7 ± 2,4; Pfeiffer 2,5 ± 2,4BI 25,5 ± 14,0 y BA 54,9 ± 29,6 [ganancia funcional absoluta (GFA): 29,4 ± 25,4]. Destino alta desde UCO: domicilio 75 (49,3%); ULE 35 (23%); urgencias hospital de agudos 17 (11,1%); residencia 16 (10,5%); fallecidos 3 (1,9%); hospital de día 3 (1,9%) y otros centros 2 (1,3%). Pacientes ingresados en PA: edad 81,6 ± 8,4; IL 3,7 ± 2,3; Pfeiffer 1,8 ± 2,3 BI 38,2 ± 12,2, y BA 75,0 ± 17,8 (GFA media 37 ± 19,9). Destino al alta desde PA: domicilio 12 (62,0%); UCO 5 (17,2%); residencia 2 (6,8%); urgencias hospital de agudos 2 (6,8%); ULE 1 (3,4%); hospital de día 1 (3,4%). Pacientes ingresados en ULE: edad 71,7 ± 15,6; IL 4,0 ± 2,4; Pfeiffer 3,3 ± 2,7, BI 17,0 ± 15,1 y BA 75,6 ± 25,8 (GFA media 50,2 ± 18,6). Destino al alta desde ULE: domicilio 8 (38%); fallecidos 7 (33,3%) y 6 pacientes siguen ingresados (28,5%).
Conclusiones: 1. En todas las unidades los pacientes presentaron valores medios de GFA > 20. 2. El destino al alta desde CSS mayoritariamente fue el domicilio. 3. Hubo un alto porcentaje de derivaciones al servicio de urgencias tanto de pacientes ingresados en UCO como en unidad de post-agudos.

PC-245. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL RETRASO QUIRÚRGICO EN PACIENTES MAYORES CON FRACTURA DE CADERA

S. Fernández-Villaseca[1], L. García-Cabrera[1], B. Montero-Errasquín[1], M.N. Vaquero Pinto[1], C. Miret Corchado[2], M.L. Álvarez-Nebreda[1] y A.J. Cruz-Jentoft[1]
[1]Hospital Ramón y Cajal, Madrid. [2]Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Determinar si existen diferencias clínicas y de supervivencia en pacientes mayores intervenidos de fractura de cadera en función del tiempo de espera quirúrgico y de los motivos de retraso quirúrgico.
Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes ≥ 80 años intervenidos de fractura de cadera en una Unidad de Ortogeriatría desde julio 2014-septiembre 2015, con un seguimiento de 18 meses. Se dividió la muestra en: cirugía temprana (≤48 horas desde el ingreso) y retraso quirúrgico (> 48 horas).
Resultados: 468 intervenciones. 33,1% con retraso quirúrgico (estancia preoperatoria 5,3 ± 2,1 días vs 1,0 ± 0,9 en el grupo sin retraso). No encontramos diferencias en edad, género, situación funcional, cognitiva o tipo de fractura entre ambos grupos. Aquéllos con cirugía temprana presentaron menor grado de desnutrición (MNA-SF: 10,8 ± 2,8 vs 10,1 ± 2,7, p = 0,015), menor número de fármacos (5,9 ± 3,4 vs 7,2 ± 3,6, p < 0,001) y polifarmacia (52,9% vs 68,2%, p = 0,001), menor prescripción de clopidogrel (1,3% vs 12,8%, p < 0,001) y acenocumarol (7,1% vs 20,4%, p < 0,001), menor estancia media (11,5 ± 6,1 vs 15,6 ± 6,7 días, p < 0,001) y menor riesgo quirúrgico (ASA 2,5 ± 0,6 vs 2,8 ± 0,6, p < 0,001). El grupo con retraso quirúrgico presentó más complicaciones médicas (81,2% vs 69,7%, p = 0,005), como infección urinaria (30,4% vs 20,6%, p = 0,026) y úlceras por presión (14,1% vs 6,5%, p = 0,015) sin diferencias en las complicaciones quirúrgicas o la mortalidad intrahospitalaria. Tampoco encontramos diferencias en la mortalidad a los 1, 3, 6 y 12 meses tras la cirugía entre ambos grupos. Al clasificar las causas de retraso quirúrgico (anormalidad de INR 25,6%, tratamiento con clopidogrel 13,1%, complicaciones médicas preoperatorias 7,5%, preoperatorio incompleto 17% o indisponibilidad de quirófanos 36,7%), este último motivo de retraso sí se asoció con mayor mortalidad a 1 (6,7% vs 1,8%, p = 0,05), 3 (13,5% vs 4,5%, p = 0,012), 6 (21,8% vs 8,9%, p = 0,004) y 12 meses (33,2% vs 16,1%, p = 0,001) y con mayor fallo cardiaco periquirúrgico (15% vs 7,1%, p = 0,042).
Conclusiones: Un tercio de nuestros pacientes fueron intervenidos de forma tardía, debido fundamentalmente a alteraciones de la coagulación e indisponibilidad de quirófano. El riesgo quirúrgico, las complicaciones médicas y la estancia media fueron menores en aquéllos con cirugía temprana. No se observaron diferencias en mortalidad entre los grupos.

PC-246. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA TRAS EL IMPLANTE DE GASTROSTOMÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

T. Martínez Maroto[1], E. García Tercero[1], V. Landaluce Pelligra[1], M. Araújo Ordóñez[1], J. Casanova Lanchipa[1] y C. Lanciego Pérez[2]
[1]Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. [2]Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: La colocación de gastrostomía en el paciente anciano, supone en muchas ocasiones un debate ético sobre todo en relación con la efectividad de las mismas respecto a alargar la vida del paciente. La decisión para la colocación de una gastrostomía lleva consigo, entre otras, la valoración de la causa que produce la disfagia y la situación funcional del paciente.
Métodos: Diseño del estudio: estudio retrospectivo en pacientes > 75 años sometidos a implantes de gastrostomía por diferentes cau-

sas. Muestra: pacientes mayores de 75 años, hospitalizados en los servicios de Geriatría, Medicina Interna y Neurología del Complejo Hospitalario de Toledo, en el período de tiempo de 2011 a 2016 a los que se colocó gastrostomía durante su ingreso. Para nuestro estudio, utilizamos un cuaderno de recogida con distintas variables entre las que figuraba la causa de la disfagia, comorbilidad del paciente, situación cognitiva y funcional, edad, lugar de residencia, tipo de nutrición enteral, supervivencia tras el implante y causa del fallecimiento si se hubiera producido.
Resultados: Muestra de 197 pacientes, 53,3% mujeres. En cuanto a la causa de la disfagia, en el 29,9% de los pacientes era ACV, en el 60,7% la causa era deterioro cognitivo en diferentes estadios y en el 9,4% restante fue motivado por otros motivos. El servició que más solicitó la colocación de gastrostomía fue el de Geriatría. En el 50,3% de los casos, la dieta utilizada fue normoproteica y normocalórica. En cuanto a la supervivencia tras la gastrostomía, la mediana fue de 16 meses (IC95%: 8,78-23,21). En análisis por subgrupos la supervivencia tras ACV fue de 22 meses (IC95%: 4,15-39,8) y en demencia (moderada-severa) de 17 meses (IC95%: 5,77-28,22) sin apreciar diferencias significativas entre ambos (p: 0,984).
Conclusiones: Tras el análisis realizado, concluimos que la patología de base o el grado de demencia no debe suponer un impedimento para el inicio de nutrición enteral al no apreciar diferencias significativas en cuanto a la supervivencia media tras el implante.

PC-247. TASA DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES ANCIANOS A LOS QUE SE LES REALIZA GASTROSTOMÍA

V. Landaluce Pelligra, E. García Tercero, T. Martínez Maroto, M. Araújo Ordóñez, J. Casanova Lanchipa y C. Lanciego Pérez
Complejo Hospitalario, Toledo.

Introducción: La colocación de gastrostomías (PEG) en pacientes mayores de 75 años es cada vez mayor, su utilización se debe a múltiples causas, entre ellas la disfagia. El objetivo de la PEG es principalmente evitar complicaciones como broncoaspiración o malnutrición, creyendo que así aumentamos la supervivencia. En estudios realizados previamente demuestran un 54% de mortalidad a 30 días de la PEG en pacientes ancianos y tras un año del 70-90%. Proponemos un estudio retrospectivo para establecer la tasa de supervivencia en pacientes ancianos con la colocación de PEG.
Métodos: Diseño y muestra: estudio descriptivo retrospectivo de 5 años (2011-2016) en pacientes mayores de 75 años, a los que se les realiza gastrostomía, ingresados en los servicios de geriatría, medicina interna y neurología del Complejo Hospitalario de Toledo. Recolección del nombre completo y servicio peticionario de forma retrospectiva a través del cuaderno de recopilación del servicio de radiología intervencionista de las gastrostomías colocadas en los últimos 5 años (2011-2016). Se realiza un cuaderno de recogida de datos (CRD) en el que se registran las siguientes variables: sexo, edad, institucionalización, escalas de funcionalidad (Katz), causa de solicitud para colocación de gastrostomía (ACV, Demencia leve, moderada o severa, neoplasias, otros), tipo de nutrición (normocalórica/normoprotéica, hipercalórica/hiperproteica, diabética) situación actual (fallecido o vivo) y comorbilidad (HTA, DL, DM, EPOC).
Resultados: n = 196, 46,42% menores de 85 años. Tasa de supervivencia en menores de 85 años de 42,9%, mientras que la de los pacientes de 85 años de 46,7% con p 0,868. La mediana de supervivencia en el grupo de menores de 85 años es de 15 meses y en los mayores de 85 años de 17 meses.
Conclusiones: Según los datos obtenidos la tasa de supervivencia impresiona ser mayor en los pacientes mayores de 85 años con una mediana 2 meses mayor respecto a los menores de 85 años, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas (p 0,86). Aunque se observe una diferencia entre los pacientes mayores y menores de 85 años no se ha conseguido una diferencia significativa pudiendo ser necesario realizar estudios con una mayor muestra para poder conseguir una significación estadística.

PC-248. EFECTOS POSITIVOS DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES ANCIANOS FRÁGILES

W. López Forero, T. Martínez Maroto, A. Alfaro Ancha, J. Losa Reyna, F.J. García García, J. Alcázar Caminero y C. Rodríguez López
Hospital Virgen del Valle Toledo, Toledo.

Objetivos: Evaluar los efectos de un programa de entrenamiento multicomponente sobre las medias de fragilidad, condición/función muscular y situación funcional en pacientes frágiles y pre-frágiles valorados en una Unidad de Fragilidad.
Métodos: Se evaluaron los pacientes mayores de 75 años derivados a la Unidad de Fragilidad desde consultas externas de manera consecutiva. Se excluyeron aquellos pacientes con demencia, con residencia > 50 km o por patologías médicas que contraindicaran el ejercicio. Se realizó un programa de entrenamiento multicomponente "VIVIFRAIL" (fuerza, resistencia cardiovascular, equilibrio y flexibilidad) de 45 minutos, 3 días a la semana (2 en el Hospital) durante 8 semanas. Al comienzo del programa se recogieron características demográficas, hábitos tóxicos, comorbilidad, medidas antropométricas, situación funcional (índice de Barthel (IB)), cognitiva, anímica, valoración nutricional (MNA), registro del consumo de alimentos de tres días, analítica, actividad diaria (Physical Activity Scale for the Elderly (SPPB)), funcionalidad física (Short Physical Performance Battery), y estado de Fragilidad según los criterios de Linda Fried. Los datos se presentan como media, desviación estándar y se compararon las medias tras analizar la normalidad de los datos.
Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes de los cuales 5 fueron excluidos y 4 realizaron el programa en domicilio. El 63,3% de los pacientes incluidos fueron hombres con una edad media 85,5 ± 8,5 años. La funcionalidad física mejoró tras el programa (SPPB de 5,2 ± 1,3 a 9,7 ± 2,4, p < 0,05). El IB pasó de 76,9 ± 18,3 a 80,0 ± 14,7.
Conclusiones: Los pacientes incluidos en el programa presentaron una mejoría clínicamente significativa a nivel de la funcionalidad física. La realización de ejercicio físico programado y adaptado a las características de un grupo poblacional determinado aporta directamente beneficios en la capacidad funcional de los pacientes frágiles que se representa directamente en el SPPB. Se requiere de más estudios con tamaños muestrales mas grandes para poder aumentar el nivel de evidencia científica sobre los beneficios de programas multicomponente en la población anciana frágil.

PC-249. CANDIDEMIA EN EL ANCIANO

F. Solís Ovando, A. Cruz Santaella, R.E. Rivas Espinoza y A. Alfaro Acha
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Objetivos: Determinar la incidencia de candidemia en mayores de 75 años ingresados en nuestro servicio durante el año 2015.
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, incluyendo los mayores de 75 años ingresados en el Servicio de Geriatría, durante el 1 enero a 31 diciembre de 2015, que cursaron con candidemia. Registrando el tipo de especie de *Candida* aislada, y la sensibilidad o resistencia a determinados antifúngicos.
Resultados: Se registraron un total de 17 casos de candidemia (65% varones), con una incidencia de 5,6 casos por cada 1.000 hospitalizados y una mortalidad del 53%. Los grupos etarios más susceptibles fueron las edades extremas. El grupo de de 75-80 años fue el más frecuente (41%), seguido de 81-85 años (35%) y > 91 años con 18%. Las especies aisladas fueron *Candida glabrata* (47%), *C. albicans* (30%), *C. parapsilosis* (6%), *C. tropicalis* (11%), *C. dubliniensis* (6%). Se observó un aumento de la frecuencia de las especies resistentes a fluconazol, predominantemente en la *Candida glabrata* (50%).

Conclusiones: Objetivamos claramente que la distribución de las especies está cambiando (*C. albicans* causa menos de la mitad de los casos) y que los > 75 años tienen mayor riesgo de candidemia por *C. glabrata*. Considerando que ésta especie presenta una elevada resistencia al fluconazol; nos que debe llevar a replantear las recomendaciones sobre el tratamiento de la candidemia en nuestro grupo de pacientes dada la correlación entre el retraso de tratamiento y la mortalidad. Recomendaciones: Las comorbilidades y el uso de múltiples fármacos deben tenerse en cuenta cada vez que se considere el régimen terapéutico, así como la importancia del coste efectividad de los tratamientos. Identificar de forma precoz factores de riesgo que puedan conducir a medidas preventivas (retirada precoz de catéter en enfermos infectados, evitar el uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro...), así como de diagnóstico precoz.

PC-250. ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTER DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

M. Araújo Ordóñez, M. Martínez Camacho, E. Rodríguez Jiménez, F. Madruga Galán, A. Blanco Orenes, S. Amor Andrés y F.J. García García
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Introducción: La nutrición parenteral total (NPT) es un método cruento de facilitar los nutrientes necesarios y fundamentales para asegurar un correcto balance nutricional según los requerimientos energéticos de los pacientes y su situación clínica. En ocasiones los accesos venosos precisos para su administración pueden sufrir infecciones locales o sistémicas, identificadas como bacteriemias relacionadas con catéter (BRC), constituyendo la primera causa de bacteriemia nosocomial primaria, con una tasa de mortalidad asociada a dicha patología de entre el 15 y el 20%. Su aparición aumenta la estancia media, el coste sanitario y la morbi-mortalidad intrahospitalaria.
Objetivos: Determinar la tasa de infecciones sistémicas relacionada con catéter en pacientes hospitalizados con nutrición parenteral total. Establecer posibles relaciones entre el tipo de vía venosa, el lugar de canalización y mantenimiento y/o la duración de la misma.
Métodos: Estudio observacional prospectivo de dos años de duración. Variables: demográficas, indicación de NPT, acceso venoso, duración acceso venoso, resultados microbiológicos. Análisis: la variable categórica se realizó con porcentajes y las continuas con medianas y rango intercuartil. Análisis con SPSS v.22 para Windows.
Resultados: N = 125, 79% mujeres. Edad media 86,22 años (IC95% 73-98). Acceso venoso: 63% periférico, resto central. Tiempo medio de uso: periférico 6,62 días, central: 9 días. Casos de BRC confirmados: 24 en 984 días de catéter. Bacterias aisladas más frecuentes: Stafilococo epidermidis seguido de *Candida albicans*. No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de infección según el tipo de acceso venoso (p = 0,643). Tasa de BAC: 24.39‰.
Conclusiones: La tasa de BRC en pacientes geriátricos es superior a las descritas en series de pacientes críticos, probablemente relacionado a la mayor vulnerabilidad para padecer infecciones en esta población etaria. Se han encontrado tasas similares en pacientes no críticos pero en población general, siendo este registro pionero en este tipo de recogida. Es necesario implantar medidas de prevención de la BAC basados en la mejora de los cuidados de los accesos venosos destinados a nutrición parenteral.

PC-251. ESTUDIO PROSPECTIVO DE ASOCIACIÓN DE LOS PARÁMETROS ESPACIALES DE LA MARCHA CON DISCAPACIDAD INCIDENTE EN ANCIANOS

A. Herrero Larrea[1], A. Miñarro[2], N. Gonzalo[3], L. Kruse[1], R. Valverde[1], E. Felipe[1] y A. Rodríguez-Molinero[1]
[1]Consorci Sanitari del Garraf, Vilanova i la Geltrú. [2]Universidad de Barcelona, Barcelona. [3]Fundació Privada Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.

Objetivos: Estudiar si la longitud de la zancada o la anchura del paso, anticipan la aparición de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en la población anciana.
Métodos: Estudio prospectivo sobre una muestra probabilística de 431 ancianos españoles residentes en la comunidad, que fueron seguidos durante un año. En la visita basal se recogieron los parámetros espaciales de la marcha (longitud de la zancada y anchura del paso), usando el método de impresión de pisadas con tinta. Como variables de control se recogieron las siguientes: edad, sexo, IMC, fuerza muscular, alteración del equilibrio, capacidad funcional basal, capacidad cognitiva, depresión, comorbilidad, polifarmacia y caídas en los 6 meses previos. Se realizó un seguimiento telefónico trimestral durante un año, en el que se recogió información sobre el grado de independencia para ABVD, mediante el índice de Katz.
Resultados: La longitud de la zancada (normalizada por la altura del paciente) tuvo asociación con la capacidad funcional a los 6 meses (OR 0,49; AUC 0,618; p < 0,001) y a los 12 meses (OR 0,51; AUC 0,639; p < 0,001) y asociación inversa con la pérdida de capacidad funcional (cambio en la función desde la basal) a los 6 meses (OR 0,88; p < 0,001) y 12 meses (OR 0,76; AUC; p < 0,001). La anchura del paso mostró asociación inversa con la situación funcional a los 6 meses (OR 1,47; AUC 0,0591; p < 0,001) y 12 meses (OR 1,34; AUC 0,618; p < 0,01). Se realizaron modelos multivariantes (regresión de Poisson) en los que se incluyeron las variables de control, para predecir la situación funcional a los 12 meses y la pérdida de función a los 12 meses. La longitud de la zancada (normalizada por la altura) resultó asociarse de forma independiente a la situación funcional y al deterioro funcional, apareciendo como predictora en los modelos finales ajustados, junto con el índice de Katz basal, la edad y la polifarmacia.
Conclusiones: La longitud de la zancada es un marcador de riesgo independiente de pérdida de capacidad funcional.

PC-252. PARÁMETROS ESPACIO-TEMPORALES DE LA MARCHA NORMAL DE LA POBLACIÓN ANCIANA EN SU DOMICILIO

A. Herrero-Larrea[1], A. Miñarro[2], N. Gonzalo[3], E. Felipe[1], R. Valverde[1], L. Kruse[2] y A. Rodríguez-Molinero[2]
[1]Consorci Sanitari del Garraf, Vilanova i la Geltrú. [2]Universitat de Barcelona, Barcelona. [3]Fundació Privada Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú.

Objetivos: Describir los límites normales de los parámetros espaciales de la marcha de la población anciana española.
Métodos: Estudio transversal sobre una muestra probabilística de 431 ancianos españoles residentes en la comunidad. Se registraron los parámetros espaciales de la marcha en su propio domicilio, mediante el método de impresión de pisadas con tinta. Para ello se extendió papel de estraza en el suelo (longitud variable, en función de las características del domicilio) y los participantes deambularon sobre él, con las suelas de los zapatos impregnadas en tinta lavable. Las pisadas así impresas se transportaron al laboratorio, donde fueron fotografiadas, para poder medir los parámetros de la marcha sobre la fotografía, con ayuda de un software específico. En el análisis estadístico se despreció la primera y la última zancada, y se promediaron las mediciones del resto de las zancadas.
Resultados: La media de la longitud de la zancada fue 88,47 cm (DE 26,05), el 95% de los participantes presentó una longitud de zancada entre 34,85 cm y 136,55 cm. Los ancianos tienen una longitud de zancada que equivale aproximadamente a la mitad de su altura (media de longitud/altura = 0,55; DE 0,15), y la proporción entre la longitud y la altura es superior a 0,27 en el 95% de los casos. La anchura media del paso fue de 10,34 cm (DE 4,37). El 95% de la muestra tenía una anchura del paso entre 2,78 cm y 20,07 cm.
Conclusiones: La población anciana española tiene una longitud del paso aproximadamente equivalente a la mitad de su altura, pudiendo

considerarse el límite inferior de la normalidad 35 cm. La anchura del paso normal en esta población es normalmente inferior a 20 cm.

PC-253. ¿TIENEN NUESTROS RESIDENTES CON DISFAGIA UNA TEXTURA ADAPTADA ADECUADA EN SU DIETA? REALIZACIÓN DEL MECV-V COMO BUENA PRÁCTICA

P. García Méndez, M. Gómez Coll, C. Encio Iriarte, A. García Ortiz y E. Martín Salgado
Caser Residencial Betharram, Hondarribia.

Introducción: La disfagia es la alteración o dificultad para tragar o deglutir los alimentos, ya sean sólidos o líquidos, con una alta prevalencia y graves complicaciones en personas mayores.
Objetivos: Comprobar si los residentes de nuestro centro con diagnóstico y/o sospecha de disfagia, tenían pautada una textura adecuada en su dieta utilizando el MECV-V como método de cribado.
Métodos: Estudio descriptivo transversal en el periodo 2016-2017. De un total de 256 residentes tanto temporales como permanentes, se obtuvo una muestra de 52, a los que se les realizó el MECV-V por diagnóstico y/o sospecha de disfagia. Se emplearon plantilla MECV-V, pulsioxímetro, agua, espesante, cucharilla, cuchara y vaso.
Resultados: En nuestra población estudiada, la prevalencia de disfagia fue de un 12%. En un 21% de los casos no se necesitó modificar la textura, sin embargo en un 62% sí (se aumentó en un 16%, se disminuyó en un 23%, se retiró en un 23%). A un 17% de los casos se les hizo el MECV-V por sospecha de disfagia, y se descartó que la tuvieran.
Conclusiones: El MECV-V es una herramienta económica, sencilla, rápida y sin riesgos para el residente. Nos permite obtener la información necesaria para adaptar adecuadamente la textura de manera individualizada. Tras los resultados obtenidos, hemos creído conveniente establecer el MECV-V como buena práctica en nuestro centro.

PC-254. "LOS MUERTOS NO COMEN". SÍNDROME DE COTARD: EL DELIRIO DE NEGACIÓN

P. Ivanov[1], M. Perelló[1] y L.A. Ivanov[2]
[1]Hospital Sagrat Cor, Martorell. [2]Hospital Sant Antoni Abad, Vilanova i la Geltrú.

Introducción: Se trata de un trastorno depresivo grave, poco frecuente en el que el rasgo central es el delirio nihilista que, cuando es completo, lleva al paciente a negar su propia existencia y la del mundo externo. Los pacientes llegan a creer que sus órganos no existen o que han perdido su función, y presentan alucinaciones olfativas que confirman su delirio, en forma de olores desagradables, como en el caso de nuestra paciente. Habitualmente el único tratamiento eficaz es la terapia electroconvulsiva**.**
Caso clínico: Mujer de 78 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes médicos destacaba hipertensión y accidente isquémico transitorio. A nivel psiquiátrico presentaba un trastorno depresivo mayor recurrente y de inicio tardío (a los 65 años) con varios episodios graves. Se habían instaurado diversos tratamientos sin que estos consiguieran estabilizar el cuadro clínico. Enfermedad actual: la paciente ingresó en la unidad de agudos de psicogeriatría por alteraciones conductuales en forma de oposicionismo activo, ideas delirantes de ruina, catástrofe y de negación. Refería que estaba muerta rechazando la toma de comida y de medicación. Afirmaba que su cuerpo se estaba pudriendo y que olía mal. Se inició tratamiento farmacológico con venlafaxina, mirtazapina y olanzapina con escasa mejoría por lo que se decidió asociar terapia electroconvulsiva al tratamiento con una periodicidad de tres a la semana. Tras tres meses de ingreso y 17 tandas de TEC se objetivó una evolución clínica favorable con mejoría progresiva de la clínica psicótica y de las alteraciones conductuales. Aceptó la comida y la medicación sin problemas, recibió visitas de sus familiares que fueron bien toleradas. Por lo que se decidió alta a domicilio con tratamiento farmacológico, seguimiento psiquiátrico en CSMA y terapia electroconvulsiva de mantenimiento.
Discusión: Habitualmente en el anciano la enfermedad psiquiátrica grave, como en el caso de esta paciente, tiene mayores consecuencias clínicas que en el adulto joven. Afecta al estado funcional y desestabiliza las enfermedades crónicas tan frecuentes en esta franja de edad, por lo que es importante realizar precozmente un correcto diagnóstico, un abordaje integral y un tratamiento adecuado.

PC-255. OTRA ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

M. Perelló y P. Ivanov
Hospital Sagrat Cor, Martorell.

Introducción: En pacientes psiquiátricos que llegan a edades avanzadas aparecen enfermedades crónicas que pueden simular síntomas similares a una descompensación de su enfermedad psiquiátrica lo que puede provocar errores diagnósticos y terapéuticos.
Caso clínico: Se trata de un paciente de 77 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes patológicos de: insuficiencia renal crónica moderada, HBP, trastorno bipolar en tratamiento con litio y sesiones de TEC mensuales, resección de tumor de mediastino posterior. Dos semanas antes del ingreso empezó a sentirse más desanimado, menos activo, con tendencia a la irritabilidad y clinofilia. Presentaba anhedonia, apatía, abulia e insomnio de conciliación y de mantenimiento. Se realizó contención emocional y se ingresó de forma voluntaria para estabilización clínica. Descripción de un caso en el que un paciente diagnosticado de trastorno bipolar I presenta supuesta descompensación depresiva. En esta ocasión no se debió a una descompensación de esta enfermedad sino al empeoramiento de su insuficiencia renal. Todo ello provocó un declive funcional interfiriendo en la calidad de vida del paciente y que pudo solucionarse sin cambiar ni ajustar el tratamiento antidepresivo. Escala Yesavage reducida: 13 puntos. Se investigó cualquier proceso orgánico agudo que pudiera causar el cuadro, hallándose una hiperpotasemia y aumento de urea y creatinina con FG de 28. Inició tratamiento con bicarbonato de sodio, se redujo la aportación proteica de la dieta, se controló la hidratación y se pautó tratamiento diurético con furosemida. Tras iniciar el tratamiento progresivamente recuperó la actividad física, el interés por realizar tareas cognitivas y la estabilización de la clínica afectiva, así como la autonomía para las ABVD. Escala Yesavage reducida: 6 puntos. No fueron necesarios cambios en el tratamiento antidepresivo ni aumentar las sesiones de TEC.
Discusión: Ante un paciente geriátrico que sufre descompensación de su enfermedad psiquiátrica de base siempre debe descartarse la presencia de patología orgánica que pueda ocasionar este cuadro. En estos pacientes es frecuente la aparición de síntomas depresivos por patología aguda o por descompensación de su patología crónica de base tan habitual en estas edades.

PC-256. FOCALIDAD CON HIPERINTENSIDAD CORTICOESPINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENCEFALOMIELITIS PARANEOPLÁSICA

O. Miralles Resina, P. Perea, J. Santiago, É. Betancor y B. Fontecha
Consorci Sanitari Integral-Hospital de l´Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La encefalomielitis paraneopásica (EMP) es una entidad caracterizada por la inflamación inmuno-mediada del sistema nervioso central secundaria a un cáncer. En 4 series de casos, aproximadamente el 75% de los de 500 pacientes descritos fueron diagnosticados de un cáncer microcítico de pulmón (CMP). Las manifestaciones clínicas son múltiples y dependerán de la localización de la afectación en el neuroeje, un hallazgo frecuente es la pleo-

citosis y un aumento de la concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo (LCR). El estudio patológico frecuentemente describe inflamación perivascular e intersticial con infiltrados de linfocitos T, pérdida de neuronas y gliosis. La mayoría de las EMP están asociadas a anticuerpos (Ac) anti-Hu, aunque se han descrito casos asociados a Ac anti-GAD. Los Ac GAD son en su mayoría no paraneoplásicos y en ocasiones se asocian al síndrome de la persona rígida o la ataxia cerebelosa. Un estudio mostró que se debería descartar cáncer subyacente en casos de presentaciones clínicas diferentes a las típicas asociadas a Ac GAD.

Caso clínico: Se describe el caso de un varón de 62 años exfumador desde hace 2 años de 35 paquetes/año que presenta cuadro de paraparesia, hipoestesias en manos y pies, hiperreflexia generalizada, Babinski bilateral y reflejo faríngeo abolido. El estudio de resonancia magnética (RM) muestra una señal hiperintensa en sustancia blanca fronto-parietal derecha que continua a lo largo de la vía piramidal hasta la médula, con una lesión compatible con neoplasia pulmonar parahiliar derecha, metástasis óseas y ganglionares múltiples. Anatomía patológica compatible con CMP. El LCR presenta linfocitos abundantes y proteinorraquia, Ac anti-GAD65 positivo. En base a esto se orienta el caso cómo una EMP Ac anti-GAD65 positivos en el contexto de un CMP extendido que fue tributario de quimioterapia y tratamiento paliativo.

PC-257. CASO CLÍNICO: ENCEFALITIS HERPÉTICA

E. García Tercero[1], V. Landaluce Pelligra[1], T. Martínez Maroto[1], M. Araújo Ordoñez[1], B. Cámara Marín[2], J. García Meana[2] y R.M. García Tercero[3]
[1]Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. [2]Hospital Monte Naranco, Oviedo. [3]Hospital General Universitario, Alicante.

Caso clínico: AP: mujer de 77 años, no alergias conocidas, DM tipo II, exbebedora moderada, diverticulosis colónica. Tratamiento habitual: metformina 850 mg cada 12h. Anamnesis: mujer de 76 años que ingresa por mareo, fiebre y malestar general desde hace dos días. En Urgencias se objetiva ITU. E ingresa con ceftriaxona 2 g/24h. Durante su primer día de ingreso comienza con fiebre de hasta 39,5 ºC que cede parcialmente con antitérmicos. Refiere además cefalea de predominio frontal y vómitos. Se objetiva disminución del nivel de consciencia. Su familia la encuentra más obnubilada que días previos. Ante la sospecha de encefalitis se amplía estudio de manera Urgente y se inicia tratamiento empírico con aciclovir. E. física: consciente, bradipsíquica. Bien hidratada, perfundida y coloreada. AC: rítmica sin soplos. AP: normal. EEII: sin edemas. Neuro: no signos meníngeos. PINR. No alteraciones de funciones cognitivas, pares craneales normales. Sensitivo y motor normal. RCP indiferente. Coordinación y equilibrio normal. Marcha normal. Pruebas complementarias. Analítica: TC craneal sin contraste: normal. RM craneal: no alteraciones. EEG: actividad irritativa con complejos seudoperiódicos de topografía temporal bilateral predominando a derecha. PCR para VHS1: (en dos laboratorios distintos) positivo. Diagnóstico: encefalitis herpética por VHS 1. Tratamiento: aciclovir 800 mg cada 8h durante 14 días. Evolución: presentó una evolución favorable. Tras 2 semanas de tratamiento, la paciente fue dada de alta aunque con secuelas amnésicas graves. La encefalitis herpética es una enfermedad grave, con alta tasa de mortalidad y secuelas neurológicas en relación a otras. Está causado fundamentalmente por el VHS 1 en un 90%. La presentación clínica junto al EEG, la RM y el análisis del LCR son claves en su diagnóstico. El tratamiento de elección en la actualidad es el aciclovir intravenoso, a una dosis de 10 mg/kg/8 h, durante 10-21 días. Una alta sospecha diagnóstica y un inicio rápido del tratamiento cambian dramáticamente el pronóstico, mejorando la sobrevida. Se recomienda iniciar la terapia antiviral en los primeros cuatro días para evitar mortalidad y complicaciones a corto plazo.

PC-258. ARTRITIS POR MICROCRISTALES DE PIROFOSFATO EN EL ESQUELETO AXIAL

L. Gamonal González y R. Malfeito Jiménez
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción: La pseudogota se caracteriza por la inflamación de las articulaciones generalmente periféricas. La inflamación de las articulaciones intervertebrales es infrecuente. A través de un caso clínico de dolor lumbar describiremos esta entidad tan infrecuente y repasaremos los métodos diagnósticos y terapéuticos.

Caso clínico: Paciente de 82 años con clínica de lumbalgia que fue tratada con dosis crecientes de opioides. Desde entonces encamamiento, pérdida de apetito y desorientación temporo espacial. No había antecedentes de deterioro cognitivo. En la exploración no se evidencia focalidad neurológica ni se observan otros hallazgos exceptuando dolor a la palpación a nivel de las primeras vértebras lumbares. Ante la presencia de fiebre se decide solicitar resonancia magnética lumbar sospechando espondilodiscitis infecciosa. Los resultados muestran alteración de la señal de los platillos vertebrales adyacentes a los discos intervertebrales L2-L3 y captación de contraste de dichas lesiones sin observar colecciones epidurales, hallazgos en relación con espondilodiscitis secundaria a depósito de pirofosfato. Tras el resultado se inicia tratamiento corticoideo con resolución de la clínica y se retiran progresivamente los opioides resolviéndose el síndrome confusional.

Discusión: La artritis por cristales de pirofosfato en el esqueleto axial es una enfermedad infrecuente pero que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar en el paciente anciano, principalmente si existen antecedentes de artritis por microcristales de pirofosfato en articulaciones periféricas y cambios osteo-degenerativos. La resonancia magnética no sólo es útil para la exclusión de la espondilitis piógena, sino también para la detección de derrame articular en la articulación intervertebral de cara a realizar una aspiración del líquido y observar cristales romboides positivamente birrefringentes en luz polarizadas. El principal diagnóstico diferencial se debe realizar con la espondilodiscitis infecciosa pero si se sospecha artritis por cristales el tratamiento con colchicina podría ser una buena prueba terapéutica y evitaría el tratamiento antibiótico innecesario.

PC-259. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. DIAGNÓSTICO *DE NOVO* EN EL ANCIANO

L. Gamonal González y R. Malfeito Jiménez
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción: Cuando nos enfrentamos a un paciente anciano con diarrea crónica se tienden a barajar causas propias del adulto mayor, olvidando enfermedades propias del adulto joven con presentación tardía. La incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal disminuye con la edad y la clínica de presentación varía. En el siguiente texto describimos un caso de enfermedad inflamatoria intestinal diagnosticada en un paciente con demencia avanzada.

Caso clínico: Paciente de 71 años con diagnóstico de demencia degenerativa tipo Alzheimer en estadio muy grave (GDS 7) y alteraciones psicoconductuales. Institucionalizada en residencia de ancianos desde donde derivan por diarrea de dos semanas de evolución que no responde a dieta astringente, loperamida ni tratamiento oral con ciprofloxacino. Quejas de dolor abdominal intermitente, fiebre y rechazo la ingesta oral. Todas las pruebas complementarias resultan negativas descartando los diagnósticos más frecuentes de diarrea en el anciano. Por las características de la paciente se ha descartado la realización de pruebas invasivas y tras orientar las pruebas de imagen se observa en TAC abdominal cambios compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal. Se inició tratamiento con 5- asa y corticoides con resolución de la clínica.

Discusión: A pesar de que la enfermedad inflamatoria intestinal es una patología con escasa incidencia en pacientes mayores de 65 años y con presentación clínica dispar al adulto joven, no debe pasar desapercibida a la hora de realizar nuestro diagnóstico diferencial en el estudio de la diarrea crónica. Con este caso quiero recordar esta patología en el ámbito geriátrico con el fin de actualizar nuestros conocimientos sobre la misma y no retardar el diagnóstico en caso de presentación.

PC-260. MANEJO ODONTOLÓGICO DE UN PACIENTE ANCIANO CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Bejarano Ávila[1], E. Reyes Gilabert y M.D.C. Sánchez García[3]
[1]Centro de Salud El Viso del Alcor, Sevilla. [2]Centro de Salud de La Algaba, Sevilla. [3]Centro de Salud de Alcalá de Guadaíra, Sevilla.

Introducción y objetivos: La leucemia mieloide crónica (LMC) es un cáncer sanguíneo donde la médula ósea produce lentamente demasiados glóbulos blancos impidiendo la normal fabricación de células sanguíneas y alterando el funcionamiento de diversos órganos. Su incidencia es baja (1,6-2 casos por 100.000 habitantes/año) y la edad media de diagnóstico es de 66 años. Aunque evoluciona en 3 fases: crónica, acelerada y aguda, con los nuevos tratamientos más del 90% permanecen de forma crónica durante años. En nuestro caso describiremos las manifestaciones orales y el manejo médico y odontológico de un paciente con LMC.
Caso clínico: Acude a odontología de Atención Primaria (AP) un paciente de 68 años, que refiere sangrado en las encías. Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas. Celiaquía e intolerante a lactosa, ezcematides, depigmentación cutánea. LMC en remisión desde el 2002 inicialmente tratado con interferón-citarabina sin respuesta citogenética, pasando a prescribir imatinib 400 mg desde 2003 consiguiéndose la remisión citogenética en 6 meses, pero no molecular (positividad de BCR/ABL del gen Filadelfia), por lo que se aumentó la dosis a 600 mg/día. Malformación de Chiari tipo I. Accidente vascular cerebral en 2004 en tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg/día. Exploración intraoral: hiperplasia y sangrado gingival generalizado. Abundante tártaro en incisivos inferiores. Pruebas complementarias. Ortopantomografía: restos radiculares del 17, 14 y 34. Se deriva a su médico de familia quien le solicita analítica y nos indica que no existe riesgo de hemorragia diferente a cualquier persona (149.000 plaquetas/mm^3, hemoglobina 10,9 g/dL), discreta leucopenia (leucocitos 4.400/mm^3). Juicio clínico: caries y periodontitis. Tratamiento: profilaxis antibiótica con amoxicilina 2 g una hora antes de la intervención y no suspendimos tratamiento con AAS. Tartrectomía y exodoncia de restos radiculares con sutura y compresión fuerte con gasa empapada en ácido tranexámico 500 mg/5 dl. Evolución: revisión a los 10 días y retirada de sutura; se observó mejoría gingival y buena cicatrización del alveolo postextracción. Se programan visitas de seguimiento a los 3 meses.
Discusión: En ocasiones el odontólogo y el médico de AP pueden abordar juntos el manejo de pacientes con LMC, teniendo en cuenta algunas consideraciones, a pesar de ser una enfermedad rara del anciano.

PC-261. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN POBLACIÓN ANCIANA: SOBRE LA VOLVULACIÓN DEL COLON

S.A. González Chávez, N.M. González Senac, S. Martínez Flores, J. Vásquez Grande y M.A. García Alhambra
Servicio de Geriatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Revisión del vólvulo intestinal como causa de obstrucción intestinal en población anciana y su relevancia en el pronóstico a medio plazo.
Métodos: Se presentan dos casos que ingresaron en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Se describe el perfil clínico de los pacientes (características demográficas, comorbilidad, factores de riesgo...) proceso diagnóstico, tratamiento y evolución. Se aporta literatura científica. Apoyo con material fotográfico (pruebas de imagen).
Resultados: El vólvulo intestinal es la torsión de un asa del intestino alrededor del mesenterio, pudiendo ocasionar obstrucción intestinal. Los vólvulos de colon suponen la tercera causa de obstrucción del colon en el mundo, tras el cáncer colorrectal y la diverticulitis sigmoidea. La incidencia del vólvulo intestinal es variable, siendo menor en países del Oeste (EEUU, Europa Occidental, Australia) y mayor en Europa Oriental, Rusia, Sudamérica y África. El vólvulo de sigma representa entre 60-75% de los casos de vólvulo intestinal. Se ha descrito en la literatura que los pacientes con vólvulos de sigma tienen mayor edad y más comorbilidad médica respecto a los que presentan vólvulo a nivel de ciego. Se presentan los casos de dos pacientes de 95 y 79 años ingresados en la UGA con perfil clínico distinto. El primero de ellos, nonagenario, tenía buena situación funcional y escasa comorbilidad; el más joven era dependiente para las actividades básicas de la vida diaria y tenía comorbilidad importante. Durante su ingreso, motivado por diarrea a estudio y sospecha de tromboembolismo pulmonar respectivamente, ambos pacientes presentaron volvulación del colon a nivel de sigma con desenlace fatal.
Conclusiones: El vólvulo de colon es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en ancianos de nuestro medio. Es importante la sospecha clínica de vólvulo en los ancianos por la obstrucción intestinal que asocia, su elevada tasa de recidiva y su pronóstico ominoso a medio plazo.

PC-262. ABORDAJE GERIÁTRICO EN EL ANCIANO CON PATOLOGÍA ONCO-HEMATOLÓGICA

C. Palicio Martínez[1], M. Bidó Cipión[1], C. Boqué Genovard[2] y M. Antonio Rebollo[2]
[1]Hospital Central Cruz Roja, Madrid. [2]Instituto Catalán de Oncología, Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Describir la intervención geriátrica de un varón de 80 con diagnóstico de LBDCG.
Caso clínico: Adenopatías palpables a nivel inguinal. Anemia normocítica-normocrómica hiperregenerativa, frotis de sangre periférica con anisopoiquilocitosis, VSG 112 mm, y empeoramiento del filtrado glomerular (39 ml/h) elevación de GOT, GPT y gamma-GT, LDH elevada. Serologías virales negativas. Bodyscan y PET/TC: derrame pleural bilateral y bloques adenopáticos retroperitoneales e inguinales bilaterales. Biopsia inguinal con diagnóstico final de LBDCG tipo centroblástico estadio IV, IPI de alto riesgo. Funcional: Barthel modificado 87 (previo 100) por deterioro funcional subagudo secundario al ingreso hospitalario en el mes previo. Lawton 3. SPPB con GAIT SPEED: 7.12 segundos 2p CHAIR STANDUP TEST: no realiza por incapacidad, BALANCE TEST: 2p (tándem no es posible). Mental: Pfeiffer 0 errores. Yesavage negativo. Social: No recursos concedidos. Comorbilidad: CIRS-G: 6/13/3 (cardiaco/vascular/renal) CCI: 6p. Nutrición: No pérdida de peso ni anorexia. Propuesta de intervención: 1. Ajuste analgésico con pauta completa de primer escalón. 2. Inicio de antidepresivo, a valorar un recaptador de serotonina tipo sertralina o un fármaco dual tipo venlafaxina por la intensa apatía. 3. Control de las cifras tensionales basales para ajuste de tratamiento antihipertensivo. 4. Sustitución del ADO por vildagliptina, por insuficiencia renal, y consejos dietéticos e interconsulta a servicio de Nutrición por obesidad. 5. Consejos de incremento de actividad física y ejercicios específicos de potenciación de musculatura cuadricipital. 6. Inicio de tratamiento laxante y consejos higiénicos. 7. Seguimiento en consulta y comunicación con primaria para hacer conciliación de la medicación y fomentar adherencia. 8. Consulta a trabajo social para iniciar trámites de solicitud de ley de dependencia y recursos sociales teleasistencia.

Discusión: El interés de este caso se centra en la marcada pluripatología, mal control de FRCV, deterioro funcional de reciente aparición e irregular adherencia terapéutica y fragilidad social que presenta el paciente al diagnóstico, convirtiéndole en un candidato ideal para un abordaje geriátrico integral y colaborativo con el oncohematólogo clínico, para conseguir una optimización del tratamiento médico previa al inicio de la terapia oncoespecífica, así como conciliación de la medicación con especial atención a adherencia.

PC-263. QUEILITIS ANGULAR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. PREVENCIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

E. Reyes Gilabert[1], G. Bejarano Ávila[2] y M.D.C. Sánchez García[3]
[1]Centro de Salud de La Algaba, Sevilla. [2]Centro de Salud El Viso del Alcor, Sevilla. [3]Centro de Salud de Alcalá de Guadaíra, Sevilla.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sobre las causas, prevención y tratamiento de la queilitis angular en el paciente geriátrico.
Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados entre los años 2010 a 2016. Base de datos en Pubmed- MEDLINE con los descriptores: "Pathology of the oral mucosa AND geriatric patient", "Angular cheilitis and old age". Criterios de inclusión: ser artículos originales estar escritos en inglés o castellano. Límites de búsqueda: Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Randomized Controlled Trial Review, Systematic Reviews.
Resultados: Se encontraron 126 artículos relacionados y se analizaron 10 documentos. La queilitis angular es una inflamación en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que se puede instalar la *Candida albicans*. Tiene mayor prevalencia en sujetos con pliegues profundos en las comisuras, en personas con pérdida de dimensión vertical y en pacientes con carencia de vitaminas del complejo B. El trastorno comienza con áreas pálidas de las comisuras labiales, con hiperqueratosis epidérmicas e infiltrado inflamatorio dérmico de las comisuras bucales agrietadas, maceradas hemorrágicas e inflamadas. En el anciano, hay una disminución fisiológica de la producción salival, unido a la pérdida de la dimensión vertical por desgaste de sus dientes naturales o abrasión de los artificiales, así como la pérdida en de sus prótesis facilita un babeo comisural y retención salival. El tratamiento consiste en antisépticos alcalinizantes, si hay candidiasis se utilizan antifúngicos locales. Se debe realizar rehabilitación protésica de los dientes con el restablecimiento de la dimensión vertical oclusiva. En pacientes con rehabilitaciones protésicas, se aconseja lavado de la prótesis con solución de gluconato de clorhexidina. Pueden realizar enjuagues con hipoclorito de sodio o también agua bicarbonatada. En casos graves se utiliza laserterapia, con efecto regenerativo o biomodulador y antiinflamatorio.
Conclusiones: Es necesario el conocimiento de la etiología y tratamiento de la queilitis angular al ser muy frecuente en el anciano. El agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*. Se considera que la disminución de la dimensión vertical oclusiva es la causa más frecuente. Otros autores asocian la presencia de queilitis con estados inmunodeprimidos, carencia de alimentos o vitaminas.

PC-264. MIELITIS TRANSVERSA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA

E. Martínez Suárez, A. Oller Bonache, M. Méndez Brich,
N. Morón Carande, J.A. Martos Gutiérrez y R. Cristófol Allué
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Caso clínico: Paciente mujer de 93 años, sin alergias ni hábitos tóxicos, derivada a urgencias por deterioro funcional de 2 semanas de evolución, con pérdida de fuerza de las 4 extremidades. Antecedentes patológicos: hipertensa, diabética, insuficiencia cardíaca, artrosis generalizada. Tratamiento habitual: losartan/hidroclortiazida 100/25 mg 1-0-0, Timolol 0,5% 1-0-1, amlodipino 5 mg 0-0-1, paracetamol 1 g 1-1-1, metformina 850 mg 0-1-1, torasemida 5 mg 1-0-0, lormetazepam 2 mg 0-0-1, ibuprofeno 600 mg 1-1-1; omeprazol 20 mg 1-0-0. Valoración geriátrica integral. Social: institucionalizada con soporte familiar. Funcional: IB 50/100: Autónoma parcial para ABVD. Deambula por interiores con caminador, ayuda para trasferencias, no sube ni baja escaleras. Incontinencia urinaria. cognitivo: no deterioro cognitivo, ni episodios de delirium. Afectivo: eutímica. Exploración física: normocoloreada y normoperfundida. Cardíaca: tonos rítmicos. Sin edemas. Respiratoria: MVC. Abdomen: peristaltismo presente, no dolor. Neurológica: consciente y orientada, sin afasia ni disartria, oculomotricidad normal, pupilas con tendencia a miosis pero reactivas a estímulo fotolumínico, no paresia facial, úvula desviada al lado derecho. Moviliza EESS contra plano y gravedad y vence resistencia únicamente a nivel distal con limitación de prensión. Motricidad fina no valorable. Movilización de EEII sobre plano pero no contra gravedad. Dismetría no valorable. No se obtienen reflejos rotulianos ni aquíleos. RCP flexor bilateral. Sensibilidad sin alteraciones objetivables. Exploraciones complementarias. Analítica: glucosa 271,5 mg/dL, urea 76,1 mg/dL, creatinina 1,08 mg/dL, Na 143 mmol/L, K 3,5 mmol/L, CK 44, Hb 12,9, leucocitos 8.180 (N 82%), plaquetas 272.000. Sedimento de orina: negativo. Rx de tórax: senos costofrénicos libres, no se observan imágenes de condensación. ECG: RS a 70x'. Eje 30º. PR 0,12; QRS 0,08. No alteraciones de la repolarización. RMN: mielopatía inflamatoria, realce de contraste de C3 a T1. Diagnóstico diferencial: afectación compresiva, neoplasias, mielitis post-RT, infarto medular. Diagnóstico final: mielitis transversa inflamatoria idiopática.
Discusión: Entidad rara dentro del espectro neuroinflamatorio. Patogénesis desconocida (daño axonal e inflamatorio). La mielitis transversa idiopática ocurre como una complicación post-infecciosa que parece estar relacionada con la autoinmunidad. El diagnóstico se basa en alteraciones clínicas con correlación temporal, LCR con signos de inflamación y neuroimagen con aumento de captación. El tratamiento son dosis elevadas de glucocorticoides durante 3-5 días. El pronóstico en hasta 40% persiste déficit funcional.

PC-265. PNEUMOENCÉFALO SECUNDARIO A CARCINOMATOSIS FRONTAL ULCERADA CON EXPOSICIÓN DE PLANOS PROFUNDOS

A. Oller Bonache, E. Martínez Suárez, M. Méndez Brich,
F. Casarramona Lobera, N. Morón Carande, J.A. Martos Gutiérrez
y R. Cristófol Allué
Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Caso clínico: Paciente de 97 años sin alergias ni hábitos tóxicos. Acude a urgencias por caída en domicilio, desde su propia altura, con contusión sacra sin traumatismo craneoencefálico (TCE). A su llegada se evidencia lesión ulcerada (de meses de evolución) en región frontal. Antecedentes patológicos: hipertensa. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg 1 comprimido/24h. Valoración geriátrica integral: Funcional: índice Barthel 100/100. Autónoma para actividades básicas vida diaria. Continente. Autónoma transferencias y deambulación. Realiza actividades instrumentales. Cognitivo: sin signos de deterioro cognitivo. Social: viuda, una hija. Desde hace dos meses vive con su hija. Afectivo: eutimia. Nutricional: hiporexia. Edéntula portadora de prótesis. Sensorial: presbicia e hipoacusia leve. Exploración física: PA 159/67; FC114x'; FR22x'; T37.2ºC; SatO2B93%. Úlcera con exposición ósea profunda y alteración de planos superficiales. COR: ruidos rítmicos, sin soplos. Carótidas sin soplos. RESP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, no doloroso, sin irritación peritoneal. Peristaltismo presente. NRL: consciente y orientada. Sin disartria ni elementos afásicos. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos presentes y simétricos. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No signos meníngeos. Exploraciones complementarias: Analítica: glucosa 122,8 mg/dl; urea 33,0 mg/dl; creatinina 0,58 mg/dl; filtrado glomerular 78 mL/min/1,73 m²; sodio 131 mmol/L; potasio 4,7 mmol/L; cloro 93 mmol/L; PCR 12,68 mg/dL; hemoglobina 11,1 g/dL; hemato-

crito 33,8%; VCM 93,9 fL; HCM 30,8 pg; leucocitos 21.850/uL; neutrófilos 90,9%; linfocitos 3,3%; plaquetas 412.000/uL; TP: 11,5s; TTPA ratio 1,02; fibrinógeno > 500 mg/dL. Hemocultivo aerobios: *Pseudomonas aeruginosa.* TAC craneal: pneumoencéfalo de predominio frontal derecho. Discreta hemorragia subaracnoidea temporal derecha. Hemorragia subdural antigua fronto-parietal derecha sin efecto masa. Signos de atrofia cerebral y leucoencefalopatia hipóxica. Diagnóstico diferencial: carcinoma basocelular ulcerado, TCE, sepsis. Diagnóstico final: pneumoencéfalo, infección por *Pseudomonas aeruginosa* y carcinomatosis cutánea.
Discusión: El aire intracraneal tiene significado patológico. Es una patología de baja incidencia, con elevada gravedad. La etiología más frecuente son los traumatismos y las neurocirugías. Se estima que el 0,2% de TCE muestran aire intracraneal visible mediante una neuroimagen. La clínica principal: cefalea, delirium, agitación psicomotora y coma. La localización más frecuente es en el espacio subdural y ocurre en las primeras 24 horas postraumatismo. Nuestra paciente, presenta una lesión destructiva frontal, con comunicación al espacio intracraneal. La sospecha es que las presiones negativas secundarias a la caída, aumentasen el paso de aire a los espacios peridurales, precipitando la diseminación de *Pseudomonas sp*, produciendo una sepsis secundaria y la muerte de la paciente en < 24 horas.

PC-266. TUMOR CEREBRAL EN PACIENTE DE 81 AÑOS

E. Álvarez Gómez y B. Gamboa Huarte
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

Caso clínico: Varón, 81 años, que acude a Urgencias por disartria de 3 días de evolución. Sin otros signos de focalidad neurológica aguda. Antecedentes personales: HTA. DLP. ACV lacunar (2010). Poliartrosis. Enfermedad arterial periférica. HBP. Laminectomía y discectomía L4-L5. Prótesis cadera bilateral. Institucionalizado. Viudo, 3 hijos. Índice de Barthel: 100/100. MEC: 35/35. Tratamiento habitual: Tamsulosina. Adiro. Atorvastatina. Optovite B12. Lyrica. Amlodipino/valsartán/Hctz. Exploración: Paciente consciente y orientado en las 3 esferas. Bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. No edemas. Disartria, sin otros signos de focalidad neurológica aguda (fuerza y movilidad conservadas, no focalidad práxica, no alteración del equilibrio). Analítica: sin alteraciones salvo hipertiroidismo subclínico. TC cerebral: Lesión única supratentorial izquierda de 21 × 15 mm. Se realza periféricamente en anillo; edema perilesional. RMN cerebral: LOE única intraaxial frontal izquierda 19 mm en corona radiata. TC toracoabdominal: Finas bronquiectasias cilíndricas en LID. Nódulo de 4 mm en segmento superior de LSD. Múltiples divertículos. Ligero engrosamiento parietal en la zona de mayor número de divertículos, en sigma. Dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal de hasta 29 mm y arterias iliacas primitivas. Diagnóstico: tumor cerebral sugestivo de glioma de alto grado, a filiar. Evolución: la focalidad del lenguaje mejoró ligeramente con dexametasona. Se realiza TIC con Neurocirugía. Se presenta en Comité de tumores del centro. Recomiendan valorar biopsia. Al paciente se le informó de su enfermedad y del carácter maligno de la misma, así de como las interconsultas realizadas y decidió tratamiento activo. Respuesta telemática: Se decide solicitar PET de cuerpo completo. Proponer biopsia según el resultado del PET. Tras su realización el paciente acude a urgencias por dolor abdominal precisando ingreso por diverticulitis que se complica con neumoperitoneo. Existe abstención quirúrgica. Evolución tórpida y exitus.
Discusión: Diagnóstico diferencial: glioma de alto grado/metástasis/linfoma cerebral. Body TAC limpio, orienta a primario. Análisis ético: garantizado el principio de autonomía. Principio justicia: ¿Estigmatización de paciente anciano sólo por su edad, pese a su buena situación funcional y cognitiva previa basal? Principio de beneficencia y no maleficencia: ¿Necesidad de PET? ¿Retraso diagnóstico? ¿Reducción de posibilidades terapéuticas?

PC-267. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN LA EJECUCIÓN COGNITIVA EN EL SÍNDROME DE APNEA-HIPOAPNEA DURANTE EL SUEÑO (SAHS). ESTUDIO DE UN CASO

C. Buiza, I. Antón y E. Arriola
Centro Médico Ricardo Bermingham Fundación Matia, Donostia-San Sebastián.

Introducción: El síndrome de apnea-hipoapnea durante el sueño (SAHS), tiene una alta prevalencia en las personas mayores, afectando a un 52,6% de hombres y un 26,3% de mujeres. Existe evidencia de que las mujeres con SAHS tienen mayor probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo ligero o demencia. Tanto la fragmentación del sueño como la hipoxia intermitente, son relevantes y tienen efectos en la cognición. El perfil neuropsicológico asociado al SAHS incluye deterioro en atención, función ejecutiva (inhibición de respuestas, cambio de set, memoria de trabajo y solución de problemas), velocidad de procesamiento y memoria episódica.
Objetivos: Presentar un caso clínico que acude a nuestro servicio de Consultas Externas de Geriatría, que presenta un patrón de deterioro cognitivo compatible con el causado por el SAHS, y que mejora con el tratamiento.
Métodos: Una vez realizado el diagnóstico y la exploración neuropsicológica, se inicia el tratamiento con CPAP y se realiza una evaluación de seguimiento a los 4 meses, en la que se objetiva mejoría en ciertas áreas cognitivas.
Resultados: En el momento del diagnóstico se encontró un patrón de ejecución neuropsicológica con una alteración disejecutiva secundaria a daño vascular difuso. En la evaluación de seguimiento se encuentran mejoras en la fluencia fonética, amplitud atencional, memoria de trabajo y cambio de set atencional.
Conclusiones: Aunque el SAHS puede causar daño irreversible en estructuras y/o redes cerebrales corticales y subcorticales, el tratamiento con CPAP ha mostrado mejorar déficits cognitivos en atención, aunque los déficits en otras funciones persisten a pesar del tratamiento. Distintos estudios clínicos sugieren que el SAHS empeora la integridad estructural de distintas áreas cerebrales, incluyendo lóbulos temporales mediales, y promueve la atrofia hipocampal. Debido a que distintos mecanismos fisiopatológicos en el SAHS son reversibles con tratamiento adecuado, se convierte en un factor de riesgo modificable para la alteración cognitiva.

PC-268. ADENOCARCINOMA GÁSTRICO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN PACIENTE NONAGENARIO

P. Vicent Valverde, J. Peco Torres, C. Ramón Otero,
M. Alcantud Ibáñez, M. Asenjo Cambra, N. Fernández González
y S. López Martínez
Hospital de Getafe, Getafe.

Objetivos: Describir el beneficio de la cirugía de ciertos tumores de pacientes ancianos con buena situación basal.
Caso clínico: Varón de 94 años que ingresa en Unidad de Agudos por síndrome constitucional, reflujo gastroesofágico, molestias abdominales y anemia crónica con empeoramiento de hemoglobina basal (pasa de hemoglobinas de 11 a 8 g/dl). Excelente situación basal (Barthel 85/100), sin deterioro cognitivo (MEC 28), MNA 5, Peso 52 kg, Talla 167 cm, vive solo con su mujer. Se solicitó analítica completa con marcadores tumorales, sangre oculta en heces, coprocultivo y toxina de *Clostridium difficile*, TAC abdominal con contraste que tras los hallazgos encontrados se decide completar estudio con endoscopia digestiva alta. De entre las pruebas solicitadas, se observó importante desnutrición proteico-calórica, marcadores tumorales negativos, coprocultivo y toxina de *C. difficile* negativos. En TC de abdomen se objetiva masa de

4 cm en antro y cuerpo gástrico, sin datos de extensión tumoral, confirmándose mediante endoscopia digestiva alta. En el informe de anatomía patológica es compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo tubular/intestinal. Durante hospitalización se refuerza nutrición y se corrige anemia con transfusión de concentrados de hematíes. Tras valoración por el S. de Cirugía General, se realiza gastrectomía subtotal con linfadenectomía laparoscópica, en seguimiento por Geriatría durante la recuperación postquirúrgica. Siendo dado de alta 2 días después a domicilio, con incorporación a Hospital de Día para recuperación funcional posterior. Tras la intervención integral y cirugía presenta al alta Barthel 95/100, MEC 29, MNA 8, peso 57 kg, sigue viviendo en domicilio. Manteniendo esta situación basal al año de seguimiento por vía telefónica.
Discusión: La cirugía en cierto tipo de tumores no debe contraindicarse en pacientes exclusivamente por la edad, ya que si presentan buena situación basal podría contribuir a mantener su calidad de vida y funcionalidad. Sería importante realizar una VGI en todos los pacientes quirúrgicos ancianos para poder seleccionar aquellos que puedan beneficiarse del procedimiento independientemente de su edad.

PC-269. SÍNDROME CONSTITUCIONAL POR *BLASTOCYSTIS HOMINIS*

J. Peco Torres, P. Vicent Valverde, B.D. Vásquez Brölen, L. Lozano Vicario, V. Martín López, I. Criado Martín y B. Contreras Escámez
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Destacar el beneficio de la valoración geriátrica integral, y la integración de la Geriatría en Servicios quirúrgicos, como medida para evitar el deterioro funcional de pacientes ancianos.
Caso clínico: Mujer de 90 años con aceptable situación basal (ECRf 2/5, Barthel 85/100, FAC 4, Lawton 1/8, ECRm 3/5, MEC 22/35) con antecedentes personales de HTA, FAC anticoagulada, TVP MII, hepatitis B inactiva, demencia degenerativa primaria tipo enfermedad de Alzheimer y anemia de trastornos crónicos con Hb 9-10 g/dL. Sufre caída accidental en domicilio, ingresa por fractura osteoporótica de cadera derecha subcapital implantándose prótesis parcial de cadera, por lo que ingresa en el Servicio de Traumatología y se realiza seguimiento por parte de la Unidad de Ortogeriatría. Antes de las 48 horas tras la intervención, deambula con andador, siendo al alta capaz además de realizar traslados al servicio y de la cama al sillón con supervisión, hitos conseguidos mediante la incorporación de la paciente al programa de Rehabilitación intrahospitalaria. Tras la valoración geriátrica integral, se pone de manifiesto la presencia de síndrome constitucional con pérdida de 6 kg en 2 meses que ha precisado de diferentes exploraciones, asociando síndrome diarreico con 12-16 deposiciones al día, y alteraciones analíticas, como desnutrición proteicocalórica, hipocalcemia, hipopotasemia o hipomagnesemia. Se solicitan pruebas complementarias para el estudio del síndrome constitucional. Se descarta tumor neuroendocrino (octreoscan, VIP, somatostatina, cromogranina A normales) y tumor de colon (no se visualizan tumores en el trayecto explorado ni en el TAC abdominal). Para descartar etiología infecciosa, se solicitan coprocultivo, toxina de *Clostridium difficile* y parásitos en heces, identificando la presencia del parásito *Blastocystis hominis*, tras lo que se inicia tratamiento con metronidazol con buena respuesta.
Discusión: En ocasiones, los pacientes ancianos pueden presentar cuadros en los que subyace una etiología de difícil manejo por la situación funcional basal, si bien es requisito fundamental que exista la figura del geriatra, y en especial entre los servicios quirúrgicos, quien mediante la valoración geriátrica integral, pueda aportar el diagnóstico y posibilidades terapéuticas de dicho cuadro, tal y como se demuestra en el caso, preservando la situación basal de este grupo de pacientes.

PC-270. FRACTURA DE CADERA: FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN ABSCESO

M.D.C. Cervera Díaz, A. Llorente Peris, V. García Virto, H.J. Aguado Hernández, E. Bustinza, L. García Flórez y A. Saldaña Díaz
Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Presentamos tres casos clínicos de pacientes que ingresaron en el año 2016 en la Unidad de Ortogeriatría de nuestro hospital. Dos mujeres de 89 y 74 años y un varón de 92 años, que tras una caída, acuden al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional, siendo ingresados con diagnóstico de fractura subcapital de fémur. En ninguno de los casos hubo signos clínicos ni analíticos que hiciesen sospechar infección, pero en el momento quirúrgico se encontró un absceso en la cadera que condicionó la necesidad de, "rectificar" la cirugía que había sido programada. Hemos revisado la bibliografía existente al respecto y no encontramos publicado ningún caso similar. Los diferentes estudios describen infecciones tras cirugía de cadera tanto electiva como tras fractura, siendo en este caso mayor la incidencia posiblemente por el hematoma producido tras la caída. Sin embargo los datos que presentamos son de infección previa a la cirugía.

PC-271. ECCEMA HERPÉTICUM POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 2 EN PACIENTE NONAGENARIA

C. Bibián Getino[1], M. González Eizaguirre[2] y C. Deza Pérez[2]
[1]*Hospital de Barbastro, Barbastro.* [2]*Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.*

Caso clínico: Enfermedad actual: paciente de 97 años de edad, derivada a urgencias por cuadro dermatológico consistente en lesiones vesiculosas diseminadas por toda la superficie corporal de mala evolución. Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. HTA, síndrome ansioso-depresivo, delirium, diverticulosis, litiasis biliar, litiasis renal, quiste anexial izquierdo, accidente isquémico transitorio, hernia de hiato, hipoacusia, fractura bilateral de caderas. IQ: apendicectomía, tunel carpiano, clavo gamma ambas caderas. En tratamiento habitual con metamizol, zolpidem, paroxetina, ketazolam, omeprazol, valsartan/HTC, enoxaparina, prednisona. Valoración geriátrica. Social: viuda. Tiene 3 hijos. Institucionalizada recientemente para convalecencia y rehabilitación tras fracturas de cadera. Funcional: dependiente para ABVD salvo alimentación. Vida cama-sillón reciente. Cognitivo: delirium intrahospitalario. Hipoacusia grave. No diagnosticada previamente de demencia. Exploración física: febrícula, TA: 145/50, FC: 73 lpm. SatO2: 95% basal. Paciente consciente, desorientada, colaboradora. Eupneica. No IY. AC: Tonos rítmicos, AP: Normoventilación, abdomen: Anodino, EEII: no edemas, no signos de TVP, no focalidad neurológica aguda. Herida quirúrgica con grapas sin complicaciones. Lesiones ampollosas de pequeño tamaño diseminadas por tronco y 1/3 proximal de extrermidades. Lesiones ampollosas de mayor tamaño sobre placa necrótica en lado derecho con vesículas arracimadas varioliformes con umbilicación central y de base eritematosa en metámeras cercanas, tronco y muslos. Evolución: tratada con aciclovir iv en un primer tiempo, asociando rifampicina según antibiograma. Curas locales con sulfato de zinc 1/1000, secado, clorhexidina, y mupirocina en fase costrosa. Serología positiva para VHS-2, siendo negativo para VHS-1 y VVZ. Sobreinfección cutánea por SARM. Evolución lenta pero favorable de lesiones cutáneas. Complicación a nivel respiratorio con neumonía bilateral, en tratamiento con imipenem.
Discusión: El eccema herpético es una erupción vesicular extensa originada habitualmente por el VHS-1 en pacientes con lesiones dérmicas previas o alteración de la barrera epidérmica. Excepcional origen por VHS-2. Gran importancia de las técnicas como reacción en cadena de polimerasa (PCR) en tiempo real para diagnóstico temprano y tratamiento. Complicaciones frecuentes sobre todo en pacientes ancianos con pluripatología, como sobreinfección y causando la muerte en el peor de los casos.

PC-272. LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Vásquez Grande, G. Mendieta, J. Zuluaga, N. González, I. Ariza, S. González y S. Muñoz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Varón de 79 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y leucemia linfática crónica (LLC) en remisión espontánea. Situación basal: Barthel 100, Lawton 8. No deterioro cognitivo. Buen apoyo familiar. Tratamiento habitual: indapamida, metformina, tamsulonsina, zolpidem. Acude al hospital por cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en ánimo depresivo, somnolencia diurna, lentitud al realizar tareas sencillas, cambio en la personalidad tornándose apático, descuido del aseo personal y episodios de desorientación. En planta se constata inexpresividad facial marcada, desorientación, inatención, escaso flujo verbal, incoherente, inquieto con alteración del comportamiento (micción en armario de otras habitaciones) y constante vagabundeo. No presentó agresividad. Resto de examen físico normal. Minimental Folstein 17/30. Analítica sanguínea completa normal excepto leve trombopenia y linfopenia. La TC craneal mostró una hipodensidad de sustancia blanca profunda de ambos lóbulos frontales. Ante el deterioro cognitivo rápidamente progresivo y resultado de TC craneal se completa estudio con 1) RMN cerebral que confirma lesiones parcheadas de sustancia blanca compatibles con leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), 2) Serología lúes, VIH y herpes que fueron negativos, 2 estudios de líquido cefalorraquídeo (LCR) con resultados normales y virus JC negativo. La interconsulta a Hematología descarta relación con LLC, que permaneció en remisión. Por la estabilidad clínica y cognitiva se decide alta al domicilio y tratamiento con quetiapina y mirtazapina. A los 6 meses es visto en consulta, persiste muy desorientado, lenguaje escaso, vagabundeo, se levanta mucho por las noches, tuvo dos caídas, se añade incontinencia de esfínteres. Se mantiene mismo tratamiento.
Discusión: La LMP es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central causada por la reactivación del virus JC, de curso progresivo y pronóstico infausto. Muy infrecuente en individuos inmunocompetentes, (aunque se han descrito casos) sin embargo es posible que estados transitorios de inmunosupresión puedan ser los responsables de ésta reactivación. La dificultad diagnóstica de la LMP es probable que influya en el reducido número de casos publicados fuera del contexto de la infección por VIH. En nuestra opinión, la LMP es un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes que presenten un trastorno neurológico rápido y progresivo sin etiología evidente.

PC-273. CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD

D. Cabezas Jaén y S. Alfonso Gómez
Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife.

Caso clínico: Hombre, 84 años que consulta en el Servicio de Urgencia de Hospital Dr. José Molina Orosa en Lanzarote. Motivo consulta: diarreas y vómitos de 4 días de evolución. Exfumador. IPA 48. Bebedor. Obesidad grado I, Cardiopatía isquémica. Barthel: 100. Tratamiento: Aspirina 75 mg/24h, bisoprolol 10 mg/24h, espironolactona 25 mg/24h, Accord inhalador 1/24h. Anamnesis: cuadro de 3-4 días de evolución de vómitos y diarreas, afectación del estado general. 5 deposiciones/día líquidas y vómitos. Niega fiebre. Exploración física: TA 113/55 mmHg, FC 66 lpm, FR 15 rpm, SatO2 (FiO2 21%) 99%. Palidez mucocutánea. ACP: sin hallazgos. Abdomen: distendido. No doloroso. Ruidos presentes. MMII: edemas con fóvea. Frialdad distal. Consciente, orientado y colaborador, moviliza 4 extremidades, fuerza 4-/5. Pruebas complementarias: hemoglobina 16,9 g/dl, leucocitos 14.000. Creatinina 2,13 mg/dl, urea 121, Na 135, K 5,6. PCR 17,4, Pro-BNP 19.740. FG 28 ml/min. Gasometría arterial (basal): pH 7,22, pO2 44, pCO2 45. SatO2 79,9%. ECG: ritmo sinusal, bloqueo rama izquierda. Datos de sobrecarga HVI + extrasístoles ventriculares. Rx tórax: imagen compatible con condensación en LSI + derrame pleural derecho. Diagnóstico de sospecha: gastroenteritis aguda + deshidratación + insuficiencia cardiaca congestiva + neumonía LSI. Evolución: se instaura dieta absoluta y se inicia tratamiento con levofloxacino. El paciente se deteriora clínicamente, disminución del nivel de conciencia, saturación de oxígeno 80%, hipoglucemia, 31 mg/dl, TA 94/35, 110 lpm, Tª 37,6 ºC. ACP: hipofonesis y crepitantes bibasales. Se inicia tratamiento con glucosmon IV, sueroterapia, oxígeno, ceftriaxona y monitorizan constantes y glucemias. Se realiza ecocardiograma que evidencia VI no dilatado, FEVI conservada. HTP moderada. Dilatación VD. Dichos hallazgos y la situación clínica, obligan a descartar TEP, que se evidencia mediante TAC, presentando un infarto pulmonar en LSI. Evoluciona lenta pero favorable, tras 2 semanas de ingreso persiste imagen de infarto pulmonar como lesión residual.
Discusión: El TEP es una patología subdiagnosticada y potencialmente letal. Propiciado por inmovilidad y alteraciones circulatorias que son más prevalentes en mayores en los que la sintomatología típica puede enmascararse por otras patologías por lo que antes situaciones de inmovilidad, debemos sospecharla y descartarlo. Cuando es necesario indicar una dieta absoluta, esta prescripción debe ir acompañada de la sueroterapia adecuada para evitar alteraciones hidroelectrolíticas iatrogénicas.

PC-274. ALTERACIONES VISUALES COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA EPILEPSIA OCCIPITAL EN EL PACIENTE ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. González Medina, M.E. González Medina, J. Bueno Fonseca, A. Salinas Barrionuevo, F. Villanueva Pardo y M. Franquelo Vega
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar un cuadro de alteraciones visuales sin patología oftalmológica en un paciente anciano.
Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial que presenta desde hace unos meses episodios que refiere como "destellos luminosos" de varios minutos de duración, que a veces se acompañan de cefaleas. Oftalmólogo descarta patología ocular, por lo que se remite a neurólogo. Exploración neurológica: consciente y orientado. Tono muscular y fuerza normal. ROT normales. Equilibrio, marcha y coordinación normal. No signos de focalidad neurológica. Pares craneales normales. Signos meníngeos negativos. Hematimetría: normal. Coagulación normal. Bioquímica: normal. ECG: normal. Resonancia magnética de cráneo sin alteraciones significativas. Se le solicita un estudio electroencefalográfico (EEG) de vigilia donde se observa una actividad bioeléctrica cerebral de base normal y brotes muy frecuentes de puntas rítmicas a 5 Hz en región occipital derecha con tendencia a la difusión a región temporal derecha y transmisión contralateral a región temporal izquierda y un episodio de 1 minuto de duración de puntas repetitivas recurrentes en región occipital derecha, que aumentan de ritmo progresivamente. Las maniobras de estimulación (hiperventilación y fotoestimulación) no inducen modificaciones significativas y la maniobra de apertura ocular reduce los paroxismos descritos. EEG de vigilia compatible con crisis parcial simple occipital derecha.
Discusión: Las alteraciones visuales son síntomas frecuentes en el anciano, que en determinadas ocasiones pueden ser manifestación de una enfermedad orgánica. Una vez descartada patología oftalmológica es conveniente una valoración neurológica exhaustiva para descartar otros procesos como migraña con aura, accidente isquémico transitorio (amaurosis octal) o epilepsia occipital como en nuestro caso. Las crisis epilépticas que se originan en el lóbulo occipital van a presentar en general una sintomatología visual, simple o compleja donde las manifestaciones visuales más frecuentes son chispas o destellos (fosfenos). El estudio electroencefalográfico es una herramienta esencial junto con un valoración clínica adecuada para realizar el diagnóstico definitivo.

PC-275. SÍNCOPES DE REPETICIÓN. A VECES, LA ETIOLOGÍA SE ESCONDE

S.J. Rodríguez Ordóñez, M. Antón Jiménez, M.L. Morillo Blanco, E. Núñez Vaquerizo, K. Reynoso de los Santos y J. Caballero Palacio
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Objetivos: Dada la importancia de las caídas y episodios sincopales frecuente en el paciente geriátrico, con la presentación de este caso se pretende destacar la posibilidad de diagnosticar etiologías que tengan tratamiento, mejorando de esa forma la calidad de vida de los pacientes.
Caso clínico: Paciente de 85 años valorada en consultas de Geriatría por caídas inexplicadas en relación a síncopes. Como antecedentes: HTA, Hipotiroidismo, Enfermedad Renal Crónica, dolores articulares erráticos asociados a ANA+ y factor reumatoide+. Buena situación basal, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. La paciente había sido valorada por Neurología con un amplio estudio (RMN cerebral, ecodoppler de troncos supraaórticos, electroencefalograma), sin hallazgos significativos. Asimismo, había sido realizado estudio cardiológico con ecocardiograma y Holter EKG de 24 horas, sin alteraciones relevantes. Tras este estudio, la paciente había sido diagnosticada de síncopes vasovagales. La persistencia de la sintomatología, la ausencia de pródromos, movimientos tónico-clónicos asociados y de incontinencia esfinteriana, junto con la recuperación completa posterior hacían necesaria una reevaluación cardiológica. Por dicho motivo se realizó un registro electrocardiográfico continuo durante varios días objetivándose un bloqueo paroxístico aurículo-ventricular con una pausa mayor de 8 segundos. Tras esto se colocó marcapasos, permaneciendo posteriormente, asintomática.
Discusión: La edad avanzada conlleva a un infradiagnóstico de causas potencialmente tratables en el síncope o caídas no explicadas. En un 50% de los casos el ortostatismo y los mecanismos de regulación de la TA, con hipoperfusión cerebral explican dichos eventos, asociados frecuentemente a toma de medicación hipotensora. No obstante, existe otro porcentaje relacionado con causas cardiológicas, neurológicas o metabólicas cuyo diagnóstico ayudaría indudablemente al tratamiento del enfermo. Resaltar la importancia de una adecuada recogida de los antecedentes, como en esta paciente, donde las artralgias, la positividad para ANAS y factor reumatoide parecen indicar una base patológica autoinmune, con la consiguiente asociación de estas entidades a patología cardiovascular, entre ellas alteraciones de la conducción cardiaca, lo que ayudó a resolver el caso.

PC-276. COMPLICACIÓN NERVIOSA EN LA LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO EN EL PACIENTE ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. González Medina, M.E. González Medina, J. Bueno Fonseca, A. Salinas Barrionuevo, F. Villanueva Pardo y M. Franquelo Vega
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar un cuadro de afectación del nervio axilar tras luxación anterior de hombro en persona anciana.
Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer de 78 años que acude a urgencia por dolor intenso en hombro derecho tras caída fortuita en la residencia de ancianos donde vive. Tras realizarle radiología anteroposterior de hombro es diagnosticada de luxación anterior de hombro siendo reducida por traumatología. Al mes es revisada en consulta de traumatología donde se observa una dificultad para la abducción del hombro derecho por lo que es remitida a la consulta de rehabilitación. Exploración: Se aprecia una atrofia muscular del músculo deltoides derecho con un balance activo de 40º en flexión y de 30ºº en abducción, con balance pasivo consigue 90º de flexión y abducción. Pruebas complementarias: estudio neurofisiológico (electromiograma/electroneurograma). Se observan signos activos de denervación parcial intensa en el músculo deltoides derecho junto con una disminución de la amplitud del potencial evocado del nervio axilar concluyendo como neuropatía axilar del nervio axilar derecho, de grado intenso y evolución activa. Tras 4 meses de fisioterapia diaria con movilización pasiva y activo asistida y electroestimulación de deltoides en la residencia es dada de alta en el servicio de rehabilitación por estabilización lesional (balance activo: 70º en flexión y 50º de abducción y en balance pasivo: 130º de flexión y abducción casi libres).
Discusión: El nervio axilar está muy próximo a la articulación glenohumeral, por lo que es fácil que en una luxación traumática se acompañe de su lesión. La posibilidad de que resulte dañado aumenta con la edad, con la duración de la luxación y la magnitud del traumatismo. Tras una luxación de hombro debe de realizarse una exploración física minuciosa de la articulación glenohumeral para detectar afectación del nervio axilar lo antes posible y realizar cuanto antes un tratamiento adecuado y precoz.

PC-277. CHARLES BONNET Y *DELIRIUM*

P. Gallardo Schall[1] y C. Millacura Meneses[2]
[1]Hospital San José, Santiago. [2]Hospital de Urgencia Posta Central, Santiago.

El síndrome de Charles Bonnet es una entidad clínica en la que aparecen alucinaciones visuales en pacientes con déficit visual por lo general bilateral sin patología orgánica de base. Estas alucinaciones, por lo general están asociadas a trastornos del sueño, patología neurológica, psiquiátrica e incluso sistémica, donde se manifiestan tanto aisladas como dentro del delirium. El diagnóstico de esta entidad se realiza por exclusión de otras patologías que produzcan este tipo de sintomatología. Presentamos un caso clínico de una mujer de 86 años que fue atendida en el servicio de urgencias, por deterioro del estado general en relación con ITU. Inicia cuadro caracterizado por compromiso de conciencia cualitativo, con características delirantes donde destaca alucinaciones visuales de predominio vespertino-nocturno: Decía ver familiares muertos y visión de sombras y corrientes, que se confunde con delirium, en primera instancia. En sus antecedentes destaca patología oftálmica por desprendimiento de retina debido a retinopatía diabética y cirugía de cataratas hace 3 años. A la exploración cognitiva se constatan las alucinaciones visuales, asociado a interpretaciones delirantes de perjuicio por retención en la unidad, y trastorno de percepción, donde refiere que ve formas y sombras que se mueven. Se realizan 3 test de CAM en las siguientes 48 hrs, que resultan negativos. Se confirma la asociación de las alucinaciones con la patología de base y se decide iniciar tratamiento con risperidona a bajas dosis (0,25 mg c/12h). La situación clínica mejora, especialmente las alucinaciones, con ligera tendencia a desorientación nocturna, que luego revierte completamente a las 48 horas luego del inicio de la risperidona. Se realizó control al alta y se citó para realizar Minimental de Folstein que resulta en rango normal para edad y nivel educativo, indicándose risperidona en mantenimiento para control de patología, con buenos resultados.

PC-278. CUANDO ESTUDIAR O NO SE CONVIERTE EN UN DILEMA ÉTICO

E. Rodríguez Soler y B. Guerra
Centre d´Atenció Primària Montnegre, Barcelona.

Caso clínico: Varón de 96 años, no fumador, independiente para las ABVD. Trabajó de taxista. Vive con su esposa en domicilio particular en entorno urbano. Tiene ayuda de trabajadora familiar unas horas a la semana. Es el cuidador principal de su esposa de 88 años, dependiente para las ABVD. Barthel 100, Pfeiffer 10, Lawton-Levy 7. Lleva una vida activa, sale a bailar 5 días a la semana. Antecedentes patológicos: neoplasia de laringe por la que fue intervenida. Como secuela tiene una disfonía crónica. Osteopenia con fractura y pérdida de

altura L4 y hundimiento de plataforma de L2 por las que no toma analgesia. Neoplasia de próstata en 2003 por la que se realizó prostatectomía. Último PSA de 2014, 0,21. Pseudocatarata OI. No realiza ningún tratamiento crónico. Se trata de un paciente de 96 años con los AP anteriormente descritos con escasos seguimientos por voluntad propia que, a raíz de caída casual, sufre herida en EID por la que acude al centro para realización de curas por parte de enfermería. Se aprovecha para aplicar protocolo y hacer las PAPPS que le corresponde y vista conjunta con su médico de cabecera. En ECG se halla una bradicardia sinusal con hemibloqueo de rama derecha, a la auscultación cardíaca destaca un soplo sistólico aórtico IV/VI que irradia a carótidas. El paciente niega disnea, astenia, síncopes o edemas maleolares. Se plantea ampliar estudio con ecocardiograma a pesar de su avanzada edad y no estar sintomático. Se consulta con cardiología RAE, finalmente se decide realizar la exploración complementaria para verificar si se trata de un soplos de estenosis aórtica y estadiar.

Discusión: En casos de edad avanzada pero buena calidad de vida en ocasiones nos plantea la duda si ante hallazgo de patología seguir estudiando aún sabiendo que tal vez no se modificará la actitud terapéutica o por otro lado, no intervenir y hacer tal vez un control más cercano de los síntomas. Aunque por otro lado, si presenta buena calidad de vida, ¿por qué no estudiar y ver hasta dónde podemos llegar?

PC-279. DOCTORA, LA VEO DOS VECES

E. García Tercero[1], B. Cámara Marín[2], J. García Meana[2], T. Martínez Maroto[1], V. Landaluce Pelligra[1], M. Araújo Ordóñez[1] y R.M. García Tercero[3]
[1]Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. [2]Hospital Monte Naranco, Oviedo. [3]Hospital General Universitario, Alicante.

Caso clínico: Mujer de 78 años. Acude a urgencias refiriendo en las últimas dos semanas cefalea intensa y visión doble intermitente con la mirada a la izquierda. El día del ingreso se despierta con empeoramiento del dolor y el párpado derecho caído. No clínica infecciosa. También comenta cierta astenia y pérdida de peso en los últimos nueve meses. Exploración: T 38,1 ºC, FC 72, TA 140/90. FFCC: consciente y orientada. No alteraciones del lenguaje. PPCC: pupilas anisocóricas con midriasis derecha no reactiva a la luz. Parálisis del recto superior, inferior e interno derecho con diplopía binocular horizontal en todas las posiciones de la mirada salvo para la mirada lateral derecha. Ptosis palpebral derecha que contacta borde superior pupila. V, VII, VIII y pares bajos normales. F.de ojo no papiledema (valorado por oftalmología AV normal en ambos ojos). S. Motor: tono y fuerza conservada en las cuatro extremidades 5/5. ROT ++/++++. RCP flexor bilateral. S. sensitivo: sensibilidad táctil superficial y dolorosa conservada en las 4 extremidades. Cerebelo: no dismetrías ni disdiadococinesias. Romberg negativo. Marcha y tándem normales. Ausencia de signos extrapiramidales. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. Analítica: hemograma: Anemia normocítica normocrómica. Resto normal. VSG 57. Bioquímica: sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. No alteraciones de la repolarización. Rx tórax: normal. TC craneal y de órbitas sin alteraciones. Diagnóstico diferencial: metástasis tumoral, migraña oftalmopléjica, aneurismas cerebrales, arteritis de la temporal. Tratamiento: metilprednisolona 1 g i.v. 3 días. Posteriormente prednisona 60 mg/día cuando se estabilizó la pérdida visual.

Discusión: La arteritis de células gigantes (ACG), también conocida como enfermedad de Horton, es la forma más común de vasculitis sistémica que afecta a personas de edad avanzada con complicaciones potencialmente graves sistémicas y oftalmológicas. Constituye un reto diagnóstico por su presentación clínica, que tiene un amplio y variable espectro de signos y síntomas. En el caso de la paciente se comenzó tratamiento con corticoides, mejorando rápidamente de la clínica por lo que no se planteó realizar una biopsia de la temporal. Evolucionó favorablemente y en la revisión de consulta al mes estaba asintomática.

PC-280. ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ) DE EVOLUCIÓN ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Montero Magán[1], M. González Becerra[2], R. Ramírez Martín[3] y J. Berges Fernández[2]
[1]Hospital do Meixoeiro, Vigo. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. [3]Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 77 años diagnosticada de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, con evolución atípica y supervivencia mayor a la habitual.

Caso clínico: Paciente diagnosticada hace 2 años y medio de ECJ esporádica variante MV2. Se encontraba en una situación basal de independencia para las ABVD salvo baño, deambulaba por domicilio autónoma, presentaba incontinencia urinaria de urgencia ocasional, desorientación temporal habitual, mantenía conversación sencilla aunque con dificultades y vivía con esposo con apoyo de 3 hijas. Es remitida por su médico de Atención Primaria al equipo de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid, por deterioro funcional y cognitivo graves tras ingreso hospitalario el mes anterior motivado por dolor abdominal secundario a infección urinaria. En nuestra valoración inicial, la paciente mostraba deterioro funcional severo, con imposibilidad para deambulación, dependencia en ABVD y doble incontinencia. Los síntomas más destacados eran inquietud psicomotriz, quejidos, labilidad emocional, insomnio con hipersomnolencia diurna y déficit de apetito con dificultad para tragar. Tras el abordaje inicial, se recuperó el apetito al instaurar limpieza de boca y tratamiento antimicótico, se controló la agitación y alteración del ciclo del sueño con mirtazapina y lorazepam nocturnos, y ha conseguido de forma progresiva deambulación con ayuda de una persona y continencia diurna. Actualmente, 3 años después del diagnóstico, los trastornos de lenguaje cada vez son más severos, y han aparecido episodios autolimitados de mioclonías.

Discusión: Existen múltiples presentaciones de las enfermedades priónicas, que aún continúan siendo relativamente desconocidas a pesar de los avances diagnósticos. En algunas ocasiones la evolución es atípica y las supervivencias más prolongadas de lo esperado, como es el caso de nuestra paciente, cuya supervivencia media según la bibliografía hubiera sido de aproximadamente 17 meses, y con una sintomatología no del todo característica de la variante a la que pertenece. Todo ello supone un reto para el manejo de la enfermedad y la predicción de un pronóstico que permita establecer un plan de cuidados adecuado según la fase en la que se encuentre el paciente.

PC-281. DERRAME PERICÁRDICO EN EL SÍNDROME DE CREST

A. Suero Roiz, Á. Muñoz Pascual, A. Bobo Sow, E. Ridruejo Gutiérrez de la Cámara, L. Hünicken, M.C. Macías Montero y M.T. Guerrero Díaz
Hospital General, Segovia.

Caso clínico: Mujer de 88 años con antecedentes personales de síndrome de CREST de más de 10 años de evolución, hipertensión arterial, reflujo gastroesofágico y estenosis aórtica moderada. Sin tratamiento de forma crónica y sin seguimiento médico desde hace más de 5 años. Vive acompañada por su único hijo, sin tramitar recursos sociales, en situación de penuria. Con deterioro cognitivo moderado y Barthel de 25. Presenta un empeoramiento progresivo en los últimos dos meses, con caídas de repetición, limitación funcional, disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y disfagia a líquidos. Ingresa en el hospital por episodio de insuficiencia cardiaca con derrame pleural bilateral y derrame pericárdico grave con com-

promiso hemodinámico y datos de hipertensión pulmonar grave. Se descarta realizar pericardiocentesis por el servicio de Cuidados Intensivos, decidiéndose tratamiento médico conservador. A la exploración física, se observan úlceras digitales en dedos de miembros inferiores, calcinosis cutánea en superficie extensora de ambos codos, fenómeno de Raynaud marcado, telangiectasias en la cara y datos de esclerodactilia. A la auscultación, se aprecian crepitantes bibasales y edemas en miembros inferiores. Se instaura, dada la situación basal de la paciente, tratamiento con corticoides, diuréticos, antiagregación, analgesia y oxigenoterapia con mejoría significativa de su estado general. Al alta, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, precisando ingreso en la Unidad de Convalecencia Sociosanitaria para resolver su problemática social y continuar con cuidados asistenciales. Falleciendo 6 semanas después del alta hospitalaria.

Discusión: El síndrome de CREST es una conectivopatía que se incluye dentro de las formas con afectación cutánea limitada aunque puede verse en formas difusas como es el caso. La afectación pulmonar no asociada a neumonitis se caracteriza por disnea de esfuerzo progresiva de rápida evolución, acompañada en fases avanzadas de insuficiencia cardiaca derecha. La afectación cardiaca puede manifestarse como pericarditis con o sin derrame. No existe tratamiento curativo, tan sólo sintomático. En este caso dada la situación social de la paciente no se había realizado un seguimiento adecuado y el compromiso vital vino ocasionado por su situación pulmonar y cardiaca, quizás con un seguimiento adecuado hubiera optado a otro tipo de tratamiento para mejorar su hipertensión pulmonar.

PC-282. HOMBRO CAÍDO EN EL ANCIANO POR AFECTACIÓN DEL NERVIO ESPINAL ACCESORIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

C. González Medina[1], M.E. González Medina[1], A.B. Palomo Cañestro[1], M. Franquelo Vega[1], F. Villanueva Pardo[1], A. Salinas Barrionuevo[1] y J. Vargas Cruz[2]

[1]Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. [2]Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga.

Objetivos: Analizar un cuadro de hombro caído por afectación del nervio espinal accesorio en una persona anciana.

Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer de 75 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y carcinoma adenoide quístico de la glándula salival menor en el trígono retromaleolar izquierdo, intervenido con vaciamiento ganglionar cervical bilateral y radioterapia posterior. Acude 3 meses después a consulta de rehabilitación al observar, al mirarse en el espejo, el hombro izquierdo más bajo que el derecho y dificultad para la abducción y dolor en el hombro izquierdo que no cede con los analgésicos habituales. En la exploración se aprecia un verdadero hombro caído, una escápula con el borde medial desplazado lateralmente con el ángulo inferior rotado medialmente (escápula alada) que se acentúa con la abducción del brazo y disminuye con la flexión. Radiografía anteroposterior de hombro sin alteraciones significativas. Se solicita estudio neurofisiológico (electromiograma/electroneurograma) donde se observan signos activos de denervación parcial intensa en el músculo trapecio izquierdo sin signos de denervación en los restantes músculos examinados (romboide mayor, serrato anterior, supraespinoso, infraespinoso, deltoides, tríceps, extensor común de los dedo, abductor corto del pulgar y abductor del quinto dedo izquierdo) junto con una disminución de la amplitud del potencial evocado motor del nervio espinal accesorio izquierdo con normalidad en los parámetros de conducción nerviosa de los restantes (torácico largo, dorsal de la escápula, axila, musculocutáneo, radial, mediano y cubital izquierdo), concluyendo como una neuropatía axonal parcial del nervio espinal accesorio izquierdo, de grado moderado y evolución activa.

Discusión: Ante un hombro caído hay que realizar una historia clínica detallada con especial atención a antecedentes quirúrgicos en cuello y una exploración clínica meticulosa de la escápula tanto en reposo como en movimiento, imprescindible para orientar el diagnóstico. Los ganglios linfáticos cervicales con frecuencia están inmediatamente colindantes con el nervio espinal accesorio por lo que la cirugía de los mismos es la causa más frecuente de lesión yatrogénica del nervio espinal accesorio.

PC-283. LESIÓN DEL NERVIO PERONEAL COMÚN TRAS LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN PACIENTE ANCIANO

C. González Medina[1], M.E. González Medina[1], A.B. Palomo Cañestro[1], M. Franquelo Vega[1], F. Villanueva Pardo[1], A. Salinas Barrionuevo[1] y J. Vargas Cruz[2]

[1]Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. [2]Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga.

Objetivos: Analizar un cuadro de afectación del nervio ciático poplíteo externo tras artroplastia total de rodilla.

Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer de 79 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y hernia de hiato. Intervenida de artroplastia total de rodilla derecha con anestesia raquídea e isquemia preventiva en miembro inferior derecho con drenaje y vendaje compresivo por gonartrosis derecha. En el postoperatorio inmediato presenta dificultad a la dorsiflexión del pie derecho y alteraciones sensitivas de la porción anterolateral de la parte inferior de la pierna y del tobillo y el dorso del pie. Se le realiza un ecodoppler en donde no se objetiva tromboembolismo venoso periférico en miembro inferior derecho y un estudio neurofisiológico (electromiograma/electroneurograma) donde se observan signos activos de denervación parcial de grado intenso en los músculos tibial anterior, peroneo lateral largo, extensor largo del primer dedo del pie y extensor corto de los dedos del pie derecho junto con una disminución de la amplitud del potencial motor del nervio peroneal común y ausencia del potencial evocado sensitivo del nervio peroneal superficial derecho, concluyendo como neuropatía sensitivo motora axonal del nervio peroneal común derecho posiblemente a nivel de la cabeza del peroné, debido que no se observan signos de denervación en el músculo más proximal dependiente de dicho nervio (porción corta del bíceps femoral). El grado de afectación es intenso y la evolución activa.

Discusión: La artroplastia total de rodilla es un método seguro para restaurar la función y aliviar el dolor generado por patologías artrósicas degenerativas o inflamatorias. Aunque ante esta cirugía existe riesgo bajo de lesiones nerviosas (0,54% según la literatura), pueden originarse afectaciones en el nervio peroneal común por su situación anatómica superficial cuando pasa lateralmente al cuello quirúrgico del peroné. El estudio neurofisiológico es una herramienta esencial para el diagnóstico de este tipo de lesiones.

PC-284. TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO EN PACIENTE CENTENARIA CON TUMOR DE OVARIO SECRETOR DE HORMONAS

V. Garay Airaghi, P. Gil Gregorio y M. Vigara García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Caso clínico: Paciente de 105 años, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo y buen apoyo social; Barthel 60/100. Lawton 4/8. FAC 4/5. Como antecedentes personales destacan: cardiopatía isquémica estable, anemia crónica y úlcera gástrica intervenida quirúrgicamente. Acude a Urgencias por metrorragia de 10 días de evolución que requiere transfusión de dos concentrados de hematíes y pérdida de peso inespecífica en los últimos meses. Afebril y hemodinámicamente estable. La metrorragia referida es autolimitada, periódica y no se vuelve a objetivar durante su estancia hospitalaria. Exploración física sin alteraciones. En ecografía abdominal se objetiva endometrio

engrosado para la edad de la paciente. Así mismo, se determina masa en anejo derecho sugerente de neoformación. No es posible la correcta visualización de la pelvis. Se descarta extensión de posible enfermedad tumoral tras la realización de resonancia magnética nuclear pélvica, en cuyas imágenes quedan confirmados los hallazgos compatibles con neoplasia maligna primaria anexial derecha. Se realiza biopsia endometrial mediante histeroscopia, previo consentimiento de la paciente, que no muestra signos de malignidad. Se inicia parche anticonceptivo transdérmico con seguimiento posterior en consultas de Ginecología. Como primera opción diagnóstica se plantea un tumor de ovario secretor de hormonas. Seis meses después, la paciente continua viva, con mínimo sangrado periódico, sin anemización secundaria que requiera transfusión y con misma situación funcional.

Discusión: La valoración geriátrica integral, una evaluación meticulosa y el control multidisciplinar de los pacientes de edad tan avanzada es fundamental para poder ofrecer buenos resultados. Destacar la importancia de la comunicación médico-paciente, donde la paciente solicita información, entiende y decide someterse a estudio y cumplimiento terapéutico. Actualmente con tratamiento antihormonal, no ha precisado nuevas transfusiones ni hospitalización. Asintomática y con buena calidad de vida.

PC-285. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL DE EVALUACIÓN DEL ANCIANO EN LA PUERTA DE URGENCIAS

A. Noguerón García, M. López Utiel, I. Huedo Ródenas, L. Plaza Carmona, S. Lozoya Moreno, P. Abizanda Soler y P.M. Sánchez Jurado
Clínica Nuestra Sra. del Rosario, Albacete.

Objetivos: Remarcar la figura del médico geriatra como clínico consultor en los servicios de urgencias. Recogida de datos mediante historia clínica y búsqueda bibliográfica acerca del caso clínico que se presenta.

Caso clínico: Mujer, 79 años. No RAMc. DM, HTA. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg c/24 horas, losartan/hidroclorotiazida 50/12,5 mg c/24 horas, insulina humalog 16 UI, metformina 850 mg 0,5 c/12 horas. VGI: Katz A IB100. L 8. FAC 5. No caídas. Sin deterioro cognitivo. Vive en Albacete sola. Enf. actual: desde hace unos 15 días, progresivo aumento de perímetro abdominal, astenia y anorexia, que condiciona deterioro funcional agudo. MEG, cianosis labial, deshidratación moderada. Taquipneica en reposo. Tª 36,5 ºC. Sat O2 97%. TA 90,55. Fc 105. Glucemia 256. Obesidad mórbida. No soplos carotídeos, no bocio. ACP: taquicardia sinusal, con murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible. Muy distendido. Timpánico. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Algún ruido metálico con silencio en hemiabdomen izquierdo. MMII: No edemas. No signos de TVP. Livideces en MMII. Tacto rectal: Gran cantidad de hemorroides externas que dejan "agua de lavar carne" al tacto, sin signos de complicación aguda evidente, con esfínter anal hipertónico que impide introducir dedo. TAC abdominal: fecaloma con gran dilatación de sigma y marco cólico hasta ciego. La paciente ingresa en nuestra unidad, remitida desde Urgencias, con inestabilidad hemodinámica por lo que se inicia antibioterapia empírica y aminas y se realiza interconsulta urgente a cirugía general. Tras valoración por su parte, se decide intervención quirúrgica urgente. Tras el procedimiento se avisa a Unidad de Cuidados Intensivos. Durante las siguientes 48 horas, estabilización inicial, con discreta mejoría pero nuevo empeoramiento hemodinámico y respiratorio. Ante la situación de mal pronóstico se informa a la familia, iniciándose medidas de confort. Finalmente, la paciente fallece.

Discusión: Creemos que es hora de diseñar un plan de cuidados específico en el área del Urgencias, siendo imprescindible contar con la figura del médico geriatra como clínico consultor para realizar una valoración integral desde el punto de vista clínico, físico, cognitivo y social que facilite el manejo y el diagnóstico precoz del anciano.

PC-286. MIOCARDIOPATÍA INFILTRATIVA EN OCTOGENARIO

V. Mazoteras Muñoz, J.L. Esquinas Requena, E. García Carreño, J. Martín Márquez, J. Gil Moreno, V. Hernández Jiménez y N. Fernández Martínez
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Caso clínico: Varón 80 años presenta síncopes de repetición sin focalidad neurológica y con recuperación ad integrum espontánea y sin pródromos. Presenta alteraciones del comportamiento con conductas obsesivas, suspicacia y olvidos de hechos recientes en los últimos 7 años. Situación funcional preservada, Barthel 95. Exploración física destacar facies tosca e hipoacusia bilateral. Pruebas complementarías: analítica destacan: albumina 3,6, proteínas totales 5,9. Anodinas las radiografías de tórax, abdomen, columna dorso- lumbar y ecodoppler de troncos supraórticos. En resonancia craneal mucha afectación de sustancia blanca con encefalopatía de pequeño vaso y lesión de infarto subagudo en corona radiada derecha. Electrocardiograma: RS con PR límite y un QRS estrecho y alguna extrasístole supraventricular aislada. El eco-doppler transcraneal y electroencefalograma sin hallazgos. Ecocardiografía transtorácico: ventrículo izquierdo (VI) no dilatado con cavidad ventricular izquierda reducida con hipertrofia moderada-severa con función sistólica adecuada. Alteración en el patrón de llenado e insuficiencia mitral ligera, válvula aórtica trivalva con afectación orgánica ligera y aurícula izquierda moderadamente dilatada. El estudio Holter 24h sin alteraciones reseñables. Ante este hallazgo cardíaco completamos estudio con RMN cardíaca: fracción eyección 72% con una contractilidad total normal junto con un realce lineal medio-ventricular en cara inferior y basal de VI sugerente de foco de fibrosis no sugestivo de hemocromatosis ni amiloidosis.

Discusión: Nos planteamos la posibilidad de afectación cardíaca como neurológica tardía de una enfermedad de Fabry (EF) realizando al paciente determinación en sangre seca encontrando actividad α-galactosidasa baja (1,4 nmol/L/h), quedando pendiente la determinación en sangre liquida y estudio genético familiar en este momento. La EF es una metabolopatía hereditaria ligado al cromosoma X con la mayor afectación en el varón. Enfermedad multisistémica que se debe por el déficit de la enzima α-galactosidasa A provocando un acumulo de una sustancia: globotriasilceramida (Gb3 o GL3) en distintos tejidos, sobre todo cardiaco y la neurológico. Un 53% de los pacientes presentan síntomas cardiovasculares encontrándose isquemia, miocardiopatías, arritmias y valvulopatías. La miocardiopatía hipertrófica concéntrica está presente en un 34% de los pacientes y uno de cada 100 pacientes con dicha miocardiopatía resultaran EF. En cuanto a la afectación neurológica, suelen ser ictus y accidentes isquémicos transitorios.

PC-287. HIPERPROLACTINEMIA EN OCTOGENARIA PARA FILIAR

V. Mazoteras Muñoz, E. García Carreño, N. Parras García de León, G. Martinón Torres, M. Osorio Muñoz y N. Fernández Martínez
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Caso clínico: Mujer de 88 años que acude a nuestra consulta por emisión de líquido lechoso de ambas mamas de 1 semana de evolución sin anomalías en autoexploración. AP: HTA. Hipotiroidismo. Deterioro cognitivo vascular moderado GDS 5. Osteoartritis generalizada. Trastorno distímico con ansiedad SB: IABVD con deambulación autónoma, IB 100. Deterioro cognitivo de perfil vascular GDS 5. Vive con esposo octogenario bajo supervisión de hija. Tratamiento actual: levotiroxina 100 mg, ramipril 5 mg/24 h, Adiro 100 mg, trazodona 100 mg noche, calcio/24h, Duloxetina 30 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24h, rivastigmina 9,5 mg/24h. Analítica: destaca prolactinemia: 30 mg/l. Resto todo normal incluido hormona tiroidea (TSH y

T4L), B12, fólico, PTH, vitamina D y calcio. TAC de cráneo: envejecimiento cerebral, RMN cerebral: sin alteraciones a nivel de hipófisis ni hipotálamo. Mamografía bilateral y ecografía abdominal: anodinas.
Discusión: En el 50% de los casos de galactorrea no existe una causa aparente. En el 25% de los casos, adenomas pituitarios o prolactinomas, tumores benignos en hipófisis. En ciertos casos asociada a enfermedades como la insuficiencia renal crónica, la cirrosis hepática, el hipotiroidismo, la enfermedad de Cushing, la enfermedad de Addison, sarcoidosis, meningitis y la hidrocefalia, traumatismo o cirugía torácica mastitis y herpes zoster. También, con frecuencia se asocian a medicamentos como metoclopramida, domperidona, cimetidina, lansoprazol, opiáceos,anovulatorios, verapamilo, fenotiacinas, risperidona, inhibidores de la recaptación de serotonina, sulpirida, tioxantenos, antidepresivos, agentes que deplecionan la dopamina y bloqueo de los receptores de histamina. En nuestro caso, encontramos asociación de la galactorrea con hiperprolactinemia es con el inicio del tratamiento con duloxetina. La prolactina, una hormona producida por las células de la hipófisis anterior. Además de las glándulas mamarias, el cerebro, el hígado, los riñones, los ovarios, el útero, la próstata y los testículos tienen receptores para la prolactina El principal inhibidor de la secreción de prolactina es la dopamina. La hiperprolactinemia inducida por fármacos por lo general se caracteriza por niveles de 25 a 100 μg. El tratamiento de la galactorrea está dirigido a corregir la causa etiológica. En el caso de nuestra paciente tras suspender el tratamiento con duloxetina, cede de forma espontánea la galactorrea.

PC-288. MANIFESTACIÓN ATÍPICA DEL DOLOR ABDOMINAL EN EL PACIENTE ANCIANO: LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

T. Martínez Maroto, S. Amor Andrés, E. García Tercero, V. Landaluce-Pelligra y E. Zafra Ocaña
Hospital Virgen del Valle, Toledo.

Caso clínico: Paciente de 83 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia. En 2014 realización de angioplastia e implante de stent farmacoactivo en descendente anterior media y distal por IAMSEST Killip I. Adenocarcinoma de próstata de bajo grado en tratamiento farmacológico. En tratamiento con hierro por anemia. Acude a urgencias derivado por su médico por cuadro de 15 días de evolución de dolor abdominal, astenia, anemia, palidez cutánea y estreñimiento acompañado de masa palpable en fosa ilíaca derecha. Sensación distérmica. No otra clínica acompañante. A la exploración física destaca dolor y defensa abdominal a la palpación en fosa ilíaca derecha. En pruebas complementarias presenta deterioro de función renal y anemia normocítica, normocrómica, con elevación en reactantes de fase aguda, por lo que el paciente es ingresado en planta de geriatría. A su llegada a planta el paciente persiste con dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha, con dudoso Blumberg, donde se palpa zona empastada, sin signos de irritación peritoneal. Presenta pico febril. Ante sospecha de apendicitis se comenta el caso con cirugía y se traslada al paciente para realización de ecografía urgente. El TAC y la ecografía abdominal se visualiza en fosa ilíaca derecha apéndice vermiforme de calibre aumentado, con realce mucoso, con colección de morfología anfractuosa en su punto, de aproximadamente 44 × 27 × 46 mm, de contenido hipodenso y paredes realzadas, en íntimo contacto con la pared inferoposterior del ciego. Engrosamiento parietal del ciego y de mitad inferior del colon ascendente. Hallazgos radiológicos sugestivos de apendicitis aguda perforada en su punta con colección asociada. El paciente es intervenido de urgencias, encontrándose tumoración en ciego perforada hacia parietocólico derecho con absceso intraabdominal asociado. El paciente es diagnosticado de peritonitis aguda gangrenosa con absceso intraabdominal asociado. Se realiza apendicectomía. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente es dado de alta a domicilio.

PC-289. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE FIBROSIS RETROPERITONEAL EN NONAGENARIA

G. Martinón Torres, J. Gil Moreno, N. Parras García de León, J. Martín Márquez, E. García Carreño, J.L. Esquinas Requena y L. Calahorra Fernández
Hospital General, Ciudad Real.

Caso clínico: Mujer 91 años con edema miembro inferior izquierdo. Tratamiento: AAS 100, paroxetina 20, donepezilo 10, zolpidem 5, nevibolol 2,5/HCTZ 12,5. S. basal: Barthel 40. Deterioro cognitivo moderado. Enfermedad: cuadro constitucional progresivo, más evidente la última semana. Aumento edemas miembros inferiores, llamativo en izquierdo. Recorte diuresis. Febrícula. Analítica: leucos 13.200 (80%N), urea 202, creat 3,99, K 5,8, dímero D 7340. Eco doppler MMII: trombosis venosa profunda MI izquierdo. Ecografía renal: polo superior riñón derecho, masa sólida excrecente 50 mm, con área quística, sugiere neoplasia. Hidronefrosis grado III bilateral. TAC abdominal: dilatación piélica bilateral sin evidencia de causa obstructiva. Polo superior riñón derecho, imagen nodular hiperdensa 5,5 cm origen tumoral. Mala visualización de retroperitoneo a nivel proximal con aumento densidad espacio interaortocava y paraórtico, fibrosis retroperitoneal. Cirugía urgente: ureteropielografía retrógrada con hidronefrosis bilateral, sin estenosis intrínseca ureteral. Medialización ambos uréteres. Colocación catéter doble J bilateral. Evolución: ingresa por TVP MID e insuficiencia renal. Hallazgos por atrapamiento ureteral bilateral y grandes vasos por fibrosis retroperitoneal, enfermedad rara en anciano. Se inicia tratamiento corticoideo. Empeoramiento progresivo función renal (urea 334 creat 7,4). Cirugía urgente para descompresión ureteral: cateterización bilateral doble J. En postoperatorio, evoluciona desfavorablemente: sepsis urológica y broncoaspiración.
Discusión: La fibrosis retroperitoneal es una enfermedad rara. Incidencia 0,1-1,3/100.000h. 40-60 años. Varones 2-3:1 Dos tercios son idiopáticos. Origen maligno (8-10%) asociados a neoplasias (paciente tumor renal). El resto secundario a infecciones, cirugías, traumatismos, radioterapia y medicamentos (paciente con betabloqueantes). Clínica inicial inespecífica (dolor abdominal insidioso, constitucional). Síntomas y signos se relacionan con atrapamiento y compresión de uréteres, vena cava inferior, aorta y ramas. Con obstrucción ureteral bilateral severa (80-100%) existen síntomas urémicos y oligoanuria por fallo renal posrenal. Caso avanzado se presenta como trombosis venosa profunda por obstrucción de venas y vasos linfáticos retroperitoneales. Carece de criterios diagnósticos. Se basa en clínica sugestiva. TAC, prueba de elección. Diagnóstico certeza: biopsia tejido fibrótico. Tratamiento médico: corticoides empíricos fase temprana. Tratamiento quirúrgico inicial, derivación urinaria mediante colocación de catéteres doble J, posteriormente, liberación ureteral de placa de fibrosis (ureterolisis). Pronóstico depende del diagnóstico temprano e inicio tratamiento antes de cambios irreversibles a nivel renal.

PC-290. RECIDIVA HIPOTALÁMICA DE LINFOMA NO HODGKIN EN MUJER ANCIANA

S. Muñoz Yépez, S. González Chávez, N. González Senac, J. Vasquez Grande, S. Martínez Flores y J. Ortiz Alonso
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Mujer de 74 años parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 40/100) tras diagnóstico y tratamiento de LNH en los últimos 6 meses. Vive con esposo e hija. No deterioro cognitivo previo. Antecedentes de cardiopatía isquémica, FEVI normal, portadora de MCP. Linfoma B difuso de célula grande (LNHBDCG), diagnosticada en mayo 2016 con afectación gástrica esplénica, renal y hepática. Recibió 6 ciclos de R-HOP, sin profilaxis neurológica. Presenta remisión completa en PET de octubre 2016. Reingresa en Geriatría en enero 2017 por deterioro cognitivo

brusco, con fluctuación del nivel de conciencia, predominando hipersomnia la mayor parte del día, cefalea, empobrecimiento del lenguaje. En la exploración neurológica destacan los hallazgos de hipersomnia sin focalidad neurológica motora o sensitiva. Resto de exploración física sin hallazgos de interés. Entre las pruebas complementarias destacan anemia (Hb 10,9) y plaquetopenia (103.000). Sin alteraciones en la función renal y hepática, con diabetes mellitus bien controlada. El análisis del LCR es normal. En RMN cerebral tumoración hipotalámica, que infiltra suelo y paredes del III ventrículo con edema vasogénico hasta regiones mesencefálicas y talámicas relacionadas probablemente con linfoma cerebral. En busca de lesión accesible se realiza TC body, que muestra una masa renal izquierda. Biopsia de esta confirma recidiva de LNHBDCG. Se traslada a Hematología donde se inicia tratamiento con metotrexato y corticoides a dosis altas. Inicialmente experimenta leve mejoría del nivel de consciencia y lenguaje, pero antes del 2º ciclo nota empeoramiento clínico con hipersomnolencia y hallazgos en TAC cerebral se evidencia empeoramiento de masa hipotalámica con signos de hidrocefalia aguda. Se traslada a unidad de paliativos.
Discusión: Se presenta caso de recidiva de LNH en SNC afectando tercer ventrículo e hipotálamo por su rareza y presentación atípica sin afectación hormonal y si afectación cognitiva e hipersomnia en relación con afectación de las ramas hipotalámicas del despertar.

PC-291. HIPONATREMIA GRAVE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

E.X. Toral Valdivieso, V. Garay Airaghi, M. Salas Carrillo,
P. Gil Gregorio y M. Vigara García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Caso clínico: Paciente de 86 años, IABVD, sin deterioro cognitivo ni antecedentes de interés que acude a Urgencias por diarrea, náuseas y vómitos de tres días de evolución. Refiere sensación vertiginosa desde hace dos meses. En Urgencias se objetiva hiponatremia hipoosmolar de 119. En planta persiste la emesis y en la exploración física se objetiva importante distensión abdominal, refiriendo la enferma dolor abdominal difuso. Revisando su historial, la enferma presentaba hiponatremia leve en analíticas anteriores, siendo refractaria. La hiponatremia en el paciente durante el ingreso al tratamiento de restricción hídrica y aporte de sal, y al tratamiento posterior con tolvaptán. Se solicita ecografía abdominal que objetiva LOES hepáticas sugerentes de metástasis y a nivel del epigastrio masa abdominal sin poder determinar origen pancreático, gástrico o linfático. Se decide ampliar estudio con TC y es diagnosticada de probable adenocarcinoma de páncreas (9 × 5,5 cm) con carcinomatosis peritoneal secundaria. La paciente presenta disconfort importante con empeoramiento rápido y progresivo del estado general y astenia intensa, por lo que tras consenso con la enferma y familiares se inicia tratamiento paliativo, falleciendo cuatro días después.
Discusión: Anciano constituye un hallazgo importante y la primera manifestación de múltiples patologías que requiere un estudio completo y exhaustivo. Los cuidados al final de la vida y la comunicación médico-familiar es fundamental para iniciar un tratamiento sintomático adecuado. La decisión y el consenso de iniciar medidas de confort mejoró claramente la calidad de muerte de la enferma.

PC-292. MANIFESTACIÓN NEUROGLUCOPÉNICA SECUNDARIA A INSULINOMA EN PACIENTE GERIÁTRICO

D. Padrón, M. Salas y A. Estrada
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Caso clínico: Paciente de 73 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, Barthel 100/100 Lawton 8/8, sin deterioro cognitivo. Como antecedentes personales: HTA, no DM, no DL, obesidad tipo II, hiperparatiroidismo, carcinoma de endometrio, nódulos tiroideos, epilepsia focal temporal izquierda sintomática en tratamiento. Acude a urgencias por cuadro de alteración del lenguaje y agitación psicomotriz con posterior bradipsiquia. Refiere aumento de caídas en el último mes. En urgencias se objetiva glucemia de 26 con mejoría clínica tras administración de glucosmol 50%. En planta la paciente realiza nuevos cuadros clínicos secundarios a neuroglucopenia. Se realiza test de ayuno compatible con diagnóstico de insulinoma y se solicita TC donde se observa nódulo hipervascular en relación con tumor neuroendocrino en cola de páncreas. Ante los antecedentes epilépticos se refuerza pauta de anticomiciales y se añade durante el ingreso diazóxido 25 mg en desayuno y comida y sueroterapia con glucosado hiperosmolar nocturno. Durante el ingreso se realiza pancreatectomía de cola de páncreas por laparoscopia y posterior estudio anatomopatológico en el que se observa un tumor neuroendocrino bien diferenciado grado 1, pT1Nx con índice mitótico bajo sin necrosis tumoral. La extracción deja bordes libres sin invasión linfovascular ni perineural. En la inmunohistoquímica destaca la expresión marcada de sinaptofisina. Se realiza estudio de extensión para descartar síndrome de neoplasia endocrina múltiple y/o afectación tumoral cerebral sin hallazgos patológicos radiológicos ni analíticos. Acude a control ambulatorio en el que la paciente no muestra nueva sintomatología y se reducen anticomiciales a posología inicial.
Discusión: Las manifestaciones clínicas secundarias a hipoglucemia en un paciente que no presenta patología endocrina previa ni tratamiento hipoglucemiante debe ser un signo de alarma. Los tumores neuroendocrinos, pueden acaecer en edad geriátrica, por lo que debemos pensar en ellos como diagnóstico diferencial a pesar de su baja incidencia.

PC-293. LA CEGUERA EN EL ANCIANO, ¿Y AHORA QUÉ HACEMOS?

C. Silva Ramos y S. Veiga
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo-UCSP Beja, Portugal.

Introducción: La adaptación a la discapacidad es el resultado de un proceso largo y trabajoso que depara la oportunidad de aprendizajes variados. En el caso de las personas mayores que afrontan la perdida visual en edad avanzada, deben hacer frente al aprendizaje de nuevas competencias, para superar limitaciones que no han conocido a la largo de su trayectoria vital. Pesquisa bibliográfica en Pubmed en las lenguas castellana e inglesa utilizando los términos “ceguera”, “adaptaciones sensoriales en la vejez”.
Caso clínico: Hombre de 82 años de edad, residente en Beja (Portugal) que a los 63 años hizo un trasplante bilateral de cornea quedándose con glaucoma secundario que con el pasar del tiempo se ha logrado controlar. Hizo rechazo del trasplante del ojo derecho por lo que este se quedó ciego. Con el pasar del tiempo hizo úlceras corneales de repetición en el ojo izquierdo lo que ha contribuido para la diminución de la acuidad visual. En enero del 2017 acudió al médico de cabecera con dolores fuertes en ojo izquierdo. Se observaba edema e inflación. En articulación con el oftalmólogo se diagnosticó una queratitis bacteriana y absceso en la cornea. Durante 4 días el paciente tomó ciprofloxacino 750 mg 12/12h y además colocó antibiótico en gotas a cada hora en el ojo (clorhidrato moxifloxacino), lográndose mejoría del edema y de la inflamación. Pasados 3 días y, siguiendo con el mismo tratamiento, el paciente acudió al médico de cabera con un dolor muy fuerte en el ojo. Fue posible observar la destrucción del polo anterior del ojo. Se envió el paciente al servicio de urgencia donde se ha removido quirúrgicamente el ojo.
Discusión: Son muchas las esferas afectadas por la pérdida de visual, aunque no todas las actividades de la vida diaria se alteran de igual manera, por lo que es imprescindible un buen suporte familiar y institucional. Por sus implicaciones clínicas, funcionales, psicológicas y sociales, con el fin no sólo de detectar los problemas de visión, sino también de prevenir la fragilidad y sus consecuencias, dependencia

y institucionalización, la valoración sensorial debería formar parte de la valoración geriátrica integral.

PC-294. IMPACTO EMOCIONAL FAMILIAR EN LA DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

I. Ariza Segovia, S. Martínez Flores, S.A. González Chávez, S.L. Muñoz Yépez, J.P. Vásquez Grande y M.A. García Alhambra
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Destacar la importancia del diagnóstico de la demencia rápidamente progresiva (DRP) y su repercusión en la dinámica familiar.
Caso clínico: Varón de 83 años que ingresó en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) para estudio de síncope y deterioro cognitivo. Se describen antecedentes médicos, situación funcional, mental y soporte familiar al ingreso hospitalario. Se describen los síntomas de deterioro cognitivo y funcional, las pruebas diagnósticas, con apoyo fotográfico (pruebas de imagen) y la evolución clínica. La demencia de cuerpos de Lewy supone una proporción importante de las DRP, además es la segunda causa de demencia neurodegenerativa tras la enfermedad de Alzheimer, y representa entre 4-30% del total de demencias. La edad media de presentación es 75 años, aumentando su prevalencia con la edad y en hombres, proporción 4:1. El paciente presentaba caídas de repetición, síncope, deterioro reciente de la marcha y síntomas psico-conductuales con agitación, rechazo de ingesta y alucinaciones visuales. En la exploración destacaban signos de parkinsonismo, desorientación y alteración de la percepción visoespacial. Se realizaron pruebas complementarias, con analítica básica de sangre que fue normal. La punción lumbar no mostró hallazgos relevantes, incluyendo estudio de proteína 14.3.3, estudio inmunológico y oncogenes que fueron negativos. La resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral mostró datos de microangiopatía e hidrocefalia leve. La tomografía de emisión de positrones (PET) mostró datos compatibles con demencia de cuerpos de Lewy. Desde el inicio del ingreso se informó a la familia de la sospecha diagnóstica y sus consecuencias, y se valoró por Rehabilitación, iniciando estimulación funcional del paciente, que completó en la unidad de convalecencia del Servicio de Geriatría. Al alta hospitalaria, caminaba con andador y supervisión de una persona. Dos meses después, el paciente era totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria.
Discusión: La demencia rápidamente progresiva implica grave deterioro funcional y mental del paciente en un corto espacio de tiempo. Es importante la sospecha diagnóstica de la demencia rápidamente progresiva, por su mal pronóstico a corto plazo. El equipo multidisciplinar de Geriatría desempeña un papel relevante en el apoyo a la familia del paciente con demencia rápidamente progresiva.

PC-295. SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN EN PACIENTE NONAGENARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Martínez Flores, I. Ariza Segovia, N.M. González Senac, S.A. González Chávez, V. Romero Estarlich, D.Y. Peña Lora y F.J. Ortiz Alonso
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Varón de 93 años con antecedentes de diabetes mellitus, dislipemia, ictus isquémico de ACM izquierda, MCP por BAV completo, demencia severa de origen mixto, hematoma subdural bilateral, carcinoma basocelular intervenido. Situación funcional basal: dependiente para las ABVD. Incontinente doble. Camina con andador y ayuda. Barthel 15/100. Demencia con alteraciones conductuales. Vive en residencia. Dieta túrmix por disfagia. Desnutrición proteico-calórica. Tratamiento habitual con insulina, adiro, dutasteride, trazodona, quetiapina y movicol. Es derivado a urgencias por intolerancia oral secundaria a odinofagia por probable candidiasis orofaríngea con negativa a tratamiento con mycostatin. Se realizan pruebas complementarias diagnosticándose de sepsis posiblemente secundaria a infección urinaria, candidiasis orofaríngea, enfermedad renal aguda secundaria a deshidratación hipernatrémica. Ingresa con cefepime, fluconazol e hidratación. En planta se inicia nutrición parenteral (NTP) por desnutrición proteica (proteínas 6,1 g/dl, albúmina 2,3 g/dl) y negativa a ingesta. A las 24 horas del inicio se objetiva en analítica sanguínea hipofosfatemia grave (1 mg/dl), hipopotasemia (3 mmol/L) con magnesio y calcio mantenidos, por lo que se sospecha síndrome de realimentación (SRA), se disminuye perfusión de NTP y se inicia reposición de iones con mejoría progresiva de alteraciones iónicas sin llegar a producirse alteraciones clínicas secundarias. El paciente presenta mala evolución por presencia de neumonía aspirativa con mala respuesta antibiótica llegando a producirse el exitus. El SRA se presenta como consecuencia del soporte nutricional en pacientes con malnutrición calórico-proteica (en cualquier modalidad de tratamiento nutricional: oral, enteral o parenteral). Es un síndrome frecuente, infradiagnosticado por no tener unos criterios de diagnósticos estandarizados considerándose desde únicamente presenta de alteraciones iónicas (principalmente hipofosfatemia) o lo previo más alteraciones clínicas variadas (disfunción cardiaca, hematológica, neuromuscular) por todo ello no tenemos una incidencia aceptada, siendo esta muy variada en función de los criterios diagnósticos de cada estudio.
Discusión: Se presenta el caso por ser una entidad potencialmente grave, especialmente en ancianos desnutridos, no muy conocida, evitable si se anticipa. Los pasos más importantes son identificar los pacientes con riesgo, reintroducir nutrición cuidadosamente y corregir deficiencias en electrolitos y vitaminas.

PC-296. METÁSTASIS ÓSEAS LÍTICAS DE CÁNCER DE PRÓSTATA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.R.A. Mejía Ramírez de Arellano[1], R. Vállez Romero[2], E. Romero Pisonero[3], C. Zaragoza Brehscit[3] y C. Alcaraz López[1]
[1]Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. [2]Hospital Central de la Defensa, Madrid. [3]Hospital la Fuenfría, Cercedilla.

Introducción: Las metástasis óseas son causa de deterioro funcional (dolor, fracturas patológicas). Dependiendo del tumor primario, suelen ser predominantemente líticas, blásticas o mixtas (aunque todas reflejan aumento de remodelación). Sin embargo, estas características no son patognomónicas.
Caso clínico: Paciente de 82 años con diagnostico en 2014 de adenocarcinoma de próstata cT2A-T3A Gleason 9 N0 M0 tratado con bloqueo androgénico completo. Al año, presentó elevación del PSA; el TAC describe lesiones líticas en cuello quirúrgico del húmero derecho. Traumatología, decidió enclavado endomedular profiláctico (octubre-2015). En la anatomía patológica se confirmó adenocarcinoma moderadamente diferenciado prostático. Se inició docetaxel que se suspendió por complicaciones infecciosas. Se mantuvo enzalutamida y se propusieron antirresortivos. En el TAC a los 3 meses se observó progresión de la enfermedad. Por las complicaciones de la quimioterapia, el paciente decidió quimioterapia activa y anti-resortivos, manteniendo eligard e innohep. En agosto sufrió fractura supracondílea de húmero derecho. Se decidió tratamiento conservador. En octubre ingresa en Paliativos del Hospital La Fuenfría, por deterioro funcional. Dado que el paciente mantenía deambulación (trayectos cortos) con supervisión sin ayudas técnicas, se inició rehabilitación por deseo del paciente (para independencia mínima en los ABVD), consiguiéndolo en una semana. En la cuarta semana de ingreso falleció por complicaciones de *C. difficile*.
Discusión: La idea de cáncer de próstata como lento, con metástasis blásticas y tratamiento eficaz se enfrenta cada vez más a casos en los que supera el bloqueo hormonal y que aparecen resistencias a las

líneas de tratamiento. El RANK-L hace de los inhibidores de osteoclastos una herramienta útil. La radioterapia externa es eficaz. El riesgo de fractura patológica se evalúa con escalas que apoyan la decisión sobre enclavado profiláctico. En nuestro caso, a pesar del antiandrógeno y la quimioterapia, el cáncer progresó con metástasis líticas. Además, la no utilización de radioterapia, la mala tolerancia a la quimioterapia y los anti-resortivos pudo influir en la progresión tan agresiva. En cuanto a su manejo paliativo, es importante recalcar que el paciente no padeció dolor y en todo momento mantuvo independencia parcial para las ABVD.

PC-297. VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA TIPO ENFERMEDAD DE SCHOLEING-HENOCH EN UN PACIENTE ANCIANO

B. Vásquez Brolen, M. Asenjo Cambra, I. Criado Martín, P. Vicent, L. Lozano, V. Martín y A. Revuelta
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Describir un tipo de vasculitis de presentación inusual en adultos mayores con múltiples manifestaciones orgánicas a raíz de un caso clínico. Revisión de la historia clínica del paciente y la literatura actualizada sobre el diagnóstico y el tratamiento de las vasculitis.
Caso clínico: Varón de 84 años con buena situación basal (ECRF 0/5-ECRM 0/5) y buen apoyo familiar. AP: portador de válvula aórtica metálica normofuncionante, anticoagulado con acenocumarol, FA, AIT, ictus de ACM en 2013 sin secuelas, anemia ferropénica, pólipos colónicos, diverticulosis, Neo de estómago intervenido en 2007 con gastrectomía parcial y derivación en Y de Roux, insuficiencia renal crónica estadio IIIA. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal, coluria, sensación distérmica con lesiones violáceas puntiformes en extremidades y zonas de presión con aumento progresivo de tamaño asociado a artralgias de pequeñas articulaciones, mialgias y mal estar general. Como antecedente inmediato presentó cuadro gripal que trató con Paracetamol y un antitusígeno. En la analítica de urgencias presenta elevación de RFA, hiperbilirrubinemia indirecta, discreto deterioro de la función renal y sobredosificación de acenocumarol. Durante su hospitalización desarrolla deterioro extremo de la función renal con alteraciones hidroelectrolíticas, hiperbilirrubinemia acentuada y elevación de enzimas hepáticas con tendencia a la hipertensión arterial. Se inició empíricamente prednisona a altas dosis con buena respuesta, fluidoterapia con congestión pulmonar con adecuada respuesta a diuréticos. Se tomó biopsia cutánea con resultado de dermatitis purpúrica con infiltración eosinofílica y escasa necrosis fibrinoide; no se realizó biopsia renal por riesgo de complicaciones hemorrágicas y por la mejoría de la función renal, indicativo de GN mesangial IgA. Con el descenso de corticoides reaparecen lesiones purpúricas, por lo que se inició tratamiento inmunodepresor con azatioprina, antibiótico por ITU, y prevención de osteoporosis.
Discusión: Un tercio de las vasculitis IgA ocurren en adultos. Considerar la complejidad de cuadros sistémicos de estas características valorando en todo momento el desarrollo de síndromes geriátricos secundarios.

PC-298. LAS ENFERMEDADES FAMILIARES TAMBIÉN SE EXPRESAN EN LA VEJEZ. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Alcaraz, J. Jaramillo Hidalgo, T. Lapeña Montero, M. González Becerra y J. Gómez-Pavón
Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid.

Caso clínico: Varón de 92 años con disfagia de inicio brusco, para líquidos y sólidos, y sensación de stop a nivel cervical bajo, de un mes de evolución. Parkinsonismo vascular, demencia mixta GDS 6 y hermano con miastenia gravis (MG). Situación basal: CRM 3/5, IB modificado 72/100; vive con su esposa y una hija (cuidadora principal). Al ingreso tiene voz nasal y moviliza abundantes secreciones altas. Durante el ingreso, presenta dos neumonías broncoaspirativas y, ante la imposibilidad de usar la vía oral, se coloca una SNG hasta la colocación de PEG. Una laringoscopia y una gastroscopia descartan disfagia mecánica y un TC craneal no objetivó patología cerebrovascular aguda; los antecedentes del paciente no podrían explicar lo agudo ni la severidad, las distrofias musculares se descartan por la edad de debut; y, ante el antecedente de un hermano con MG, solicitamos pruebas dirigidas al alta. Por problemas asociados, no se ha realizado TC torácico. El equipo de Asistencia Geriátrica Domiciliaria objetiva anticuerpos AChR positivos, no se pudo realizar un EMG y el jitter no fue valorable. Ante la sospecha de MG familiar de inicio tardío AChR positiva iniciamos tratamiento con piridostigmina objetivando mejora clínica. La MG de inicio tardío está influenciada por la senescencia del sistema inmune. Aunque está infradiagnosticada, cada vez es más frecuente y predomina en hombres. La clínica es más severa y prevalecen las formas ocular y bulbar; el porcentaje de crisis miasténicas se mantiene y el timoma no suele estar presente. No hay diferencias en cuanto al porcentaje de seronegativas y seropositivas respecto a las de inicio temprano. Los inhibidores de la colinesterasa siguen siendo primera línea ya que no es peor la respuesta a piridogtismina, prednisona, plasmaféresis e inmunoglobulina intravenosa, siendo esta última de elección en crisis miasténicas. La timectomía en MG no timomatosa no ha demostrado beneficios. Se mantienen las remisiones en torno al 90%. En las formas familiares, la relación más frecuente es entre hermanos y se ha objetivado mucha variabilidad clínica y de respuesta a tratamientos intrafamilia.

PC-299. INFARTO RENAL DERECHO EN PACIENTE DE 88 AÑOS ANTICOAGULADA

J.J. Arechederra Calderón, I. Bartolomé Martín, I. Rodríguez-Miñón Otero, F.M. Quinte Yarcuri, L. Bárcena Goitiandia y G. Carvalho Monteiro
Hospital Universitario Guadalajara, Guadalajara.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 88 años, alérgica a penicilina y pirazolonas, dependiente para actividades básicas e instrumentales con un índice de Barthel de 30 al ingreso. Como antecedentes de interés, presenta hipertensión arterial, fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada anticoagulada con acenocumarol y anemia microcítica compatible con rasgo talasémico. La paciente presenta cuadro de dolor abdominal difuso de una semana de evolución irradiado en las últimas 24 horas a zona lumbar derecha. En la exploración física destaca temperatura de 38 ºC, dolor abdominal difuso y puñopercusión renal derecha +. Analítica con leucocitosis, neutrofilia, aumento de PCR 163, LDH 2091, INR 2,14, función renal sin alteraciones y alteración del perfil hepático. Análisis de orina con pH 7,5, proteínas 200 y leucocituria. Se realiza TC abdómino-pélvico con contraste endovenoso hallándose un infarto del riñón derecho, probablemente secundario a una placa de ateroma complicada en el origen de la arteria renal. Trombo flotante en el lumen de la aorta abdominal. Quistes hepáticos. Colelitiasis. Se decide ingreso hospitalario con diagnóstico de infarto renal derecho, infección del tracto urinario y colelitiasis sin signos de colecistitis. Se descartó el tratamiento endovascular percutáneo al no poder determinar con exactitud el inicio del cuadro isquémico ya que la paciente refiere dolor abdominal difuso de una semana de evolución. Se decidió continuar con tratamiento anticoagulante, inicialmente con HBPM para después reiniciar el tratamiento con acenocumarol con buena evolución. Durante el ingreso se realiza ecocardiograma en el que se observa una severa dilatación biauricular con importante estasis sanguíneo en la aurícula izquierda, en probable relación con el origen del cuadro clínico. Evolución favorable sin complicaciones a nivel renal, buen control de cifras de tensión arterial, resolución de la

ITU y normalización del perfil hepático. Al alta situación basal similar al ingreso, sin agravamiento del deterioro cognitivo. Aportamos este caso de infarto renal derecho por lo infrecuente de su aparición. Queremos resaltar la importancia de tener en cuenta el infarto renal en el diagnóstico diferencial del paciente grave con dolor lumbar aunque presente anticoagulación en rango terapéutico.

PC-300. NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE Y METOTREXATO

J.J. Arechederra Calderón, S. Romero Peralta,
I. Rodríguez-Miñón Otero, F.M. Quinte Yarcuri, L. Bárcena Goitiandia e I. Bartolomé Martín
Hospital Universitario Guadalajara, Guadalajara.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 80 años sin deterioro cognitivo y con un índice de Barthel al ingreso de 100. Como antecedentes, presenta hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, exfumador desde hace 32 años y artritis reumatoide diagnosticada hace 8 años en tratamiento con metrotexato. Ingresa en Neumología por cuadro de dos meses de evolución de empeoramiento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos acompañada de tos con expectoración blanquecina. En la exploración física al ingreso, destaca Sat O2 del 90% con GN a 2,5 lpm y crepitantes secos bibasales. Gasometría arterial con pO2 55. Radiografía de tórax con patrón intersticial bilateral de predominio en base derecha. TC de tórax con imágenes en mosaico con vidrio deslustrado y reticulación con panal de abeja, con bronquiectasias de tracción, de predominio subpleural y basal en pulmón izquierdo y de mayor afectación del pulmón derecho donde la afectación es panlobar. Hallazgos que condicionan pérdida de volumen y desplazamiento mediastínico hacia el lado derecho. Durante el ingreso, el paciente presenta una infección respiratoria concomitante aislándose en el cultivo de esputo *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococus aureus* meticilín resistente. Debido a la progresión de su enfermedad de base y a la infección respiratoria concomitante, el paciente presenta desaturaciones con importante disnea. Se consigue la estabilización respiratoria con oxigenoterapia, antibioterapia, corticoides y rehabilitación respiratoria. Tras 25 días de ingreso, el paciente recibe al alta siendo trasladado a una Unidad de Recuperación Funcional debido a un claro empeoramiento de su capacidad funcional y una gran pérdida de masa muscular. Durante la evolución de la enfermedad, se decidió no iniciar tratamiento antifibrótico por ser una afectación intersticial asociada a artritis reumatoide y metrotexato y no tratarse de una NIU idiopática. Aportamos este caso de Neumonía Intersticial Usual asociada a artritis reumatoide en tratamiento con metrotexato con el que queremos resaltar la importancia de la rehabilitación respiratoria en este tipo de pacientes de edad avanzada con afectación intersticial con escasas posibilidades terapéuticas en el momento actual y no candidatos a trasplante pulmonar.

PC-301. TETRAPARESIA FLÁCIDA AGUDA EN EL ANCIANO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.E. González Medina, C. González Medina, J. Bueno Fonseca,
F. Villanueva Pardo, A. Salinas Barrionuevo y M. Franquelo Vega
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar un cuadro de tetraparesia flácida de presentación aguda en una persona anciana.
Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 68 años que acude a urgencias por cuadro de acorchamiento y debilidad progresiva de miembros inferiores hasta producir incapacidad para la marcha y posterior extensión a miembros superiores. Episodio de catarro 7-8 días antes con mucosidades y secreciones respiratorias, sin fiebre. No refiere dolor de espalda. Dificultad para tragar, sobre todo sólidos, nota sensación de cuerpo extraño en la garganta. No alteraciones de esfínteres. Episodio de disfagia y sensación disneica con progresión de síntomas que precisa ingreso en UCI. Durante su ingreso se procede a aislamiento de contacto por infección por *Clostridium difficile* en muestra clínica de heces. Tras 48h pasa a neurología en situación estable. Al ingreso en planta afebril. No disneico. Alerta. Orientado. Borramiento de surco nasogeniano derecho. Moviliza bien el velo del paladar. Motor: debilidad en MMSS distal 4/5, MII 3/5, MID 4/5. Parestesias en manos y pies a estímulo táctil. ROT arreflexia generalizada, tricipital 1/4. RCP indiferente bilateral. No signos meníngeos. Marcha imposible autónoma. AC rítmica y regular. Carótidas sin soplos. Hematimetría: leucocitos 6.500 (75,1% PMN). Punción lumbar: normal. TC sin contraste I.V. de cráneo: sin alteraciones significativas. Estudio neurofisiológico (electromiograma/electroneurograma): polineuropatía desmielinizante, con degeneración axonal secundaria muy importante.
Discusión: Ante una tetraparesia flácida de instauración reciente debemos de pensar en primer lugar en un síndrome de Guillain Barré. El diagnóstico diferencial lo tendríamos que realizar con otros trastornos que cursen con parálisis aguda de predominio motor como alteraciones musculares y metabólicas, miastenia grave aguda, mielopatía espinal aguda, enfermedad de la motoneurona, neurotoxicidad farmacológica, polineuropatía del enfermo crítico, botulismo, borreliosis, vasculitis, porfiria. Los estudios electrofisiológicos apoyan el diagnóstico. En el paciente anciano existe un cierto predominio de la forma axonal del Guillain Barré. La edad (mayores de 60 años) se ha asociado como factor de mal pronóstico. La presentación clínica y el tratamiento del síndrome de Guillain Barré anciano no difieren de la del adulto joven.

PC-302. TRASTORNO DE MOVIMIENTOS PERIÓDICOS DE EXTREMIDADES DURANTE EL SUEÑO (PLMS). UNA CAUSA DE HIPERSOMNIA EN EL ANCIANO

M.E. González Medina, C. González Medina, J. Bueno Fonseca,
F. Villanueva Pardo, M. Franquelo Vega y A. Salinas Barrionuevo
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar un cuadro de trastorno de movimientos periódicos de extremidades durante el sueño en una persona anciana con somnolencia diurna.
Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 67 años de edad con somnolencia diurna desde hace varios años y peor evolución en la actualidad. Sueño nocturno fragmentado con roncopatía grave de larga evolución y pausas de apnea. Por las mañanas, cefalea y sensación de sueño no reparador. Por las tardes, en reposo refiere malestar en las piernas que alivia con la movilidad. Neumólogo descarta síndrome de apnea de sueño y es derivado a consulta de neurología. Exploración neurológica normal. Exploración de miembros inferiores anodina. Reflejos osteotendinosos normales y simétricos. Reflejo cutáneo plantar: flexor bilateral. Hemograma y bioquímica normal. Resonancia magnética dorsal y lumbar: normal. Se le realiza una polisomnografía (PSG) nocturna con colocación de electrodos de superficie sobre ambos tibiales anteriores, para detectar y cuantificar los movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño (PLMS): índice 17 (patológico mayor de 15 en adultos). Arquitectura del sueño alterada por un aumento de la fase N2 a expensas de la disminución de la fase N3/N4 y fase REM. Latencia del inicio del sueño y del sueño REM aumentada. Buena identificación de los grafoelementos del sueño. Índice de eficacia del sueño alterado. Test de latencia múltiple de sueño: La latencia media de adormecimiento es de 16,6 minuto (patológica si menor de 10 segundos) El paciente no entra en sueño REM en ninguno de los intentos de sueño.
Discusión: Los PLMS son movimientos estereotipados de las piernas que están presentes en más del 80% de los pacientes con síndrome de piernas inquietas. Aparecen en secuencias de movimientos periódicos de las extremidades durante la noche y suelen aumentar con la

edad, por lo que son una causa a tener en cuenta ante hipersomnias en el anciano. Una adecuada anamnesis ayudada de un estudio polisomnográfico confirman el diagnóstico.

PC-303. HEMATURIA EN PACIENTE ANCIANO

S. Alfonso Gómez y D. Cabezas Jaén
Hospital Insular de Lanzarote, Arrecife.

Caso clínico: Paciente mujer de 86 años que ingresa en Unidad de agudos por deterioro psicofuncional en probable relación con ITU y UPP sacro. Antecedentes personales: HTA, DM2, DLP. Neoplasia de útero (tratada con radioterapia + histerectomía y doble anexectomía, hace 30 años), TCE (junio/16). Ingresos hospitalarios: 03/2016 por ITU. Desde 14/07 al 22/07 de 2016 por ITU, hiperpotasemia, deterioro psicofuncional, desnutrición calórica-proteica, anemia, síndrome ansioso-depresivo. Continuó tratamiento rehabilitador hasta 7.09.2016 alcanzando Barthel: 85. Situación basal: Física: IB previo 85. Mental: deterioro cognitivo leve-moderado. Social: viuda, 5 hijos. Anamnesis: paciente que acude a consultas por presentar deterioro psicofuncional en la última semana acompañado de anorexia, disuria con orina colúrica y UPP en sacro grado II. Exploración física: hemodinámicamente estable, orientada en espacio y persona, rítmica, sin soplos.MVC. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, peristaltismo normal, no masas ni megalias. MMII: no edemas, no signos de TVP.UPP grado II en sacro. Pruebas complementarias: Analítica (9.12.2016): Hb: 8,2, Hto: 25,7, Leucocitos: 17.030, N: 78%. Urocultivo y exudado vaginal: (9.12.2016): *Proteus mirabilis*. Analítica ((26/12): Hb 8, HTo 25,7%, leucocitos 10.930 ClCr 28,2. Ecografía abdominal (19.12.2016): dilatación de ambos sistemas excretores y del tercio superior del uréter izquierdo en relación con uropatía obstructiva. No hay alteraciones ecográficas en retroperitoneo visible. Evolución y comentarios: ingreso en Hospital Insular del 9 al 30/12/2016: recibió tratamiento con ceftriaxona durante 14 días por ITU (*Proteus mirabilis*). Precisó transfusión de hematíes por Hb de 7,5. Ha presentado hematuria. Ecografía abdominal: uropatía obstructiva bilateral. 2ª ecografía abdominal: imposible valorar vejiga por salida de suero por vagina (probable trayecto fistuloso); recomendándose realizar TAC abdominal. Por empeoramiento progresivo de su función renal y persistencia de hematuria franca, se decide derivar para completar estudio diagnóstico dado que la paciente presenta buena situación funcional. Urología del H. General (ingreso 30/12 al 10/01), Cistoscopia (toda la vejiga ocupada por tumor anaplásico irregular).TAC abdominal (28/12) hidronefrosis renal bilateral grado III con dilatación de ambos uréteres hasta la región pélvica, vejiga. Diagnóstico: cáncer vesical, desestimándose tratamiento curativo. El 11/01/2017 desde consultas externas de Geriatría se deriva a Paliativos, para seguimiento domiciliario. Exitus: 19/02/2017 en domicilio.
Discusión: El cáncer vesical en ancianos puede ser infradiagnosticado si nos centramos exclusivamente en tratar la ITU, que es una de sus manifestaciones.

PC-304. MAGNESIO POR VÍA SUBCUTÁNEA: UNA ALTERNATIVA ÚTIL

C. Díaz Miralles, M.T. Barrera Salcedo y O. Duems Noriega
Hospital de Granollers, Granollers.

Introducción: El magnesio es un mineral cuyo déficit suele causar condiciones de severidad electrolíticas, neuromusculares y de conducción cardiaca. La deficiencia de magnesio en el contexto de enfermedades gastrointestinales se suele tratar con suplementos orales no exentos de efectos adversos (náuseas, vómitos y diarrea). A pesar de la suplementación oral algunos pacientes sufren depleción crónica recurrente y su administración intravenosa no resulta viable como solución a largo plazo. La hipodermoclisis ha demostrado ser una alternativa al reemplazo intravenoso de manera sencilla y segura, por lo que se ha sugerido en el tratamiento de hipomagnesemia leve a moderada resistente a suplementos orales. Pocos estudios mencionan su eficacia y tolerabilidad. Presentamos un caso clínico de infusión continua SC de sulfato de magnesio mediante bombas elastoméricas a bajos volúmenes de dilución.
Caso clínico: Paciente de 76 años con dependencia funcional moderada y deterioro cognitivo leve, hipertensa con enfermedad cerebrovascular, hipotiroidismo, intervenida de neoplasia de recto y portadora de colostomía con eventración poscirugía y trayectos fistulosos enterocutáneos con elevado gasto e infecciones recurrentes. Ingresa en urgencias tras episodios de nauseas, vómitos y exudado purulento cutáneo abdominal abundante por fístula. Durante su hospitalización cursa con crisis comicial generalizada en relación a alteración electrolítica (hipomagnesemia grave), secundaria a pérdidas gastrointestinales crónicas agudizadas. Se instauran medidas de corrección endovenosa con normalización paramétrica y mejoría clínica pero con imposibilidad de paso a vía oral por nula absorción y presencia de efectos adversos gastrointestinales (diarreas). Tras pérdida de vías periféricas y venopunción dificultosa se inician corrección de magnesio mediante infusión subcutánea a través de bombas elastoméricas (1,5 g de SO4Mg en 38 cc de SF 0,9% a velocidad de 2 ml/h) consiguiendo normalización paramétrica y nulos efectos adversos sistémicos/locales. Dada persistencia de las pérdidas gastrointestinales de magnesio y la eficacia mostrada se mantiene el tratamiento reposicional intermitente ambulatorio en régimen de Hospital de Día.
Discusión: La vía subcutánea es una alternativa eficaz para la administración y corrección de magnesio, mediante infusión con bombas elastoméricas permitiendo el manejo ambulatorio dado su fácil manejo y mínimos efectos adversos.

PC-305. DERRAME PLEURAL MASIVO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS PLEURAL EN UN PACIENTE OCTOGENARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Ortega Morente, J. Caballero Palacios, P. Martínez Velazco, T. Alonso Fernández, J. Mohedano Molano, M.L. García y J.L. González Guerrero
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Introducción: Exponemos un caso clínico sobre un derrame pleural masivo secundario a tuberculosis pleural en un octogenario derivado a Urgencias por astenia e hiporexia de un mes de evolución.
Caso clínico: Se trata de un varón de 85 años, con antecedentes de HTA, DM-2, EPOC, FA permanente, adenoma prostático e hiperuricemia. Intervenido de ulcus gástrico y faquectomía de ambos ojos. Barthel 100, hipoacusia moderada, sin deterioro cognitivo. Tratamiento habitual con: meftormina/vildagliptina, Sintrom, digoxina, omeprazol, Ferbisol, Sylodyx, Zyloric, dilutol, escitalpram. Ingresa en UGA al objetivarse en su valoración inicial un derrame pleural derecho masivo, síndrome constitucional asociado y sobredosificación de dicumarínicos. Retirándose los anticoagulantes orales, e iniciándose el uso de heparinas, insulina para el control glucémico, y ajustando el resto de tratamiento. Como complementarias se solicitaron una analítica completa, con marcadores tumorales, sin alteraciones de interés; un TAC de tórax y una ecografía de abdomen que fueron normales. Se realizó toracocentesis diagnóstica cumpliendo criterios de exudado, destacando un ADA de 96.9, mandándose muestra para Anatomía Patológica: negativa para células malignas; y para Microbiología siendo la observación microscópica, tinción de auramina, cultivo para anaerobios, micobacterias, hongos y otros: negativos. Y por el dato analítico en el líquido pleural indicativo de TBC se pidió un interferon gamma anti *M. tuberculosis* (IGRA) que resultó positivo; por todo esto solicitamos una toracoscopia al servicio de Neumología, para drenaje del derrame y toma de biopsia pleural, realizándose 6 de estas, donde, se objetivaron granulomas sugerentes de tuberculosis pleural.

Discusión: La evolución fue favorable tras la retirada de la metformina, causa del constitucional por su efecto anorexígeno; se inició tratamiento específico para TBC. El derrame pleural tuberculoso es la causa más frecuente de tuberculosis extrapulmonar en nuestro país y uno de los motivos más habituales de derrame pleural. Dos terceras partes son hombres, más del 60% tienen edades entre los 15-44 años y es más frecuente en los pacientes con VIH. La patogenia se debe a hipersensibilidad retardada. De clínica variable, y es casi invariablemente un exudado unilateral, más frecuentemente derecho, y la prueba de la tuberculina es negativa en un tercio de los casos.

PC-306. DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO POR LITIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Ortega Morente, J. Caballero Palacio, K. Reynoso de los Santos, E. Núñez Vaquerizo, M. García Navarro y J. Mohedano Molano
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 79 años, valorado por interconsulta del Servicio de Psiquiatría por aumento de edemas en MMII, e ingesta excesiva de agua, así como aumento de volumen urinario y de micciones.
Caso clínico: Se trata de un varón con antecedentes de HTA, cardiopatía hipertensiva con HVI con FEVI conservada, HBP, leucocitosis leve fluctuante en seguimiento por Hematología y un trastorno bipolar. Exfumador y exbebedor. Barthel 100, realiza instrumentales, sin deterioro cognitivo asociado. En tratamiento único con litio. Evaluamos al paciente en UHB de Psiquiatría, donde presenta edemas con fóvea en ambos MMII hasta rodillas, con refuerzo del segundo tono a la auscultación, sin disnea u ortopnea, aunque presenta desaturaciones al esfuerzo del 94% basal hasta el 88%. Inicialmente se consulta con Endocrinología, por los antecedentes de toma crónica de litio, con litemias en rango, junto ingestas hídricas de 4 litros o mayores, viéndonos en la necesidad de diferenciar entre una diabetes insípida versus potomanía. Solicitamos una radiografía de tórax, siendo esta normal, un electrocardiograma en ritmo sinusal y signos de HVI, sin otros hallazgos y una analítica general sin alteraciones significativas, con una mínima elevación del proBNP. Habiéndose realizado previo al ingreso un TAC de cráneo, dentro de la normalidad. Se ajusta el tratamiento tanto psiquiátrico como médico, evitando el uso de diuréticos, para la realización del test de Miller, siendo en las determinaciones seriadas de forma horaria, la concentración de orina de 125,44 mosm/k –101,06–93,22–154,67. Realizándose posteriormente a las dos horas la inyección de desmopresina con una osmolaridad urinaria de 159,44 mosm/kg.
Discusión: La falta de respuesta a la desmopresina tras el test nos da el diagnóstico de una probable nefropatía por insensibilidad a la hormona antidiurética, seguramente causada por la ingesta de litio. Por lo que iniciamos el tratamiento con hidroclorotiazida en principio a dosis de 12,5 mg, con mejoría de los edemas, manteniendo buen control tensional, y ajustándose ya en función de la evolución; se derivó a Nefrología para su valoración tras filiar el cuadro y por parte de Psiquiatría se ajustó el tratamiento para el trastorno bipolar.

PC-307. VASCULITIS PARANEOPLÁSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Solís Ovando, C. Castillo Gallego, E.M. Zafra Ocaña, F. Quiñónez Bareiro, E. Valente Rodríguez e Y. Dionisio Coronel
Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Caso clínico: Varón de 80 años, sin deterioro cognitivo e IABVD, con antecedentes personales de hipertensión arterial, exfumador, cardiopatía isquémica y EPOC severo tipo enfisematoso. Durante un ingreso hospitalario por reagudización de su EPOC, se descubre una masa en el pulmón en lóbulo inferior derecho y lesiones osteolíticas en costilla derecha. Se realiza biopsia del hueso que es compatible con metástasis de carcinoma tipo oat-cell. Al alta fue derivado a la unidad de Asistencia Geriátrica a Domicilio; presentando mal control del dolor, precisando en varias ocasiones aumento progresivo del parche de fentanilo, llegando a dosis de 250 μg/h y dosis de rescate de Effentora® 100 μg/h. Aproximadamente 2 semanas después, acudimos al domicilio tras llamada de la familia, informando que desde 2 días atrás presenta lesiones cutáneas en manos y pies que aumentaron de forma progresiva, acompañándose de artralgias y deterioro del estado general. Niega clínica infecciosa, ni cambio de medicación reciente. Observamos lesiones petequiales, polimorfas, confluentes y sobreelevadas, predominando en palmas, miembros inferiores y plantas. Se determinó que las lesiones eran debidas a una vasculitis paraneoplásica, aunque no se realizó examen histopatológico, dado el estado avanzado de la enfermedad neoplásica de base. Tras comentar el caso con Dermatología se pauta corticoides sistémicos, con resolución del cuadro. Días después mantiene un deterioro progresivo del estado general con marcada disnea, disconfort y episodios de delirium, precisando iniciar medicación vía infusor subcutáneo, falleciendo en el lapso de 12 horas.
Discusión: La presencia de vasculitis puede preceder de 2 a 4 años al proceso maligno o en caso contrario, si partimos de un paciente con neoplasia conocida y presenta una vasculitis, ésta se considera factor de mal pronóstico; de ahí la importancia de un seguimiento estrecho a estos pacientes. Las vasculitis persistentes o crónicas con respuesta insuficiente al tratamiento, especialmente en pacientes ancianos, deben hacernos descartar un síndrome paraneoplásico. La recurrencia de un tumor debe ser sospechada cuando una vasculitis recidiva o aparece en un paciente diagnosticado de una neoplasia.

PÓSTERES ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Pósteres Área Social-Sesión Jueves

PS-001. ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL CON PERSONAS MAYORES EN UN CENTRO RESIDENCIAL

D. González Villalobos[1], P. Moruno[2] y J.I. Calvo[3]
[1]ASPAR La Besana, Salamanca. [2]UCLM, Talavera de la Reina. [3]USAL, Salamanca.

Objetivos: Objetivo principal: analizar las actividades de un programa de rehabilitación cognitiva para identificar sus características principales desde el punto de vista de los usuarios. Objetivos específicos: conocer cómo valoran los usuarios la utilidad, el significado, el interés y la importancia de las actividades desarrolladas en el programa de rehabilitación cognitiva; identificar la implicación de los usuarios con el programa de rehabilitación cognitiva; relacionar la percepción de las actividades con la adherencia terapéutica al programa de rehabilitación y el estado cognitivo; evaluar el estado cognitivo de los participantes.
Métodos: Estudio cuantitativo de carácter descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Se elaboró una herramienta ad-hoc, que fue desarrollado a partir del *Study Interest Questionnaire* (SIQ). Con esta herramienta, se midió la percepción de los usuarios acerca de las características de las actividades llevadas a cabo en el programa de rehabilitación cognitiva, así como su implicación con las mismas. La implicación con la actividad se midió también evaluando la frecuencia de asistencia al programa de rehabilitación cognitiva, el tiempo de estancia en el recurso y el tiempo en el programa de rehabilitación cognitiva. Los participantes también fueron evaluados con el Mini examen Cognoscitivo (MEC).

Resultados: Diferenciamos dos grupos con distintas características: El grupo 1 valoró positivamente el significado y el interés por la actividad y presentó puntuaciones más elevadas en las funciones cognitivas. El grupo 2, con una menor puntuación en las funciones cognitivas, valoró más la utilidad y la importancia de la actividad.
Conclusiones: El diseño de un programa de rehabilitación cognitiva debe contar con la adecuación de las actividades del mismo a las características de sus participantes y al tiempo de estancia en el recurso de estos.

PS-002. CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES RECLUSOS EN EL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL ESTATAL DE CIUDAD JUÁREZ

S.E. Martínez Roque y M.A. Marco Erives
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua.

Introducción: En las últimas décadas, investigadores se han encarecido en estudiar y poner en evidencia el fenómeno llamado envejecimiento poblacional, así como cuestiones complejas de responder. No obstante, una temática poco documentada es aquella a la que se refiere a los adultos mayores institucionalizados; explicando, aquellas personas que por diversas circunstancias se encuentran en cárceles, reformatorios o centros penitenciarios o de reinserción social causa de su historial delictivo. Pero, ¿cómo es la calidad de vida de una persona que envejece dentro del sistema penitenciario? Es decir, ¿cómo se percibe y se vive ese proceso?
Objetivos: Estudiar la calidad de vida de los adultos mayores reclusos en el Centro de Reinserción Social Estatal de Ciudad Juárez, además de identificar que componentes de la calidad de vida de los adultos mayores reclusos en el Centro de Reinserción Social Estatal de Ciudad Juárez se ven afectados.
Métodos: Estudio transversal, analítico y cuantitativo que incluye una muestra aleatoriamente estratificada de 33 adultos mayores reclusos en el Centro de Reinserción Social Estatal de Ciudad Juárez (60+ años, hombres y mujeres). Se utilizó la Escala Gencat para medir la calidad de vida en los adultos mayores reclusos.
Resultados: Los 33 adultos mayores reclusos (100%) manifestaron vulnerabilidad en ciertos componentes de su calidad de vida; principalmente en aspectos relacionados a su bienestar físico, su desarrollo personal y sus relaciones interpersonales.
Conclusiones: Los 33 adultos mayores reclusos (100%) manifestaron vulnerabilidad en ciertos componentes de su calidad de vida; principalmente en aspectos relacionados a su bienestar físico, su desarrollo personal, sus relaciones interpersonales, pudiendo afectar en su reinserción al entorno social una vez concluida su estancia en prisión. La presencia de mujeres adultas mayores reclusas en centros penitenciarios, las cuales, debido a su vulnerabilidad por género, pueden ser víctimas de violencia, abusos y violación de derechos.

PS-003. PROYECTO "RED PARAGUAS ALZHÉIMER"

J. Hermida Porto[1] y M.I. Pérez Martínez[2]
[1]Federación Alzhéimer Galicia, Santiago de Compostela. [2]Fundación Barrié, A Coruña.

Objetivos: Fomentar la capacitación de los cuidadores de personas con alguna demencia a la hora de cuidar. Fomentar el asociacionismo bajo el amparo, experiencia y coordinación con las entidades sociales ya existentes.
Métodos: El proyecto se desarrolló en tres actividades: 1. Charlas informativas: desde el punto de vista sanitario, social y psicológico, orientadas a los síntomas que puede manifestar la persona con demencia. Lo que se perseguía con esta conferencia era crear un grupo estable de familiares que pudiesen participar en actividades posteriores. 2. Ciclo formativo: compuesto por cuatro charlas desde las que se abordó la problemática de las demencias desde diferentes ámbitos con el objetivo de dotar a los familiares de pautas de actuación en las diferentes etapas de la enfermedad. 3. Unidades de memoria: orientadas a personas con una demencia. El formato de los talleres fue dinámico y atractivo para los asistentes, creando un espacio didáctico y distendido. Las intervenciones estuvieron basadas en técnicas de estimulación probada. Tras observar un crecimiento en las bajas de los servicios por motivos económicos, se puso en marcha un programa de becas que evitaba el coste de los recursos necesarios.
Resultados: 1. Se realizaron un total de 39 charlas en las que participaron 1.043 personas. 2. Se desenvolvieron en 9 localidades gallegas con una participación de 200 personas. 3. Se abrieron 7 unidades de memoria en la que participaron 62 personas con algún tipo de demencia. 4. Se crearon 12 puntos de atención social donde se prestó atención a 276 familiares cuidadores de personas con demencia.
Conclusiones: El programa nace de las demandas de información recibidas por cuidadores no profesionales, de ahí la necesidad de realizar dos ediciones del programa (y prevista una tercera en 2017 con el fin de llegar a todo el territorio gallego) y la alta participación por parte de la sociedad.

PS-004. ¿HAN CAMBIADO EL PERFIL Y LA TOLERANCIA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?

M.P. Mesa Lampre, I. Ferrando Lacarte, M. González Eizaguirre y C. Deza Pérez
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza.

Objetivos: Analizar el perfil del cuidador del paciente con demencia, la utilización de recursos sociales y satisfacción con los mismos y calcular el grado de tolerancia a los problemas de la enfermedad, del ambiente y del cuidado. Se compara con 2007.
Métodos: Estudio descriptivo. Entrevista al familiar/cuidador principal de pacientes con demencia ingresados en el Servicio de Geriatría de 1/7/16 al 30/11/16. Se recogen datos del paciente y cuidador. Se aplican criterios de Sandford (problemas presentes, factores de alivio y fórmula matemática para hallar grado de tolerancia).
Resultados: 98 pacientes. 86,68 años (2007: 82,87), mujeres 64,3%. Dependencia total (Barthel) 40,8% y grave 23,5%. Demencia vascular (42,9%), Alzheimer (29,6%), mixta (27,6%). Evolución 3,4 años. Motivo de ingreso más frecuente: infeccioso 24,4% (2007: 50%). Cuidadores: 41,83% > 70 años; mujeres: 66,3%; Hijo/a 51%; cónyuge 37,8% (igual en 2007); 87,8% convivía con paciente; 41,8% trabajaba fuera del domicilio. Psicofármacos: 22,4% (36,58% 2007). Ansiolíticos 59,4%. Recursos útiles: cuidador privado (94%), teleasistencia (75%), centro de día (66,6%), SAD (50%). Problemas más frecuentes: imposibilidad ducharse 77,6%, incontinencia urinaria 61,2%, imposibilidad vestirse 59,2%. Peor tolerados: vagabundeo nocturno (0%) y diurno (19,6%), agresividad (21,67%), trastornos conductuales (28,57%), agitación (31,5%). En 2007, imposibilidad de acostarse (16%). Problemas más prevalentes de cuidadores: enfermedad física 31,6% y falta de fuerzas 22,4%. Peor tolerados: ansiedad 10,56% y enfermedad física 41,77% (en 2007 falta de fuerzas). Problemas ambientales más frecuentes: imposibilidad para dejar al paciente solo 38,8%, restricción relaciones sociales 27,6%. Peor tolerados: problemas económicos 0% (bien tolerado en 2007) e imposibilidad de dejarlo solo 34,28%.
Conclusiones: En nuestro medio, la edad media del paciente demente ha aumentado 4 años. Siguen predominando las cuidadoras femeninas habiendo aumentado los varones. Han aumentado el tiempo como cuidador principal, la convivencia con el paciente y la ocupación laboral remunerada fuera del domicilio. Se observa disminución en la toma de psicofármacos. Ha mejorado la percepción de utilidad de recursos como los centros de día, la teleasistencia y el SAD. Los problemas peor tolerados continúan siendo los trastornos conductuales y la imposibilidad de abandonar el cuidado. En 2017 no hay tolerancia a los problemas económicos.

PS-005. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN EL ENTORNO GERIÁTRICO: ESTUDIO DE LA IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA

A. Vázquez Piñeiro[1], J. Pérez Martín[2] y M. Lago Vilaboa[3]
[1]Gerontología Clínica, Área Bienestar, Xunta de Galicia, Vigo. [2]CRAPD Vigo, Xunta de Galicia, Vigo. [3]Unidad de Cuidados Paliativos, EOXI Vigo, Xunta de Galicia, Vigo.

Introducción: La autonomía del paciente y el cambio en las relaciones clínico asistenciales plantea la necesidad de respetar la capacidad de decisión y el derecho de su voluntad respecto a su salud. En 12/2012 se sincronizan los datos de registros de Documentos de Instrucciones Previas (DIP) de todas las autonomías, se actualizan anualmente.
Objetivos: 1. Averiguar nº y características de DIP registrados en Galicia y comparativa con el resto de CC.AA. 2. Averiguar grado de difusión y sensibilización del DIP en profesionales sanitarios que trabajan en: Unidad de Cuidados Paliativos (EOXI) y en Complexo Residencial para a Atención de Persoas con Dependencia (CRAPD).
Métodos: I. Análisis estadístico de DIP inscritos en Galicia y comparativa con resto de CC.AA.: implantación poblacional, sexo, contenido, edad y área geográfica. II. Encuesta con cuestionario semiestructurado en personal del EOXI y CRAPD sobre: 1. Conocimiento del DIP. 2. Conocimiento del mecanismo administrativo del registro. 3. Realización y registro del DIP. 4. Comentarios razonados de su actitud sobre el DIP.
Resultados: 1. Registros: DIP registrados Galicia (01/2016): 4.646 (1,93 Tasa/1.000 hab.). Es la 2ª tasa más baja, 1ª Extremadura (1,39), las más altas: Cataluña (8,24) y País Vasco (8,0). España: DIP registradas (01/2016): 210.798 (4,52 Tasa/1.000 hab.). 63,5% mujeres y 36,5 hombres. 66% > 50 años (78% España). 25% 30-50 años (20% España). Áreas urbanas con más DIP registrados (47% Coruña, 11% Lugo, 31% Pontevedra, 10% Ourense). 2. Voluntades: Galicia, 99% reflejan Cuidados, tratamientos y detalles sobre destino de cuerpo y órganos al fallecer. 3. Encuesta Profesionales. EOXI: 95% no registró DIP, 82,3% lo conocen y 53% desconoce mecanismo administrativo. CRAPD 100% no registró, 52% lo conoce y 71,5% desconoce mecanismo administrativo.
Conclusiones: 1. El porcentaje de DIP registrados en Galicia es muy bajo en relación al resto nacional. 2. Las mujeres están más sensibilizadas y expresan mejor su voluntad respecto a cuidados y tratamientos vitales. 3. Baja frecuencia de registros de DIP entre profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en relación con procesos crónicos. 4. Es necesario desarrollar Programas de información general y formación específica sobre Registro del DIP para el personal sanitario.

PS-006. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN FAMILIAR Y ESTEREOTIPOS PROPIOS DEL EDADISMO EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES

B. Doncel García[1], Á. Mosquera Lajas[2], M. Jauregui González[2], I. Lizaso Elgarresta[3] y J. Irazusta Astiazaran[4]
[1]Escuela de Máster y Doctorado, UPV/EHU, Leioa. [2]Fundación Aspaldiko, Portugalete. [3]Facultad de Psicología, UPV/EHU, San Sebastián. [4]Facultad de Medicina y Enfermería, UPV/EHU, Leioa.

Objetivos: El creciente envejecimiento demográfico y el descenso en las tasas de natalidad, hacen que estudios como este, cuyo objetivo es examinar una posible relación de la situación familiar con los estereotipos propios del edadismo, cobren importancia.
Métodos: La muestra consistió en 32 personas mayores de 60 años (34,4% hombres y 65,6% mujeres) sin deterioro cognitivo. 16 residían en el Centro Gerontológico Aspaldiko y las otras 16 en sus domicilios; estas últimas acudían a centros sociales de Portugalete para realizar distintas actividades. Mediante entrevista y un consentimiento informado, se les administro el MEC (Mini Examen Cognitivo) y después el CENVE (Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez). El resultado del CENVE en variables cualitativas se comparó mediante t de Student o Análisis de la Varianza, relacionándose con variables cuantitativas mediante correlaciones de Pearson.
Resultados: En la muestra total, las personas con hijos o nietos refieren una mejor percepción del envejecimiento, estado de salud y personalidad ($p < 0,05$). Las personas residentes en C.G. Aspaldiko con más nietos presentan una mejor percepción del carácter-personalidad ($p < 0,05$), asociación que no ocurre en las que residen en sus domicilios. Al mismo tiempo, los que tienen hijos y están institucionalizados tienen una mejor percepción del envejecimiento, emociones y relaciones sociales ($p < 0,05$). Los institucionalizados con nietos manifiestan una mejor percepción del envejecimiento, motivación, relaciones sociales y personalidad ($p < 0,05$). Las mujeres residentes en C.G. Aspaldiko muestran mejor percepción de la salud ($p < 0,05$). Ninguna de las variables en la muestra que reside en domicilio ha obtenido datos significativos respecto a su relación con el CENVE, cosa que también sucede con el estado civil.
Conclusiones: El tener hijos y nietos promueve una mejor percepción del envejecimiento en la muestra total. Por otro lado, en la muestra institucionalizada, variables como número de nietos, tener hijos y nietos y ser mujer tienen una relación significativa con la percepción del envejecimiento. En futuras investigaciones sería interesante estudiar otras variables potencialmente asociadas al edadismo y comprobar si variables como el estado civil o residir en domicilio logran significación respecto al CENVE en una muestra de mayor tamaño.

PS-007. VIOLENCIA DE GÉNERO EN PERSONAS MAYORES

M. Lázaro del Nogal, C. Fernández Alonso, P. Serrano Cuesta, M.Á. Benito García, A.E. Santiago Sáez, M.Á. Herraiz Martínez y M.T. Martín Acero
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Realizar un registro hospitalario de casos de violencia de pareja de acuerdo con el plan integral de detección y seguimiento del maltrato en instituciones sanitarias elaborado en el HCSC y 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 diagrama de actuación y disociación de identidades en pacientes susceptibles de especiales medidas de seguridad.
Resultados: Durante 4 años (2013-2016) se han registrado 246 casos de sospecha de malos tratos en adultos: 198 casos en < 65a (80,4%) y 48 casos en > 65 años (19,5%). Violencia de género en < 65 años: 153 casos (72,2%) y en > 65 años: 20 casos (41,6%). Agresión previa en < 65 años: 65,6% y en > 65a: 83,3%. Lugar de registro: Urgencias: < 65a: 92,9% y en > 65 a: 68,7. Profesional que realiza el registro: médico en < 65a: 63,1% y en > 65 al t. social: 68,7%. Tipos de malos tratos: físicos en < 65a: 55,6% y en > 65a: 38,5%; físicos + psíquicos en < 65a: 36,4% y en > 65a: 16,5%; negligencia en > 65a: 15,5%; físicos + psíquicos + económicos en < 65a: 36,4% y en > 65a: 18,6%. Perfil de la víctima: antecedentes psiquiátricos en < 65a: 14,1%. Dependencia física y psíquica en > 65 años: 52% Medidas tomadas: Parte de lesiones: < 65a: 64,3% > 65a 42,5%; medidas de protección judicial < 65a: 15,8% > 65a: 21,3%.
Conclusiones: 1. En personas mayores 2 de cada 5 casos de casos de sospecha de malos tratos corresponden a violencia de género y se detectan en la urgencia hospitalaria. 2. El antecedente de agresión previa es mayor en caso de violencia de género en personas > 65 años y los malos tratos físicos son los más frecuentes. 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 la

mitad 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-008. EL ENVEJECIMIENTO VISTO POR DISTINTOS GRUPOS ETARIOS. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

J.M. Faílde Garrido, L. Ruiz Soriano, M. Dapía Conde y M.Á. Vázquez Vázquez
Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Vigo, Ourense.

Objetivos: Evaluar los conocimientos, estereotipos y atribuciones hacia las personas mayores en tres grupos etarios: jóvenes, adultos y personas mayores.
Métodos: La muestra estuvo integrada por 455 participantes, que fueron distribuidos en tres grupos: jóvenes (18-35 años), adultos (36-64) y adultos mayores (> 65). A todos ellos les fueron administrados una batería integrada de instrumentos: *Cuestionario Actor-observador* (Adaptado de Pines y Maslach, 1979), item 7 de barómetro CIS *"Razones para considerar que una persona ha entrado en la vejez"* (marzo 2008), *Facts on Aging Quiz (Palmore, 1998),* el *Cuestionario de Características Negativas de la vejez* (Castellano y de Miguel, 2010) y una entrevista de datos sociodemográficos diseñada *ad hoc*. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v20.
Resultados: Se detectan diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos sobre el envejecimiento que tienen las personas mayores frente a los demás grupos (F = 9,02, p =0,000), pese a ello son deficientes en los tres grupos; contradiciendo la percepción que manifiestas sus conocimientos al considerarlos medio-altos. Asimismo, todos presentan sesgos actitudinales, especialmente de componente negativo. Los análisis detectaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la tendencia actitudinal (F = 2,98, p = 0,48); los contrastes post hoc indicaron que las diferencias se producían entre el grupo de jóvenes y de personas mayores (p < 0,041), siendo los jóvenes los que presentan una tendencia actitudinal más negativa. Además se hallaron diferencias estadísticamente significativas en hétero-atribuciones y auto-atribuciones hacia el envejecimiento en todos los grupos (t = -2,39, p =0,017).
Conclusiones: Los resultados evidencian que el nivel de conocimientos de la población es muy deficiente, y que estos derivan en sesgos actitudinales negativos, lo que puede traducirse en prejuicios y conductas discriminatorias hacia las personas mayores. Este estudio, tiene implicaciones de cara a diseñar estrategias para mejorar las actitudes hacia este colectivo.

PS-009. FACTORES RELACIONADOS CON UN AMBIENTE DE TRABAJO FAVORABLE PARA LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN INTERMEDIA DE CATALUÑA

I. Bullich Marín[1], M.E. Juvé Udina[2] y R. Miralles Basseda[3]
[1]Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Universidad de Barcelona, Barcelona. [2]Instituto Catalán de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona. [3]Centro Fórum-Parc de Salut Mar, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: 1) Medir la percepción que tienen las enfermeras de las unidades de atención intermedia (UAI) de su entorno de trabajo y 2) analizar las características individuales y de los centros sociosanitarios (CSS) que se relacionan con esta valoración.
Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, multicéntrico, realizado en 14 CSS con UAI que empezaron actividad de subagudos el año 2013 contratada por el CatSalut. Fase 1: estudio del ambiente de trabajo enfermero (ATE) mediante un cuestionario que contiene la *Practice Environment Scale of the nursing Work Index* (PES-NWI), compuesta por 31 ítems y 5 factores ("Dotación", "Liderazgo", "Relaciones", "Participación" y "Fundamentos"). Fase 2: análisis de las particularidades de las enfermeras y de los CSS asociadas a la valoración favorable del ATE y de los cinco factores de la PES-NWI utilizando modelos de regresión logística.
Resultados: De 501 enfermeras participaron 388 (77% de respuesta). La puntuación media de la PES-NWI fue de 84,75 (límites 31-124). 9 CSS obtuvieron una valoración del ATE favorable y 5 mixto. El factor mejor valorado fue "Relaciones" y el peor "Dotación". La valoración favorable de ATE y de cada uno de los factores de la PES-NWI se asoció a determinadas unidades de trabajo (p.ej. el hospital de día), a algunas características de las enfermeras laborales (p.ej. trabajar en turnos rotativos), profesionales (p.ej. tener cargo de gestión) y formativas (p.ej. tener formación de posgrado), así como a atributos concretos de los centros (p.ej. ser centro docente y estar adscrito a determinado convenio laboral).
Conclusiones: En la mayoría de CSS el ATE y sus factores son percibidos como favorables, excepto el factor "Dotación". La valoración favorable del ATE se relaciona tanto con factores individuales de la enfermera, como con características de los CSS. Los resultados pueden orientar acciones para conseguir un mejor ATE en el que las enfermeras desarrollen todo su potencial profesional.

PS-011. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO COMO ESTRATEGIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

I. Redondo Zambrano[1], M. González Veiga[2], J.A. Ferreiro Guri[1] y A. Portabales Pesqueira[3]
[1]Centro de Salud de Vite, Santiago de Compostela. [2]Centro de Sexología, Santiago de Compostela. [3]Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Objetivos: Informar y promover la importancia de una vida sexual saludable en la vejez y concienciar de la existencia de una relación directa entre la salud general, el estilo de vida y la satisfacción con la sexualidad.
Métodos: Inclusión de la educación afectivo-sexual en el programa "Envejecimiento activo y saludable" en Atención Primaria de Salud; con el desarrollo de taller:" La salud afectivo sexual de las personas adultas mayores" (55-75 años). La metodología empleada es proactiva (teórico-práctica) en la que se tratan los siguientes temas: La sexualidad en la vejez: mitos y prejuicios. Cambios físicos que afectan a la sexualidad. La respuesta sexual. Problemas de salud sexual. Claves para mantener y reavivar el deseo y consejos para mantener el rendimiento sexual y contribuir al bienestar personal.
Resultados: Información de hábitos de vida saludable para modificar actitudes que aumenten la salud integral de las personas que son objeto del programa (90%). Mejorar la información sobre la importancia de una vida sexual saludable en la vejez, desde el marco de la diversidad, aceptación de los cambios y abrir canales de comunicación para abordar la sexualidad entre personas adultas mayores y profesionales (75%).
Conclusiones: El programa se ha desarrollado durante el periodo 2008-2016, beneficiando a más de 3.500 usuarios/as del total de 11.000 que reciben asistencia en el Centro de Salud. La intervención socio-sanitaria es necesaria para optimizar las oportunidades de salud, mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen, proporcionando la salud y previniendo la cronicidad y la dependencia.

PS-012. QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA, POTENCIAL DE APRENDIZAJE Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO OBJETIVO EN ADULTOS MAYORES

G. Rodríguez Correa, N.M. Mendoza Ruvalcaba e I. Gómez Barba
Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos: Analizar las quejas subjetivas de memoria, su relación con el potencial de aprendizaje y funcionamiento cognitivo en adultos mayores.

Métodos: Estudio transversal, n = 201 adultos mayores 60 años y más (edad media = 71,88, DE 7,07% años, 84% mujeres), que asisten a grupos en la comunidad de Guadalajara, Jalisco, México. Las quejas de memoria fueron auto-reportadas, el potencial de aprendizaje fue evaluado usando la prueba de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey (RAVLT). Para el funcionamiento cognitivo objetivo fue aplicada una batería: memoria episódica (Subtest- RBNAS), memoria de trabajo (dígitos inversos WAIS-IV), velocidad de procesamiento dígitos símbolos (WAIS-IV), atención (Trial Making Test-A) (Trial Making Test-B). Datos sociodemográficos y salud. Realizándose pruebas de correlación de Pearson.
Resultados: En cuanto a la opinión de la queja de la muestra, se encontró que el 13,4% informó su memoria como mala, el 64,7% considera su memoria regular, el 18,4% buena y sólo el 5% excelente. Una mejor metamemoria está significativamente relacionada ($p < 0,01$) con un mejor desempeño en la prueba de memoria objetiva. La edad no se correlaciona con la queja subjetiva de memoria. Además, se encontró correlación negativa entre la puntuación subjetiva de la memoria y depresión. Es decir, entre los participantes cuya queja era más alta, tienen mayor puntuación en la escala de depresión. Finalmente diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la curva de aprendizaje, entre los que se quejan y los que no tienen queja de memoria.
Conclusiones: Los resultados apoyan la consideración de tales quejas como posibles predictores de cambios en el funcionamiento cognitivo debido a su correlación con la evaluación objetiva de la cognición.

PS-013. CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE MEDICINA SOBRE LA GERIATRÍA TRAS UNA ROTACIÓN CLÍNICA DOCENTE (RESULTADOS PRELIMINARES)

P. Pérez-Rodríguez, P. Condorhuamán, C. Mauleón-Ladrero, C. Sáez-Nieto, P. Matovelle, T. Alarcón y J.I. González-Montalvo
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La Geriatría está incluida en el programa docente de la Universidad Autónoma de Madrid como asignatura con 3 créditos ECTS. Dentro de ella se incluyen 7 días de rotación clínica obligatoria en la planta de hospitalización, cuyo objetivo es la formación en el abordaje geriátrico del paciente (competencias) y el aprendizaje práctico de la valoración geriátrica (habilidades).
Objetivos: Conocer los cambios en las opiniones de los estudiantes de Medicina sobre varios aspectos de la especialidad tras la rotación en la unidad clínica docente.
Métodos: Se realizó una encuesta el primero y el último día a todos los alumnos de cuarto curso de Medicina que rotaron entre el 12 de septiembre y el 28 de febrero del curso 2016-2017. Se preguntó sobre sus conocimientos y puntos de vista en cuatro áreas: la especialidad de Geriatría, la Valoración Geriátrica Integral, la utilidad de la rotación en su formación y su planteamiento a la hora de elegir especialidad. Se compararon las contestaciones antes y después de la rotación.
Resultados: Contestaron 41 estudiantes (100% de los rotantes de ese periodo) a la primera encuesta y 37 (90,2%) a la segunda. Hubo diferencias importantes en las respuestas entre ambas encuestas. El conocimiento de la Geriatría calificado como "Bastante o mucho" aumentó del 4,9% al 89,9%. La idea de que el geriatra aborda al paciente mayor con un enfoque diferente aumentó en las respuestas de "bastante o mucho" del 82,9% al 100%. Tener algún grado de conocimiento sobre la valoración geriátrica integral aumentó del 36,6% al 97,3%. El porcentaje de alumnos que consideraron bastante o muy útil la rotación en Geriatría en su formación aumentó desde 90,2% al inicio y 100% al final de la misma. El porcentaje de alumnos que se plantearon alguna vez elegir la Geriatría como su especialidad aumentó del 24,4% al 51,4%.
Conclusiones: La rotación de prácticas clínicas en la planta de Geriatría mejora el conocimiento de la especialidad y de la valoración geriátrica e incrementa el número de estudiantes que se plantean en algún momento la elección de la especialidad.

PS-014. ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS Y SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL

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

Objetivos: Determinar el grado de desgaste profesional del personal asistencial que trabaja en unidades de pacientes en situación de últimos días, analizando su relación con factores sociodemográficos.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: personal de enfermería de unidades de hospitalización de pluripatológicos y terminales. Instrumento de medida: Versión española de Maslach Burnout Inventory junto con cuestionario de datos sociodemográficos: categoría profesional, sexo, edad, estado civil, experiencia laboral, religión, vinculación, contrato, turno. Análisis estadístico de resultados mediante software estadístico R versión 3.2.2.
Resultados: Las dimensiones del agotamiento profesional del personal que trabaja con la muerte cada día se encuentran discretamente por encima de la media de otros estudios realizados en unidades de hospitalización médica. La despersonalización es alta en más del 50% de los profesionales encuestados. El nivel de cansancio emocional detectado es medio y un pequeño grupo no se siente realizado en su trabajo (< 30%). Al analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones del burnout y las variables sociodemográficas estudiadas, encontramos que en relación con los años de profesión, existe una tendencia a la significatividad ($p = 0,05$) en el valor de despersonalización. En relación con los años trabajados en la unidad, existen diferencias en el valor de la realización personal entre al menos dos grupos ($p = 0,0174$). Al estudiar la categoría profesional, encontramos diferencias significativas en el valor de la despersonalización entre auxiliares y enfermeras. ($p = 0,037$).
Conclusiones: La prevalencia detectada de este síndrome en profesionales que atienden a pacientes en situación de últimos días es baja. El paso del tiempo realizando una misma actividad laboral (antigüedad profesional) ejerce en este grupo un efecto de desgaste en la atención sanitaria que se caracteriza fundamentalmente por una actitud fría y distante hacia el paciente (mayor en el grupo de auxiliares) y en algunas ocasiones, cierto cansancio emocional. El curso paulatino y no percibido de este síndrome y la afectación negativa de una o varias dimensiones del burnout suponen una amenaza para la salud laboral del profesional y la calidad de sus cuidados y un riesgo claro de padecer futuros casos de esta patología.

PS-015. EL ENVEJECIMIENTO VISTO POR MUJERES Y HOMBRES. TENDENCIAS ACTITUDINALES

M. Dapía Conde, L. Ruiz Soriano, M.Á. Vázquez Vázquez y J.M. Faílde Garrido
Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Vigo, Ourense.

Objetivos: Analizar las actitudes y los conocimientos gerontológicos en función del género en tres grupos etarios.
Métodos: La muestra estuvo integrada por 455 participantes, que fueron distribuidos en tres grupos: jóvenes (18-35 años), adultos (36-64) y adultos mayores (> 65). A todos ellos les fueron administrados una batería integrada de instrumentos: Subescala del *Philadelphia Geriatric Scale* (Levy et al, 2002), *Facts on Aging Quiz (Palmore, 1998),* el *Cuestionario de Características Negativas de la vejez* (AN-PP; Castellano y de Miguel, 2010) y una entrevista de datos sociodemográficos diseñada *ad hoc*. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v20.
Resultados: En el grupo de jóvenes se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en el AN-PP, consta-

tando que las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en las subescalas AN-PP positiva (F = 12,31; p = 0,001) y en AN-PP negativa (F = 8,16; p = 0,005). Asimismo, las mujeres jóvenes presentes mayor sesgo positivo (F = 4,69; p = 0,032) y una tendencia actitudinal neta menos negativa (F 4,38; p = 0,038). En el grupo de personas mayores, los varones presentan un sesgo actitudinal positivo (F = 5,18; p = 0,024) más elevado y una tendencia actitudinal neta menos negativa que las mujeres (F = 5,92, p = 0,016).
Conclusiones: En el grupo de jóvenes se manifiestan una tendencia actitudinal hacia el envejecimiento más positiva en las jóvenes; esta tendencia se invierte en el colectivo de personas mayores siendo los varones quienes presentan una actitud más favorable hacia el envejecimiento.

PS-016. PERSONALIDAD RESISTENTE, CALIDAD DE VIDA Y *BURN OUT* EN PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS DE CENTROS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA DE GALICIA

J.A. Carballo Bouzas[1], J.M. Faílde Garrido[2], M.L. González Nieto[3], R.M. Gómez Fernández[4], M. Dapía Conde[2] y L. Ruiz Soriano[2]
[1]Centro Asociado UNED-Ourense, Ourense. [2]Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Vigo, Ourense. [3]Centro de Día de Cruz Roja, Ourense. [4]Eulen Servicios Sociosanitarios SA, Ourense.

Objetivos: Evaluar la relación entre la personalidad resistente (*Hardiness*), la calidad de vida y la vulnerabilidad al síndrome de *burnout* en una muestra de profesionales sociosanitarios de centros de atención gerontológica de Galicia.
Métodos: La muestra la integraron 356 profesionales sociosanitarios de centros de atención gerontológica de Galicia con una edad media de 35,42 años (SX = 9,06), rango 19 a 61 años. Un 94,2% eran mujeres y el 5,1% varones. A todos los participantes le fueron administradas las siguientes pruebas: Una entrevista de datos sociodemográficos y profesionales; la versión española del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36 (SF-36: Alonso et al, 1999), la versión española del Maslach *Burn Out Inventory* (MBI: Maslach y Jackson, 1986, Seisdedos, 1997), y el Cuestionario de Personalidad Resistente (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000).
Resultados: En función de los niveles de personalidad resistente (alta versus baja) se detectaron diferencias estadísticamente significativas en siete de los ocho dominios del SF-36: Función física (F_1 = 5,40, p = 0,021); Desempeño físico (F_1 = 6,23, p = 0,013); Dolor físico (F_1 = 4,49, p = ,0036); Salud General (F_1 = 8,31, p = 0,004); Vitalidad (F_1 = 12,92, p = 0,000); Función social (F_1 = 4,004, p = 0,046); y Salud mental (F_1 = 8,13, p = 0,005). Asimismo, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de prevalencia de Agotamiento emocional (F = 14,87; p < 0,000), Despersonalización (F = 5,51; p < 0,019), Realización personal (F = 53,25; p < 0,000) y en la tasa global de *Burnout* (F = 16,95, p < 0,000).
Conclusiones: Estos resultados indican la importante relación existente entre la Personalidad Resistente, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el *burnout*. Bajos niveles de Personalidad Resistente se relacionaron con un menor índice de calidad de vida y con una mayor vulnerabilidad al *síndrome de burnout*.

PS-017. PROYECTO RESISOR: DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA SOCIAL ÚNICA ELECTRÓNICA DE ANDALUCÍA (HSUE)

I. Ancizu García[1], M. García Sáez[2], S. Jiménez González[3], P. Gálvez Daza[3], M. Martínez Domene[2], F. Alonso Trujillo[2] y G.R.HSUE[4]
[1]Geriatros-SARquavitae, Barcelona. [2]Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía-ASSDA, Sevilla. [3]Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de Andalucía-CIPS, Sevilla. [4]Grupo RESISOR, Sevilla.

Introducción: La atención integral e integrada a personas mayores en situación de cronicidad y dependencia exige una respuesta innovadora por parte de los servicios sociales, a través de un liderazgo sólido a nivel político. El Proyecto RESISOR ha sido financiado en el programa EaSI de la Comisión Europea y está liderado por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (CIPS).
Objetivos: Unificar criterios y sistemas y establecer un único canal de comunicación con la ciudadanía. Acceder fácilmente en tiempo real al expediente personal y social con el fin de informar sobre beneficios sociales actuales y aquellos a los que podría tener derecho. Evaluar e intervenir mejorando la eficacia y eficiencia de los procesos con una respuesta más acorde e informada.
Métodos: El proyecto está estructurado en 5 paquetes de trabajo (PT) que cubren las distintas fases de conceptualización y desarrollo. Su consecución permitirá implementar una Historia Social que incluirá diversos componentes: recogida de información, análisis, valoración, diagnóstico, definición del Proyecto de Intervención Social más adecuado y seguimiento.
Resultados: Se han generado los documentos base a nivel técnico y conceptual: Definición de la HSU digital, los mapas de procesos y de sistemas de la CIPS y de la ASSDA (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía), el documento de estado del arte y el de resultados del estudio Delphi de consenso. Actualmente, se está trabajando en el Conjunto Mínimo de Datos (CMD) de las diferentes áreas que se gestionarán a través de un bus de interoperabilidad de gran complejidad tecnológica. La nueva plataforma supondrá la puesta en marcha de nuevos procedimientos a nivel de dependencia y, específicamente, en centros residenciales y centros de día para personas mayores.
Conclusiones: El Proyecto RESISOR forma parte del proceso de innovación digital que conduce a la eGobernance estratégica del sector social. Permitirá mejorar la atención a la ciudadanía en el ámbito de los Servicios Sociales en Andalucía, simplificando la gestión e integrando los diferentes sistemas de información, suponiendo un importante avance hacia una futura interconexión entre los sistemas sociales y de salud.

PS-018. INTERVENCIONES EN LA COMUNICACIÓN EN EQUIPOS GERONTOLÓGICOS

A. Piay García[1] y E. Calvo Lorenzo[2]
[1]Centro de Día de Coles, Coles. [2]Centro de Día de Sada, Sada.

Objetivos: Conocer la calidad de la comunicación entre los profesionales de la red pública gallega de centros de atención a personas mayores. Intervenir con propuestas atrayentes para mejorar la comunicación en los equipos, entendiendo que ésta es un buen predictor de buen clima laboral y de manera indirecta, de una mejor atención a las personas mayores.
Métodos: La revisión, mejora y fomento de la comunicación en los centros se llevó a cabo con una metodología doble: 1. A nivel externo, mediante sesiones prácticas sobre comunicación para todos los miembros del equipo que fueron realizadas por los psicólogos que componen el Grupo de Clima Laboral. Este grupo fue creado en el año 2011 por iniciativa del Departamento de Gerontología del Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar. 2. A nivel interno, mediante reuniones propias del equipo.
Resultados: Analizando los datos extraídos de las encuestas de satisfacción laboral 2017 (sobre el año 2016) y las valoraciones de las sesiones, obtenemos que: 74% de los encuestados opinan que existe "bastante" o "mucha" oportunidad para participar en su centro. La comunicación es valorada con un 2,8 sobre 4. El 96% considera que se consiguieron los objetivos de las sesiones para mejorar la comunicación ("mucho" o "bastante"). El 94% creen que los conceptos trabajados en las sesiones mejoran ("mucho" o "bastante") la comprensión del entorno laboral. El 93,2% considera que son "bastante" o "muy" beneficiosas para el grupo de trabajo.
Conclusiones: La percepción de la mayoría los trabajadores/as es que todos tienen ocasión de participar, lo que parece un dato positivo tanto

para los índices de satisfacción laboral como para el enriquecimiento interprofesional. Los resultados en cuanto a la comunicación y la ocasión de participar se mantienen bastante estables, siendo positivos aún sin obtener la mejoría deseada en cuanto a la comunicación. La buena valoración de las sesiones por parte de la mayoría de los participantes apuntan a su utilidad para mejorar la comunicación en el trabajo, contribuyendo a dar una mejor calidad en el trabajo con los usuarios al tener una comunicación fluida, coordinada y empática.

PS-019. EFICACIA DEL PROGRAMA "VIVIR CON VITALIDAD" PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MAYORES MEXICANOS

N.M. Mendoza-Ruvalcaba[1] y R. Fernández-Ballesteros[2]
[1]Universidad de Guadalajara CUTONALA, Jalisco. [2]Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Introducción: El programa de intervención Vivir con Vitalidad concibe el envejecimiento activo como un proceso de adaptación para maximizar la salud y la independencia, el funcionamiento físico y cognitivo, la regulación de afectos positivos y control, y participación social. A través de sus diferentes versiones y ediciones en España y otros países ha demostrado ser un programa eficaz. Ahora se ha adaptado y aplicado en México (Proyecto PSI2014-52464-P del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad MINECO).
Objetivos: Determinar la eficacia del programa Vivir con Vitalidad en sus versiones Presencial y Combinada (Presencial/Multimedia) para promover el envejecimiento activo en personas mayores mexicanas.
Métodos: Estudio cuasi-experimental. Participaron n = 76 personas mayores, en dos condiciones experimentales: versión Presencial (n = 35), versión Combinada (n = 15), y n = 26 grupo control. Se llevaron a cabo evaluaciones pre y post, así como una evaluación formativa del programa. Con el programa SPSS-v21 se hicieron análisis descriptivos, se calcularon ANOVAS de medidas repetidas y tamaño del efecto (Cohen-d).
Resultados: Los participantes en el programa mostraron mejoras significativas ($p < 0,05$) en algunas variables del estudio en comparación con el grupo control. En ambos grupos experimentales se reportaron efectos positivos en la percepción del envejecimiento y la autoeficacia para envejecer. Adicionalmente, los mayores de la versión presencial reportaron llevar una vida más activa, mejores relaciones sociales, menos problemas de memoria y evidenciaron mejor desempeño de ésta. El grupo control permaneció sin cambios. La evaluación formativa evidenció la idoneidad de las características de ambas versiones del programa.
Conclusiones: Vivir con Vitalidad (en sus versiones Presencial y Combinada) es una herramienta útil para la promoción del envejecimiento activo en adultos mayores Mexicanos. Se analizan las limitaciones y adaptaciones para mejorarlo. Los resultados son similares a otras ediciones españolas, lo que revela su consistencia como una iniciativa práctica transcultural para promover el envejecimiento activo.

PS-020. NECESIDAD DE INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES SOBRE HIGIENE DE MANOS

M.T. Ruiz García, M.E. González Medina, O. Sepúlveda Palma, F. Villanueva Pardo y A. Salinas Barrionuevo
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Determinar el grado de conocimiento de cuidadores de pacientes ancianos en relación a una correcta higiene de manos.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: Cuidadores de pacientes ingresados en una unidad de pluripatológicos durante dos meses: octubre y noviembre de 2016.Instrumento de medida: cuestionario con datos sociodemográficos y preguntas relacionadas con la higiene de manos.
Resultados: Seis de cada diez cuidadores respondieron a la encuesta. La mayor parte de los encuestados desconocía el concepto de seguridad del paciente, solo el 13,04% afirmaba conocer el significado de este término y la totalidad de ellos demandaba más información sobre seguridad del paciente. Tan solo el 34,78% de los encuestados conocían la utilidad de la solución alcohólica y el 17,39% afirmaba conocer sus indicaciones de uso. La gran mayoría (89,13%) señalaba desconocer la técnica de aplicación. El 21,73% desconocía el papel de la higiene de manos en la prevención de infecciones.
Conclusiones: Los cuidadores de pacientes demandan cada vez más información y participación en la seguridad del paciente. La higiene de manos es un pilar básico que requiere más formación e implicación del usuario y cuidador. Fomentar la educación en HM es una tarea fácil y básica que requiere un mayor abordaje por parte del profesional sanitario durante la estancia hospitalaria.

PS-021. PERCEPCIÓN DE LA MUERTE CON IDEAS OBSESIVAS

O. Sepúlveda Palma, M.E. González Medina, M.T. Ruiz García, F. Villanueva Pardo y A. Salinas Barrionuevo
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar el grado de obsesión ante la muerte de los profesionales sanitarios de una unidad de geriatría.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal realizado en último trimestre de 2016. Instrumento de medida: versión española de DOS (Death Obsession Scale) junto con cuestionario con datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, categoría profesional, antigüedad profesional y en unidad. Población de estudio: auxiliares y enfermeros de una unidad geriátrica. Criterios exclusión: jornada parcial y/o experiencia laboral menor de un año. Análisis de resultados por programa estadístico SPSS 20.0.
Resultados: Los niveles de obsesión ante la muerte detectados en los profesionales de geriatría concuerdan con los de otros estudios de unidades con similares características, situándose ligeramente por encima de la media de la población normal. La media de puntuación de obsesión fue: 25,37 ± 6,48. No se encuentra relación significativa entre las variables sociodemográficas estudiadas y el nivel de obsesión ante la muerte.
Conclusiones: La actividad profesional del personal de enfermería geriátrica en un contexto frecuente de pérdida ajena no genera niveles patológicos de obsesión ante la muerte que interfieran en el desempeño profesional. Aunque no hemos obtenido relación significativa que relacione las variables sociodemográficas estudiadas con la puntuación DAS, debemos seguir investigando la posible relación de la obsesión con factores socioculturales e incrementar el tamaño muestral.

Pósteres Área Social-Sesión Viernes

PS-022. LA RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y BIENESTAR EN PERSONAS NONAGENARIAS Y CENTENARIAS

V. Córdoba Castillo[1], S. Pinazo Hernandis[1], J. Viña Ribes[2], F.J. Tarazona Santabalbina[3] y J. Montoro Rodríguez[4]
[1]Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia. [2]Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia. [3]Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia. [4]University of North Carolina, Charlotte.

Objetivos: Las relaciones sociales nos acompañan a lo largo de la vida. Algunas investigaciones sobre centenarios afirman la importancia de la calidad de las interacciones sociales como protectoras de salud y bienestar favoreciendo la extrema longevidad. El objetivo de este tra-

bajo es analizar la relación entre el apoyo social y el bienestar subjetivo desde la perspectiva hedónica, en un grupo de centenarios españoles.
Métodos: Se realizaron entrevistas a 68 personas nonagenarias y centenarias, en sus domicilios o residencias. Criterios de inclusión: tener 90 años o más y salud cognitiva preservada. El 43,4% vive con familiares, el 30,2% con residentes o cuidadoras y el 26,4% vive solo/a. El 75% tiene contacto con la familia todos los días. La mayoría (86,8%) tiene noticias o se reúne al menos una vez al mes con familiares, y está muy o bastante satisfecho con las personas con las que vive. Los instrumentos administrados fueron: MEC-35, Escala de Relaciones Sociales, Escala de Satisfacción con la Vida y PANAS (Afecto negativo y Afecto positivo).
Resultados: La integración social y familiar de los nonagenarios y centenarios españoles es elevada. El 58,5% obtuvo puntuaciones medias-altas en relaciones sociales (M = 20,70, DT = 4,63, rango 0-29). En Satisfacción con la vida, el 71,7% obtuvo puntuaciones iguales o mayores a la media (M = 18,87, DT = 3,47, rango 5-25). El 88,7% obtuvo puntuaciones entre 10 y 19 en Afecto negativo (M = 14,09, DT = 4,14, rango 10-50) y el 71,7% puntuaciones entre 20 y 43 en Afecto positivo (M = 23,63, DT = 8, rango 10-50). Hemos encontrado relación significativa positiva entre Apoyo social y Satisfacción con la vida y relación significativa negativa entre Apoyo social y Afecto negativo.
Conclusiones: El apoyo social es un componente importante que da significado y propósito a la vida de los nonagenarios y centenarios. Los resultados confirman el papel del Apoyo social en el Bienestar subjetivo. De esta forma, las relaciones sociales refuerzan la satisfacción y el balance entre los afectos, elementos que favorecen una vida más larga y feliz.

PS-023. DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS FALLOS DE MEMORIA ENTRE LAS PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y SUS FAMILIARES

P. Montejo Carrasco[1], M. Montenegro Peña[1], D. Prada Crespo[1], E. García Mulero[1], A. García Marín[1], M.L. Delgado Losada[2] y C. Vara García[3]
[1]Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid. [2]Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. [3]Facultad de Psicología, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar la discrepancia entre la percepción de los fallos cotidianos de los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) y la de sus familiares. Analizar las variables que intervienen en dicha discrepancia. Analizar en qué tipo de olvidos existen mayores diferencias entre usuarios y familiares.
Métodos: Participantes: 81 pacientes entre 58-86 años (media: 75,42; DT = 6,10), 43,2% varones. Son DCL (criterios Petersen). Captación no probabilística consecutiva. Instrumentos de evaluación: "Cuestionario Fallos de Memoria Vida Cotidiana" (MFE, rango 0-56). Se realizó una amplia valoración neuropsicológica. Variable dependiente: diferencia en MFE familiares/usuarios (MFEDif).
Resultados: Hay diferencias significativas entre la media del MFE valorado por sujetos DCL (21,17; DT: 10,21) y sus familiares (25,63; DT: 10,39), (p = 0,005). Hay correlación significativa entre MFEDif y: Escala Geriátrica de Depresión (GDS) (r = -0,29); Lista palabras (LP) (r = -0,24); Test de memoria de Rey (r = -0,25). Al considerar la sintomatología depresiva: MFEDif de sujetos sin depresión (GDS < 6) = 7,50 (perciben más olvidos los familiares); MFEDif de sujetos con probable depresión (GDS > 5) = -4,85 (perciben más olvidos los DCL); p = 0,000; r^2 = 0,15. Variables predictoras de la diferencia familiares/usuarios: GDS (p = 0,009) y LP (p = 0,03) (regresión lineal múltiple, R^2: 0,137; p = 0,003). Realizamos análisis factorial del MFE familiares (por presentar mayor correlación con el rendimiento objetivo de memoria que MFE usuarios). Se extraen 4 factores: fallos en actividades cotidianas (1), fallos en comunicación (2), fallos en memoria de trabajo (3) y fallos de reconocimiento (4). Hay diferencias familiares/usuarios en factor 1 (p = 0,007), 2 (p = 0,000) y 3 (p = 0,037), siendo siempre mayor la media de familiares. No hay diferencias en factor 4 (p = 0,969).
Conclusiones: Los familiares perciben mayor gravedad en los olvidos cotidianos que los DCL, de modo global y en olvidos relacionados con actividades cotidianas, comunicación y memoria de trabajo. Los DCL con mayor sintomatología depresiva valoran con más gravedad sus fallos de memoria, aproximándose su puntuación a la de sus familiares. Cuando el rendimiento de memoria es mayor, disminuye la diferencia entre la valoración de familiares y usuarios. Para valorar funcionalmente a personas con DCL se debe entrevistar a los familiares y al paciente.

PS-024. ENVEJECER 2.0

N. Guerrero Puga, B. Canal Bollo, C. Lostao Otero, R. Isanta Barcons, N. Domínguez Blanco y M. Cinca Morros
Caser Residencial Castell d'Oliana, Oliana.

Objetivos: Acercar las nuevas tecnologías a las personas que viven en una residencia asistida para mayores y personas con enfermedad mental para mejorar su integración social, su participación, su funcionamiento físico y mental y en definitiva su calidad de vida. También hacer uso de las tecnologías, de la información y de las comunicaciones para que sean una herramienta más, de ayuda en la atención integral de las personas.
Métodos: En 2012 se cambia la metodología en la atención a las personas del centro con la formación del equipo multidisciplinar en Atención Centrada en la Persona (ACP). Este proceso se acompaña de un aumento en la adquisición y uso de nuevas tecnologías tanto por parte de los profesionales como de los propios residentes. Están dirigidas tanto a mejorar la vida y la atención en el centro como al envejecimiento activo. Entre 2012-2016 la media es de 152 residentes, con una edad 74,75 ± 15,55, MEC de 22,8 ± 11 y Barthel de 73 ± 30,2.
Resultados: Incremento 19,2% actividades donde TICs son eje central. 26,3% residentes participantes en actividades TIC. 3 ordenadores a disposición de residentes con conexión a Internet. 100% residentes con alto riesgo de caída tienen sensor de movimiento en habitación. 100% habitaciones tienen sistema de llamadas con intercomunicación. 15,8% residentes tienen dispositivos móviles personales. Resultados escala GENCAT 2013-2016: aumento 6,3% en percepción de calidad de vida. 100% residentes con historia de vida. Encuestas satisfacción familias (Net Promotore Score): 36% (2012) al 77% (2016). Encuestas satisfacción residentes: 9,18/10 (2012) a 9,26/10 (2016). Encuestas clima trabajadores: 7,46 (2013) a 8,8 (2016).
Conclusiones: Es necesario promocionar el acercamiento de la tecnología a las personas institucionalizadas, ya que sentirse incluido y participante del mundo digital y tecnológico sugiere que mejora la satisfacción y la calidad de vida. En nuestro centro ha aumentado el número de personas que hacen uso de las nuevas tecnologías y también de las actividades que se sirven de ellas. Los recursos tecnológicos parece que facilitan la atención a residentes, la prevención del deterioro físico y cognitivo y la potenciación de la vida social.

PS-025. EXIT: INTEGRACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO CONDUCTUAL EN UN ÁMBITO RESIDENCIAL

M.A. Argudo Pérez, M. Sánchez Pericuesta y M. Camats Gabernet
SARquavitae Claret, Barcelona.

Introducción: La visión de las personas con trastornos de conducta suele ser estereotipada y llena de prejuicios, tanto por parte del resto de usuarios del centro residencial como de los familiares. Es importante desarrollar intervenciones que desestigmaticen a estas personas, normalizando sus interacciones y haciéndolas partícipes de la dinámica del centro.

Objetivos: Analizar la eficacia de un programa de intervención dirigido a fomentar la interacción social de usuarios con trastorno conductual, la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos y, de manera general, a mejorar su bienestar holístico.
Métodos: Se presenta un proyecto interdisciplinar de seis meses de duración ejecutado en 2015 en el que participaron 23 usuarios con trastornos conductuales. Se realizaron cuatro sesiones semanales de 45 minutos de duración en las que se trabajaron los objetivos planteados. Las sesiones se dividieron en dos lúdico-deportivas y dos de talleres de habilidades sociales. Las actividades lúdico-deportivas se organizaron en cinco juegos distintos con adquisición y entrenamiento de las habilidades necesarias propias de cada juego. Los talleres de habilidades sociales se implementaron en cuatro fases: dinámicas de presentación, entrenamiento en habilidades sociales, taller de empatía y role playing situacional. Se analiza la participación, motivación e interacción con otros usuarios mediante un cuestionario ad-hoc.
Resultados: El 65% de los participantes se relacionó con más de dos compañeros de ambas plantas. El 71% de los participantes mostraron una mayor predisposición a participar en otras actividades del centro. El 87% de los participantes aplicaron satisfactoriamente nuevos conocimientos y habilidades.
Conclusiones: Este proyecto consiguió integrar a los usuarios que presentaban un trastorno conductual en la vida del centro residencial de una forma positiva. Se ofrecieron nuevas herramientas comunicativas, observándose que algunos de los residentes sí las aplicaban a la hora de relacionarse con los demás. Así mismo, se comprobó que el cambio de un entorno estresante a un ambiente sin estímulos negativos disminuía los episodios de agitación psicomotriz.

PS-026. RESPUESTAS DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

M.E. González Medina[1], O. Sepúlveda Palma[1], M.T. Ruiz García[1], J. Vargas Cruz[2], F. Villanueva Pardo[1] y A. Salinas Barrionuevo[1]
[1]Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. [2]Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga.

Objetivos: Determinar el grado de ansiedad ante la muerte del personal de enfermería de una unidad de geriatría, analizando su relación con factores sociodemográficos.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal realizado en el cuarto trimestre de 2016. Población de estudio: Auxiliares y enfermeros de una unidad geriátrica. Criterios exclusión: jornada parcial y/o experiencia laboral menor de un año. Instrumento de medida: versión española escala DAS (Death Anxiety Scale) más cuestionario con datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, categoría laboral, antigüedad profesional y en unidad). Análisis de resultados por programa estadístico SPSS 20.0.
Resultados: Los niveles de ansiedad ante la muerte detectados en la población de estudio son discretamente superiores a los encontrados en la población normal. El porcentaje de casos graves es muy limitado: uno de cada ocho encuestados. La antigüedad en unidad se relaciona con mayor grado de ansiedad ($p < 0,05$). La edad, sexo, categoría profesional y antigüedad laboral no influyen de manera significativa con la puntuación DAS. Al comparar medias de ansiedad por grupos según estado civil, hay al menos dos grupos con diferencias significativas. ($p < 0,05$).
Conclusiones: La actividad laboral de los profesionales de enfermería de una unidad geriátrica no genera niveles preocupantes de ansiedad ante la muerte. A medida que aumenta la experiencia laboral con pacientes geriátricos, se incrementa el nivel de ansiedad, lo que sugiere la necesidad de buscar mecanismos de afrontamiento eficaz. Sería necesario un mayor apoyo psicoemocional al profesional sanitario junto con una formación específica postgrado en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal y el duelo para prevenir posibles alteraciones patológicas en la percepción de la muerte.

PS-027. SATISFACCIÓN CON LA VIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD GERIÁTRICA

A.B. Palomo Cañestro[1], M.E. González Medina[1], M.T. Ruiz García[1], J. Vargas Cruz[2], F. Villanueva Pardo[1], M. Franquelo Vega[1] y A. Salinas Barrionuevo[1]
[1]Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. [2]Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga.

Objetivos: Determinar el grado de satisfacción con la vida del personal de enfermería que presta cuidados en una unidad de geriatría.
Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio: Enfermeros y auxiliares con más de un año de antigüedad en una unidad de geriatría. Instrumento de medida: versión española de la escala de satisfacción con la vida de Diener más anexo con datos sociodemográficos. El cuestionario de Diener consiste en un conjunto de afirmaciones frente a las cuales las personas deben indicar su nivel de acuerdo o desacuerdo en una escala tipo Likert de 7 puntos. Análisis de resultados por programa estadístico SPSS 20.0.
Resultados: Participación 100% de profesionales: 54,16% enfermeros y 45,83% auxiliares. Edad media: 51,33 ± 5,61; antigüedad profesional: 25,33 ± 5,81 y en servicio: 17,75 ± 9,41. Estado civil: 20,83% separado, 12,5% soltero, 66,66% casado. Grado satisfacción: altamente satisfecho 25%; satisfecho 25%; ligeramente satisfecho 37,50%; escasamente satisfecho 4,16%; insatisfechos: 8,33%. Satisfacción alta: 9,09% auxiliares, 38,46% enfermeras; satisfacción media: 18,18% auxiliares y 30,76% enfermeras; satisfacción ligera: 54,54% de auxiliares, 23,07% de enfermeras; satisfacción escasa: 7,69% enfermeras; Insatisfechas: 8,18% auxiliares. Al estudiar la categoría profesional, encontramos diferencias significativas en el valor de la satisfacción entre auxiliares y enfermeras. ($p = 0,047$). En relación con la antigüedad profesional, existe una relación significativa ($p = 0,013$) inversa con la percepción de la satisfacción de vida.
Conclusiones: El cuidado de pacientes geriátricos no parece influir en la percepción de satisfacción con la vida ya que los profesionales sanitarios que actúan en esta unidad presentan niveles medio altos de satisfacción, lo que indica una percepción positiva con su situación vital, adecuado bienestar psicológico y de calidad de vida.

PS-028. SENTIDO RELIGIOSO Y DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA VEJEZ

R.O. Castellanos Vargas[1], N.M. Mendoza Ruvalcaba[2] y E.D. Arias Merino[2]
[1]Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez. [2]Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

En México se identifican 47 grupos religiosos, 95.7% de los adultos mayores profesa alguna religión. Existe evidencia del papel de la religión en la vida del individuo, que aumenta en importancia con la edad y se asocia a beneficios biopsicosociales. En Alemania, Kruse definió Significado religioso como el proceso de convertir a la religión en un esfuerzo por encontrar un sentido de propósito y dirección en la vida y la sensación de que hay una razón para la propia existencia durante toda la vida y el desarrollo. Por otra parte, Erikson propone la teoría del desarrollo psicosocial que incluye una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona, extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial organizados en ocho estadios. El objetivo de este estudio fue examinar ¿Cuál es la relación entre el significado religioso y el desarrollo psicosocial (generatividad e integridad), y la satisfacción con la vida en los adulos mayores? Para responderla se realizó un estudio transversal cuantitativo analítico. Este estudio se realizó en Guadalajara, Jalisco México, con una muestra de

n = 393 personas, seleccionados de manera aleatoria, residentes en la comunidad y mayores de 60 + años. Las variables fueron significado religioso, generatividad, integridad y satisfacción con la vida. La evaluación incluyó la escala de Significado religioso, para generatividad se utilizó la escala "Loyola generativity escale", para integridad la escala desarrollada por Brown y Lewis. Para satisfacción con la vida la Satisfaction With Life Scale (SWLS), y se analizaron datos sociodemográficos. Se analizaron los datos en SPSS-18, se calculó chi-cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson. En general, el significado religioso estaba relacionado positivamente a la generatividad, la integridad y la satisfacción con la vida. En concreto, se encontraron diferencias en las asociaciones entre la fe o componente Dios del sentido religioso y el desarrollo psicosocial. Se concluye que la fe promueve el desarrollo psicosocial lo que se ve relacionado con el bienestar de este grupo etario, por lo tanto este estudio aporta al conocimiento en un área poco explorada.

PS-029. IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN EL ÁREA DE PERSONAS MAYORES

M.C. Feliz Muñoz, M. Vales Arriols, M.J. Martín Crespo, S. Gallardo Molina y P.M. Gómez García
Complejo Asistencial Benito Menni-Hermanas Hospitalarias, Ciempozuelos.

Objetivos: En los últimos años han surgido diferentes movimientos internacionales en favor de un cambio de modelo residencial para las personas mayores debido, principalmente, al rechazo de la ciudadanía al modo de vida en las residencias clásicas, entendiendo cómo clásico, prácticas paternalistas, donde los profesionales deciden todas las cuestiones de la vida cotidiana y ofrecen poca personalización. Otro motivo son los cambios sociales que se han producido en estos últimos años. Tras este análisis se ha visto la necesidad de introducir un modelo residencial que mejore la calidad, desde el enfoque personalizado, donde el residente pueda controlar las decisiones en su vida cotidiana. Se ha elegido el modelo "Atención Centrada en la Persona" cómo herramienta que implica que el residente pasa a ser denominado "persona", es decir, sujeto activo y único, situándole en el centro de todas nuestras acciones y toma de decisiones.
Métodos: Se ha realizado un estudio cualitativo y el marco teórico utilizado se basa en la filosofía desarrollada por Edmunt Husserl, que otorga especial importancia a las vivencias expresadas por los residentes, teniendo como objetivo la esencia de lo vivido. Las herramientas utilizadas han sido la entrevista personalizada a los residentes, donde se recogen sus vivencias, con el fin de construir sus "Huellas de Vida"; y cuestionarios sobre sus preferencias de diferentes momentos de su vida cotidiana. Se han analizado rutinas de trabajo mediante observación en la ejecución de tareas, y un cuestionario para el personal sobre al método de trabajo. El muestreo usado es de conveniencia, seleccionando a treinta y seis personas de un total de doscientas nueve.
Resultados: Aumento de motivación en la implicación de su autocuidado y un mayor deseo de ejercer el control en sus decisiones, viviendo más acorde a sus valores y preferencias personales.
Conclusiones: Necesidad de continuar trabajando La atención centrada en la persona, después de comprobar el cambio tan significativo que esto representa en la vida diaria de las personas y, en definitiva la mejora de la calidad asistencial.

PS-030. RELACIÓN CON LOS NIETOS Y SENTIMIENTOS DE SOLEDAD DE LAS MUJERES MAYORES QUE VIVEN SOLAS

S. Pinazo-Hernandis, M. Donio-Bellegarde y F. Sánchez-Sánchez
Universitat de València, Valencia.

Introducción: Diversas evidencias sugieren que las mujeres mayores que viven solas están en mayor riesgo de sentirse solas. La frecuencia de contacto con los miembros de la red social contribuye a reducir los sentimientos de soledad de las personas mayores. Las relaciones con los nietos son importantes para ambos.
Objetivos: 1. Identificar con qué frecuencia una muestra de mujeres mayores que vivían solas mantenían contacto con los diferentes miembros de su familia (hijos, nietos, hermanos, sobrinos y sobrinos-nietos); 2. Analizar la relación entre frecuencia de contacto con los familiares y sentimientos de soledad.
Métodos: Investigación transversal, con una muestra de 267 mujeres (70-90 años, M = 82,76, DT = 4,74) que vivían solas en la ciudad de Valencia. Se midió la frecuencia de contacto de las participantes con sus familiares a través de una pregunta directa y se utilizó la *de Jong Gierveld Loneliness Scale* para medir los sentimientos de soledad.
Resultados: La mayoría de las participantes que tenían hijos mantenía contacto diario con ellos, mientras que el contacto con los nietos y con los hermanos era menos frecuente (gran parte de la muestra no lo hacía a diario sino varias veces a la semana). La frecuencia de contacto con sobrinos y sobrinos-nietos era aún más esporádica. Los resultados de los ANOVA empleados señalan que las mujeres que no se sentían solas contaban con un contacto más frecuente con sus nietos que aquellas que sufrían de soledad muy grave. Asimismo, las mujeres que no se sentían solas solían mantener un contacto más frecuente con los demás familiares que aquellas que informaron de algún grado de soledad. Sin embargo, solamente resultó ser estadísticamente significativa la relación entre soledad y frecuencia de contacto con los nietos.
Conclusiones: Se ha confirmado el importante papel de la frecuencia de contacto con los familiares en el sentido de evitar o reducir los sentimientos de soledad de las mujeres mayores que viven solas. Se concluye que además de las relaciones con los hijos, lo que suele ser el foco de la mayoría de investigaciones, la relación entre abuelas y nietos es muy beneficiosa para ellas para reducir la soledad.

PS-031. EL CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES: UNA VISIÓN DESDE LA ADOLESCENCIA

M.A. García Antón[1], A.M. Fernández Rodríguez[2], M.A. Valle Martín[2], E.M. Sanz Peces[3], J.R. Campos Dompedro[4], A. Núñez González[5] y J.C. Sacedo Gómez[6] , en representación del Grupo de Trabajo de Dependencia de la SEGG
[1]Fundación Fes, Madrid. [2]Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. [3]D.A. Norte. Atención Primaria. SERMAS, Madrid. [4]Centros Médicos Mapfre Salud, Madrid. [5]Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. [6]Ilunion, Madrid.

Introducción: Se programan una serie de sesiones divulgativas/formativas en Centros de Educación Secundaria para lograr una aproximación a los conocimientos y experiencias de los adolescentes sobre dependencia y cuidado.
Objetivos: Describir las características de los adolescentes, explorar su percepción sobre el cuidado de las personas dependientes y analizar el grado de implicación en el cuidado de las personas dependientes de su entorno.
Métodos: Encuesta a alumnos del Instituto Educación Secundaria después de sesión formativa. Variables analizadas: edad, sexo, curso, presencia de dependiente en entorno, implicación en cuidado (horas/días), intención de dedicarse profesionalmente al cuidado, preferencias sobre lugar y personas para el cuidado de familiares y su propio cuidado, valoración actividad formativa y conocimientos (envejecimiento, dependencia, cuidador, formación) antes y después de sesión.
Resultados: 250 alumnos asistieron a sesión formativa. Contestaron la encuesta/evaluación 124 (49,6%). Edad media 16,8 años (DE 1,4). 58,1% mujeres. 59,7% estudian Educación Secundaria Obligatoria, 25% Bachillerato, 15,3% Formación Profesional. 80,6% tienen conocimientos sobre dependencia, opinan que todos podemos cuidar 83,9%. Tie-

nen dependientes en su entorno 36,3%, convive con dependiente 28,9% y colabora en el cuidado 80%. 64,4% son nietos/as del dependiente. 41,7% dedican 2-3 h/día y 38,9% dedican 1 h/día. 36,1% cuidan 2-4 días/semana y 36,1% cuidan 7 días/semana. Les gustaría dedicarse profesionalmente al cuidado 30,6%. Les gustaría que sus familiares fueran cuidados en casa por familiares (66,1%), en casa por profesionales (19,4%), residencia (14,5%). Les gustaría ser cuidados en casa por familiares (72,6%), en casa por profesionales (14,5%), residencia (12,9%). Valoración global sesión formativa 4 puntos (DE 1) sobre 5.
Conclusiones: Los alumnos tienen conocimientos sobre dependencia y opinan que todos podemos cuidar. Más de un tercio tienen dependientes en entorno y participan en su cuidado. Dos tercios quisieran que sus familiares y ellos mismos fueran cuidados en casa por familiares. La buena aceptación de este tipo de jornadas divulgativas/formativas ayudan a acercar los cuidados del dependiente a la población joven y debería trabajarse más en colegios e institutos. Consideramos que la sensibilización de la población joven en temas relacionados con dependencia y cuidado ayudan a mejor entendimiento, participación y colaboración futura del cuidado del dependiente.

PS-032. CONSTRUYENDO UNA SOCIEDAD PARA TODOS: EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN EN CANTABRIA

A.M. Rodríguez Valcarce[1], A.R. Expósito Blanco[1] y L. Bermejo García[2]
[1]Hospital Santa Clotilde, Santander. [2]Autónoma. Sociedad de Geriatría y Gerontología Cantabria, Santander.

Introducción: Desde 2015 la SGGC, participa con Ayuntamiento de Santander y otras Entidades en el Programa Municipal de Promoción de la Salud Infantil y Juvenil.
Objetivos: Favorecer con acciones educativas, las relaciones y convivencia entre distintas generaciones en entornos familiares y sociales. Visibilizar nuestra Sociedad participando en programas comunitarios. Mejorar la imagen de las personas mayores, concienciar en contenidos básicos de la gerontología clínica y social.
Métodos: Ofrecemos una Sesión Formativa -en 2015-16 y 2016-17- a todos los Colegios de Santander para 5º y 6º de Primaria. Sesión de una hora, inserta en currículo escolar. Actividad -constructivista-: vivencial, divertida y participativa, utilizando imágenes y preguntas clave para estimular reflexiones en voz alta sobre temas no habituales: convivencia con mayores, estereotipos hacia vejez, proceso de envejecer, enfermedad, discapacidad, dependencia o final de vida. Los tutores ayudan a relacionar los contenidos con los dados. Los participantes responden un cuestionario escrito para conocer vivencias, imágenes y conocimientos de los niños/as.
Resultados: Participación 4 centros, 211 alumnos. Responden cuestionario 171 (81%), 70,18% 5º primaria y 29,82% 6º primaria. Edad media 10,64 ± 0,79 años. 54,71% niñas. Con 62,56 ± 9,18 años, consideran a alguien mayor y con 36,25 ± 10,74 no joven. El 54,27% creen que envejecer es bueno porque vives más, sabes más, disfrutas la familia y la alternativa es morir; el 33,54% lo consideran malo (muerte cercana, limitaciones, sufrimiento). Asocian la edad a limitación de esfuerzo físico; reconocen muchas capacidades. El 82% cree que los mayores merecen buen trato y 57% reconoce algo que los mayores hacen por ellos. El 94,78% dice haber aprendido algo nuevo.
Conclusiones: El envejecimiento puede ser un eje transversal presente en toda propuesta educativa. Las Sociedades Científicas deben comprometerse con esta tarea divulgativa a la ciudadanía y pueden optimizar su capacidad de influencia en la comunidad educativa aprovechando iniciativas, redes y programas existentes. A priori los niños de 5º y 6º de Primaria, no parecen percibir el envejecimiento como algo negativo. Se precisan más estudios y experiencias para conocer las causas y el momento de la construcción de estereotipos negativos sobre la vejez en la población infantil.

PS-033. CUIDAR COMO NOS GUSTARÍA SER CUIDADOS: DIFERENCIAS ENTRE LAS PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES Y LA POBLACIÓN GENERAL

E. del Barrio[1], M. Sancho[1], M.D.C. Espejo[2] y C. Segura[2]
[1]Matia Instituto, Madrid. [2]Fundación Bancaria "la Caixa", Barcelona.

Objetivos: Analizar las diferencias en las percepciones y expectativas sobre el cuidado entre profesionales del sector y la población general.
Métodos: Muestra: 4.784 (población general: 3.696; profesionales: 1.088; sexo H: 40,0%; M: 57,7%; edad media: 60,5 años). Análisis de la varianza con 1 factor (Anova). A) Definición y responsabilidad del cuidado, B) Expectativas sobre el posible cuidado recibido en el futuro; C) Percepciones sobre el buen cuidado.
Resultados: Definición de cuidado: 6 afirmaciones escala 0-10, 0 = Nada de acuerdo; 10 = Totalmente de acuerdo. Para profesionales (P) y población general (PG), las definiciones con mayores puntuaciones son "Ayudar a otra persona para que sea autónoma e independiente" y "Ayudar a otra persona en el momento y lugar que lo necesite". Para P la opción que tiene mayor puntuación es la 1ª (8,73) y para la PG la 2ª (8,55). Para P las definiciones del cuidado que lo asocian a la pérdida de independencia están muy alejadas del significado de cuidar, con puntuaciones alrededor del 3. Para la PG estas definiciones obtienen una puntación media que ronda el 5. Responsabilidad del cuidado: Opciones respuesta: individuo, sociedad, servicios públicos y privados, organizaciones de voluntariado y comunidad. El propio individuo obtiene para ambos la 1ª posición, pero en P le siguen los servicios públicos o privados (2º), la sociedad (3ª) y, en 4º la familia. La familia se posiciona en el 2º puesto para PG. ¿Quién prefiere que le cuide?: Aumenta entre los P la preferencia por el cuidado de tipo formal. En el caso del cuidado personal y las tareas domésticas los P defienden un cuidado en forma de servicios públicos o privados; mientras que en el apoyo afectivo y en la ayuda para la realización de trámites y gestiones, aparece la familia como protagonista.
Conclusiones: Para las personas profesionales las definiciones del cuidado vinculadas al control por parte de la persona cuidadora están bastante alejadas del significado que otorgan al cuidado. El cuidado se contempla en la promoción de la autonomía. Para este grupo la responsabilidad del cuidado también recae en la sociedad civil, mientras que la familia pierde peso y protagonismo.

PS-034. DE LA INCIDENCIA AL BIENESTAR

J. Artieda Zalacain, I. Carrasco, V. Oliván, M. Hernández, M. Iruretagoiena y A. Ercibengoa
Centro Gerontológico Fraisoro Matia Fundazioa, Zizurkil.

Objetivos: Generar pautas de bienestar a través del análisis de las incidencias de personas residentes en un centro gerontológico.
Métodos: A lo largo de un mes hemos analizado, desde una perspectiva centrada en la persona, las incidencias de cuatro casos, 2 de ellos ubicados en UPSI (unidad psicogeriátrica: personas con deterioro cognitivo y alteración de conducta) y otros dos en unidad residencial convencional. Las situaciones que han provocado la incidencia han sido conductas de enfado, agresividad o demanda continuada. Todas ellas se han analizado por parte del equipo interdisciplinar junto con el personal de atención directa, siendo estos últimos los que la detectan y la registran. Después de este análisis comprobamos que las conductas descritas como incidencia hacen referencia a comportamientos imprevistos, desde la perspectiva asistencial, y que son consideradas desde una perspectiva transversal, sin tener en cuenta la integridad y trayectoria de las personas que las manifiestan.
Resultados: 1. Las incidencias han disminuido al conocer a la persona en su globalidad. 2. Mejor comprensión de las incidencias.3. Generar interés por conocer a la persona en su singularidad.
Conclusiones: la aplicación del MACP conlleva una nueva perspectiva de las incidencias, de modo que éstas se explican en base a la

trayectoria y singularidad de las personas, en vez de manifestaciones clínicas negativas. Este enfoque positivo nos permite generar pautas de bienestar y nos obliga a conocer a la persona de forma evolutiva.

PS-035. SALUD MENTAL Y COMORBILIDAD EN PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE. ESTUDIO DERIVA

J. Unzueta Arce[1], S. Mora Simón[2], O. Tamayo Morales[2], S. González Sánchez[2], E. de Dios Rodríguez[2], M. Domínguez Gómez[2] y C. Alonso Patino[3]
[1]Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Salamanca, Salamanca. [2]Unidad de Investigación La Alamedilla, IBSAL, Salamanca. [3]Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Estudiar la salud mental y comorbilidad en personas mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve (DCL) comparado con personas sin alteración cognitiva.
Métodos: Estudio transversal descriptivo observacional. 50 participantes con DCL (edad media de 81,36 ± 8,62 años; 78% mujeres y 22% varones). El grupo de personas sin afectación cognitiva formado por 263 participantes (edad media 75,24 ± 6,69 años; 61,60% mujeres y 38,40% varones). El diagnóstico de DCL se realizó de acuerdo a los criterios previamente establecidos en el Estudio DERIVA (Rodríguez Sánchez et al, 2011). Salud mental y comorbilidad fueron valorados mediante la Escala SPES de Salud Mental y el Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado por edad. Se utilizaron análisis descriptivos y de diferencias de medias con pruebas no paramétricas.
Resultados: Los participantes con DCL presentaron una puntuación media de 4,33 puntos (DE = 2,54) en la Escala SPES, mientras que el grupo sin alteración cognitiva presentaba una puntuación media de 3,55 (DE = 2,97). Observamos diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos (p = 0,027). Por otra parte, la puntuación media del índice de comorbilidad en el grupo con DCL era de 4,48 (DE = 1,33), mientras que en el grupo sin alteración cognitiva era de 3,89 (DE = 1,47). Igualmente, observamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p < 0,01).
Conclusiones: Los participantes con DCL muestran peor salud mental, con posible sintomatología ansiosa/depresiva en comparación con los participantes sin alteración cognitiva. Del mismo modo, los participantes con DCL muestran mayor comorbilidad de enfermedades. Esto nos lleva a pensar que tanto el estado emocional (depresión, fundamentalmente) y la presencia de enfermedades concomitantes podrían ser factores que influyan en el deterioro cognitivo.

PS-036. DETERIORO COGNITIVO LEVE Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MAYORES DE 65 AÑOS. ESTUDIO DERIVA

S. Mora Simón[1], M.V. Perea Bartolomé[2], R. García García[2], V. Ladera Fernández[2], J. Unzueta Arce[3], O. Tamayo Morales[1] y E. Rodríguez Sánchez[1]
[1]Unidad de Investigación La Alamedilla, IBSAL, Salamanca. [2]Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca. [3]Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Estudiar la prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL) y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra urbana de mayores de 65 años.
Métodos: Estudio transversal descriptivo observacional. 313 participantes mayores de 65 años residentes del municipio de Salamanca (España), con una edad media de 76,21 ± 7,37 años, el 64,20% eran mujeres y el 35,80% varones. El diagnóstico de DCL se realizó de acuerdo a los criterios previamente establecidos en el Estudio DERIVA (Rodríguez Sánchez et al, 2011). Los datos clínicos y sociodemográficos fueron recogidos y, posteriormente, contrastados con la historia clínica. Se realizaron análisis descriptivos y de diferencias de medias con pruebas no paramétricas.
Resultados: El 16% de los participantes (n = 50) presentaron DCL. Su edad media era de 81,36 ± 8,62 años, el 78% eran mujeres y el 22% varones. De ellos, el 54% presentaba hipertensión arterial, el 16% hipercolesterolemia, el 30% diabetes mellitus, el 42% sedentarismo y el 2% consumo de tabaco. Por otra parte, el 84% restante de los participantes (n = 263) no presentaban ninguna alteración cognitiva. Este grupo tenía una edad media de 75,24 ± 6,69 años, siendo el 61,60% de ellos mujeres, frente al 38,40% que eran varones. La prevalencia en este grupo de hipertensión arterial era del 47,10%, de hipercolesterolemia el 26,20%, de diabetes mellitus el 20,50%, de sedentarismo el 27,80% y de consumo de tabaco el 8,70%. Al analizar la diferencia de prevalencia de FRCV entre ambos grupos, observamos que tan sólo existen diferencias estadísticamente significativas en el sedentarismo (p = 0,04).
Conclusiones: El 16% de los mayores de 65 años del municipio de Salamanca presenta DCL, mientras que la gran mayoría de los participantes no presenta ninguna alteración cognitiva. Estos resultados son prometedores, ya que indican que la mayoría de los mayores de 65 años envejece saludablemente a nivel cognitivo. Del mismo modo, los participantes con DCL son más sedentarios, mientras que la hipertensión arterial es el FRCV más prevalente en ambos grupos.

PS-037. PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS DE DÍA DE MAYORES SOBRE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO QUE PRESENTAN LOS USUARIOS: ESTUDIO PROCENDIAS

O. Tamayo Morales[1], S. Mora Simón[1], J. Unzueta Arce[2], J. González Sánchez[3], S. González Sánchez[1], A. Losada Baltar[4] y E. Rodríguez Sánchez[1]
[1]Unidad de Investigación La Alamedilla, IBSAL, Salamanca. [2]Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Salamanca, Salamanca. [3]Departamento de Enfermería, Centro Universitario de Plasencia, Universidad de Extremadura. [4]Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Introducción: Los centros de día de adultos (CDM) son un importante servicio de respiro y descanso para los cuidadores familiares. El objetivo ha sido conocer la percepción de los trabajadores sobre cómo afectan los problemas de conducta (PC) al transporte de los usuarios al CDM y cómo interfiere la no asistencia durante los fines de semana a los CDM sobre los PC.
Métodos: Participaron 79 profesionales de 5 CDM incluyendo los trabajadores que participan en el traslado del domicilio en el municipio de Salamanca. Llevaban una media de 9 ± 7,99 años en la empresa con una edad media de 42,32 ± 11,87 años. El 68,3% eran mujeres, En 2 CDM todos los usuarios estaban diagnosticados de trastorno neurocognitivo, y entre centros eran heterogéneo. Se realizó una encuesta de 25 ítems tipo Likert con información sobre la percepción que tenían sobre los PC de los usuarios.
Resultados: El 67,5% considera que el comportamiento de los usuarios es bueno. El 37% opinan que presentan alguna resistencia a acudir al CDM. Según el 70,1%, presentan algunos/muchos PC. Los problemas más frecuentes son agitación (70,7%) y agresividad (30,7%). Se manifiestan con lloros (43,3%), agresividad física (28,8%), verbal (21,3%) y resistencia (21,3%). Además, sienten que no pueden manejar los PC algunas/bastantes veces (32,8%). El 76,9% de los varones declaran que pocas/nunca los familiares informan frecuentemente de un incremento de los PC durante los fines de semana, pero el 40% de las mujeres declaran que informan muchas/bastantes veces, sobre todo por desorientación (47,2%) y agitación (33,3%). Respecto al transporte, los PC se incrementan los PC tanto al salir de casa como al llegar (38,5%). Después de los fines de semana presentan problemas pocas veces (33,3%) o ninguna (38,9%). No se encontraron diferencias significativas entre los centros con/sin trastorno neurocognitivo.
Conclusiones: Los trabajadores consideran que los PC suceden de manera frecuente en los CDM y en el transporte del domicilio al centro. Tras los fines de semana se incrementan los PC en la atención de los CDM, pero no en el transporte.

PS-038. SCRATCH-EA: UN PROYECTO DIRIGIDO A LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA CREATIVIDAD A TRAVÉS DEL PROGRAMA SCRATCH

L. Nieto Riveiro, B. Groba González, T. Pousada García, J. Pereira Loureiro y A. Pazos Sierra
Universidade da Coruña, A Coruña.

El objetivo general del proyecto Scratch-EA es favorecer el desarrollo de la creatividad, mejorar la calidad de vida y, en definitiva, promover el envejecimiento activo a través de la utilización de Scratch, una herramienta de programación informática. Como objetivos específicos se plantea: 1. Promover el acercamiento a las tecnologías de la información y las comunicaciones. 2. Potenciar el desarrollo o mantenimiento de habilidades tecnológicas. 3. Fomentar el aprendizaje y el contacto intergeneracional. 4. Facilitar la implicación y participación activa de la persona en su plan de atención y en el de otras personas de su entorno. En este proyecto están participando seis personas mayores, usuarias de una residencia del área metropolitana de A Coruña (cuatro mujeres y dos hombres, con una edad media de 86 años). La intervención se centra en enseñar a las/os participantes a diseñar y programar actividades y materiales digitales (historias interactivas, juegos, animaciones, etc.) a través de la herramienta Scratch. Se están realizando sesiones grupales de 60 minutos, una vez por semana. La intervención se comenzó en noviembre de 2016, tras el proceso de consentimiento informado y la evaluación inicial; está previsto finalizar esta fase en junio de 2017. En la evaluación inicial se utilizó la escala CREA, que permite realizar una medición cognitiva de la creatividad, y el Cuestionario de salud EuroQol-5D-3L, destinado a explorar la percepción sobre la calidad de vida. Estas herramientas serán utilizadas también en la evaluación final, una vez desarrollada la intervención. Se realizará, además, una entrevista semiestructurada, dirigida a conocer las impresiones de las/os participantes sobre el proyecto. Por el momento, no se dispone de resultados que permitan extraer conclusiones definitivas sobre el impacto del proyecto Scratch-EA. La observación que se está realizando durante la intervención refleja que las/os participantes muestran un nivel elevado de motivación, interés e implicación hacia las actividades desarrolladas con el programa Scratch. No obstante, es necesario esperar a la recogida final de datos y a su posterior análisis, así como a pruebas futuras con muestras más amplias, para determinar si el proyecto Scratch-EA tiene un verdadero impacto sobre la calidad de vida, la creatividad y el envejecimiento activo.

PS-039. APOYO SOCIAL FUNCIONAL Y RED SOCIAL COMO PREDICTORES DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN PERSONAS MAYORES QUE ACUDEN A PROGRAMAS UNIVERSITARIOS

S. Pinazo Hernandis, F. Sánchez Sánchez, M. Jiménez Martí, M. Torregrosa Ruiz y J.M. Tomas Miguel
Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Analizar la relación de la red social y el apoyo social con las dimensiones temporales de satisfacción con la vida en una muestra de personas mayores que acuden a programas universitarios.
Métodos: Diseño de investigación: estudio transversal de encuesta. La muestra estaba constituida por personas mayores de 60 o más años, estudiantes que acuden al programa de Universidad de Mayores de la Universidad de Valencia (N = 645). Instrumento: cuestionario que incluye datos de variables socio-demográficas, red social, apoyo social funcional y satisfacción con la vida. Se realizaron análisis descriptivos, análisis correlacionales y análisis de regresión múltiple.
Resultados: Las correlaciones entre el apoyo social funcional y la red social muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas con satisfacción con la vida presente y futura, lo que indica que a mayor red social y apoyo social funcional, mayor satisfacción. La relación es mayor con la satisfacción con la vida presente. En el análisis de regresión múltiple para conocer los efectos del apoyo social funcional y red social sobre el componente presente de la satisfacción con la vida, se encontró una capacidad predictiva ajustada al modelo del 18.2% ($R^2 = 0{,}182$; $p < 0{,}001$). Los coeficientes beta de ambos predictores presentan un efecto predictivo positivo, siendo más elevado el efecto para el apoyo social funcional.
Conclusiones: Las redes sociales y la percepción de apoyo social en las personas mayores tienen un efecto significativo sobre el componente presente de la satisfacción con la vida, pero la capacidad predictiva del apoyo social es mayor. La percepción de apoyo social íntimo (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y la percepción de apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía) tienen un efecto relativamente más alto sobre satisfacción con la vida presente que la red social y el grado de aislamiento social.

PS-040. BUENA VIDA EN EL DÍA A DÍA

V. Oliván García, M. Hériz, A. Orbegozo, T. Trecet, M. Rezola y J. Martínez
Centro Gerontológico Bermingham Matia Fundazioa, San Sebastián-Donostia.

Objetivos: Se presenta itinerario de de implantación del Modelos de Atención Centrado en la persona (MACP) en un centro residencial, indicando cambios en los profesionales y sectorización de los espacios para promover cuidados personalizados e individualizados.
Métodos: La línea de intervención se ha basado en el conocimiento de todas las dimensiones de la persona, a partir de la historia de vida y de la identificación de hábitos, preferencias y expectativas (cómo les gusta que les llamen, experiencias vitales, costumbres, hábitos religiosos, relaciones importantes, proyectos actuales y futuros, idioma preferente, aficiones, arreglo personal y situaciones que les provocan malestar y bienestar). Se ha sectorizado la unidad, distribuyéndola en tres áreas diferentes en función de las necesidades de apoyo y expectativas del residente y hemos creado espacios diferenciados en los que el personal no rota y en los que cada persona puede establecer su propio nivel de convivencia en función de sus intereses.
Resultados: Las intervenciones efectuadas han favorecido un mejor conocimiento de la persona y mayor flexibilidad en la atención, individualizando el trato a cada uno de nuestros residentes, sabiendo lo que es importante para ellos y favoreciendo el desarrollo de su proyecto de vida. Esto se refleja en la personalización de sus cuidados (respeto a la imagen personal, tipo de relación que quieren mantener, espacio en el que quieren estar, actividades significativas, ambientes personalizados hogareños).
Conclusiones: El avance de MACP nos ha permitido un conocimiento personalizado del residente y de su familia, lo que favorece acompañar en el proyecto de vida de cada una de las personas y todas de manera diferente. Este proceso ha supuesto realizar cambios dentro de la estructura de nuestra unidad, ser flexibles y abiertos con nuestras pautas de atención y mantener una escucha activa y empática con las personas que viven en nuestra unidad.

PS-041. DISPONIBILIDAD DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN PERSONAS CON DISTINTOS GRADOS DE DETERIORO COGNITIVO. PROYECTO INLIFE

Á. García Soler, J. Torres, E. Aldaz, M. Iturburu, N. Galdona, A. Mozún y M. Sancho
Matia Instituto Gerontológico, Madrid.

Objetivos: El proyecto INLIFE (Independent Living Support Functions for the Elderly) financiado por el programa H2020 busca mejorar la autonomía de las personas mayores de 65 años con problemas cognitivos a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) adaptadas a los requisitos de personas con diferentes grados de

demencia. Existen numerosos estudios descriptivos sobre el uso de tecnologías para personas mayores, sin embargo, los estudios con personas con demencia son escasos y de corte cualitativo. El objetivo de este estudio es conocer de qué dispositivos tecnológicos dispone una muestra de participantes con diferentes grados de deterioro.
Métodos: Se administraron 7 cuestionarios relacionados con: cuestiones sociodemográficas, autonomía, estado cognitivo, calidad de vida e interés, pertenencia y uso de las TIC. Participaron 120 personas mayores de 60 años (82 mujeres, 38 hombres) con diferentes grados de deterioro cognitivo valorado a través del MEC, que se estructuraron en tres categorías: sin deterioro (30-35), deterioro ligero (29-24) y deterioro moderado (23-15). Se analizó mediante tablas de contingencia (χ^2), la relación de disponibilidad de las TIC con el grado de demencia.
Resultados: No se encontró relación significativa entre la distribución de los participantes según su condición y la disponibilidad de la tecnología ($p > 0,05$), con la excepción de la relación entre la variable de disponibilidad de teléfono móvil y el grado de demencia (χ^2 (2, 120) = 11,19, $p < 0,004$). En este caso el porcentaje de personas que disponían del teléfono móvil fue superior al esperado por azar para personas sin deterioro (60,3%), con deterioro leve (33,3%) y con deterioro grave (21,4%). En general, se puede observar que la disponibilidad de tecnologías decrece a medida que aumenta el deterioro cognitivo.
Conclusiones: Estos resultados muestran la existencia de una correlación, inversa, entre la distribución tecnológica y el grado de demencia, a mayor grado de demencia menor probabilidad de disponer de TIC. Sin embargo, el móvil es la única TIC que continúa usándose independiente del grado de deterioro. El proyecto INLIFE buscará adaptar el tipo de TICs utilizados para prolongar la autonomía de las personas de acuerdo a su grado de deterioro cognitivo.

PE-001. EFECTOS FUNCIONALES Y COGNITIVOS DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA EN UNA RESIDENCIA GALLEGA DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

D. Sánchez[1], M. Calle Álvarez[2], D. Facal Mayo[3] y A. Fernández[4]
[1] Fundación Siel Bleu, A Coruña. [2] Complejo Residencia de Atención a Personas Dependientes Vigo I, Vigo. [3] Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación, Santiago de Compostela. [4]Recordando Estimulación Cognitiva, A Coruña.

Objetivo: La Actividad Física Adaptada (AFA) es una herramienta de intervención efectiva en personas mayores frágiles, consiguiendo prevenir las situaciones de dependencia a través del refuerzo de las condiciones de físicas, psicosociales y de salud. En nuestro contexto, se han desarrollado pocas intervenciones sistemáticas de AFA, y aún menos investigaciones empíricas para concretar sus efectos. A partir de la metodología HAPPIER, se desarrollaron intervenciones específicas para población mayor gallega institucionalizada con los objetivos de: - Evaluar la mejora en la capacidad funcional después de un programa de AFA. - Evaluar la mejorar en la capacidad cognitiva después de un programa de AFA.
Método: Se estudió a un total de 44 mayores residentes del Complejo Residencial de Atención a Personas Dependientes Vigo I, de los cuales 22 se asignaron al grupo control y 22 al grupo experimental. Ambos participaron de las actividades habituales del centro, y el grupo experimental participó además 2 días a la semana en programas estructurados Siel Bleu de AFA. Una vez completada la intervención, 38 participantes completaron la evaluación funcional, 25 completaron la evaluación cognitiva de papel y lápiz, y 16 la evaluación computerizada. Desde un punto de vista funcional, se evaluó la velocidad de desplazamiento, potencia funcional, equilibrio monopodal, resistencia aeróbica y amplitud articular. Desde el punto de vista cognitivo se evaluó el estatus cognitivo general (test de MoCA), la velocidad de respuesta y la memoria de trabajo visual (test computerizado CANTAB).
Resultados: La capacidad funcional y el estatus cognitivo tienden a empeorar en el grupo control. En el grupo de intervención, mejoran la velocidad y el equilibrio. En cuanto a las tareas computerizadas, no se encuentran diferencias significativas entre grupos, pero sí en individuos comparando pre y post (diferencias clínicamente significativas).
Conclusiones: Se comprueba el efecto de los programas de AFA en la capacidad funcional. Son necesarios más estudios para identificar el efecto de los programa de AFA en la capacidad cognitiva en nuestro contexto. Se discuten los motivos de la elevada atrición. La investigación contó con financiación de la Subdirección de Mayores de la Xunta de Galicia.

PE-002. FRAGI-LESS: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

L. Lorenzo, A. Maseda, I. González-Abraldes y J.C. Millán-Calenti
Universidade da Coruña, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

Objetivos: La investigación sobre cómo evaluar eficazmente la fragilidad en las instituciones de mayores es limitada. Explorar en profundidad la progresión natural del síndrome a lo largo del continuum robustez/fragilidad es crítico para la identificación de factores de riesgo y para desarrollar tratamientos efectivos en etapas tempranas, momento en el que las intervenciones preventivas serían más efectivas. Los objetivos fueron: (1) determinar la prevalencia de fragilidad en mayores institucionalizados e (2) identificar las principales causas de fragilidad en dicha población.
Métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, con una muestra de 126 mayores de 65 años o más institucionalizados. Se obtuvieron datos sobre el fenotipo físico de fragilidad, variables sociodemográficas y clínicas, y se examinaron las diferencias entre los pacientes frágiles y prefrágiles.
Resultados: La media de edad fue 84,4±8,8 años (69,8% mujeres). 72,6% de los participantes fueron clasificados como frágiles, y 27,4% como prefrágiles. Ambos grupos fueron homogéneos en edad, años de educación y meses de institucionalización. La prevalencia de dependencia en las habilidades de movilidad fue mayor en los mayores frágiles que en los prefrágiles (67,2% vs. 25,0%, $p<0,0001$). El riesgo de malnutrición (66,3% vs. 38,2%) y malnutrición (16,3% vs. 2,9%) fueron también mayores en los frágiles ($p<0,0001$). Las prevalencias de deterioro cognitivo (85,2% vs. 57,6%, $p=0,001$) y de síntomas depresivos (52,2% vs. 25,0%, $p=0,010$) fueron más altas en los mayores frágiles. La dependencia total (13,5% vs. 0,0%) y de dependencia severa (22,5% vs. 6,1%) fueron, a su vez, mayores en los pacientes frágiles ($p<0,0001$).
Conclusiones: El presentar un deterioro funcional y cognitivo, un estado nutricional más pobre, y síntomas depresivos fueron factores asociados de manera independiente con la fragilidad en mayores institucionalizados. La detección precoz y la intervención interdisciplinaria podrían evitar la progresión del cuadro de fragilidad, reduciendo la incidencia de complicaciones y hospitalizaciones.
Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.