



Comunicaciones orales

ÁREA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

OB: Comunicaciones Área Biológica

OB-001. UN NUEVO ÍNDICE DE FRAGILIDAD INDIVIDUAL EN RATONES ADULTOS COMO PREDICTOR DE LA ESPERANZA DE VIDA

I. Martínez de Toda¹, A. Garrido¹, C. Vida¹, C. Gómez-Cabrera², J. Viña² y M. de la Fuente¹

¹Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ²Universidad de Valencia, Valencia.

El principal problema asociado al aumento de la esperanza de vida en la sociedad es la mayor tasa de incapacidad y consecuentemente de ausencia de autonomía, independencia y bienestar. Dicha incapacidad va precedida de un estado caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica que ha sido denominado "fragilidad". Así, una manera de alcanzar una longevidad saludable es previniendo o retrasando la aparición de esa fragilidad. Pese a que en clínica existen diversos índices para la cuantificación de la fragilidad, en modelos animales los estudios son escasos y contemplan variables muy alejadas a las usadas en humanos. Recientemente se ha publicado un índice de fragilidad en ratones denominado "Test Valencia" que reproduce en ratones las variables que son más usadas para la cuantificación de la fragilidad en el ámbito clínico. El objetivo del trabajo ha sido validar ese test en otra cepa y sexo a los previamente utilizados, así como comprobar si su aplicación en la edad adulta, de forma individual, puede predecir la longevidad de cada individuo. En ratones hembras ICR-CD1 (n = 30) se analizaron de forma individual, en un estudio longitudinal, en la edad adulta (40 ± 4 semanas), madura (56 ± 4) y vieja (72 ± 4), las siguientes variables: pérdida de peso, fuerza, lentitud, resistencia y coordinación motora. Dichas variables también se midieron en ratones prematuramente envejecidos (PAM) adultos. Se estudió la relación existente entre el índice de fragilidad de un individuo en la edad adulta y su esperanza de vida. Los resultados mostraron que los PAM adultos presentaban un índice de fragilidad propio de ratones cronológicamente viejos, y los PAM tuvieron menor longevidad que los no prematuramente envejecidos (NPAM) de la misma edad. Además, se obtuvo una correlación negativa entre el índice de fragilidad de cada ratón en la edad adulta y su correspondiente esperanza de vida (p = -0,772**). Se concluye que dada la simplicidad del análisis de las variables se puede proponer el "Test Valencia" como un índice útil para cuantificar la fragilidad en

modelos experimentales, el cual puede ser aplicado en la edad adulta y resulta predictor de la esperanza de vida de cada animal.

Financiación: FIS-(PI15/01787)-ISCIII-FEDER.

OB-002. BIOSÍNTESIS DE NOVO DE GLICEROFOSFOLÍPIDOS Y LONGEVIDAD

N. Mota Martorell, I. Pradas Barriga, M. Jové Font, A. Naudí Farré y R. Pamplona Gras

Universidad de Lleida-IRB Lleida, Lleida.

Objetivos: Entre los principales componentes de las membranas celulares encontramos una clase de moléculas conocidas como glicerofosfolípidos, que se sintetizan a partir de glicerol-3-fosfato en una vía *de novo* que inicialmente produce ácido fosfatídico y diacilglicerol (DAG) o citidina difosfato-DAG (CDP-DAG). Basándonos en esta premisa hipotetizamos que la tasa de biosíntesis de DAG y, por extensión, de glicerofosfolípidos, guarda una relación con la longevidad de una especie animal.

Métodos: Se realiza un análisis lipidómico basado en espectrometría de masas (UPLC-QTOF-MS) del plasma de 11 especies de mamíferos [ratón (*Mus musculus*), rata (*Rattus norvegicus*), cobaya (*Cavia porcellus*), conejo (*Oryctolagus cuniculus*), oveja (*Ovis aries*), perro (*Canis familiaris*), cerdo (*Sus scrofa*), toro (*Bos taurus*), gato (*Felis catus*), caballo (*Equus caballus*), y humano (*Homo sapiens*)] que cubren un rango de longevidad máxima de entre 3,5 a 120 años. Se aplica test ANOVA (p < 0,05, Benjamini Hochberg) para obtener las especies lipídicas diferenciales entre las especies y correlación de Pearson para establecer su correlación con la longevidad. La identificación de dichas especies lipídicas se basa en masa exacta, tiempo de retención y distribución isotópica. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS y el software para el análisis metabólico Metaboanalyst.

Resultados: Entre los 1.061 lípidos diferenciales entre especies animales se identifican 30 DAG, 14 de los cuales presentan una correlación significativa y negativa con la longevidad animal. La aplicación de un análisis multivariante con estos DAG nos indica que con sólo estas 14 moléculas somos capaces de discriminar entre especies con longevidades máximas muy diversas.

Conclusiones: En este trabajo se describen 14 DAG que correlacionan inversamente con la longevidad máxima. Éstos resultados sugieren que las especies longevas tienen una menor tasa de biosíntesis *de novo* de glicerofosfolípidos, posiblemente asociado a una menor tasa de recambio de los lípidos de membrana, lo que conllevaría un menor coste energético.

Agradecimientos: Proyectos de investigación ref. BFU2006-14495/BFI, PI1400328, 2014SGR168, y Fondos Feder (Una manera de hacer Europa). NMM disfruta de una beca predoctoral de la Generalitat de Cataluña e IP de una beca predoctoral UdL.

OB-003. CAMBIOS EN EL NÚMERO DE MICROVESÍCULAS ENDOTELIALES Y PLAQUETARIAS PLASMÁTICAS CON EL ENVEJECIMIENTO. EVOLUCIÓN DIFERENCIAL EN HOMBRES Y MUJERES

R. Ramírez Carracedo¹, R. Ramírez Chamond², A. Carmona³, I. Martínez de Toda⁴, C. Vida⁴, J. Carracedo⁴ y M. de la Fuente⁴
¹Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. ²Universidad de Alcalá, Madrid. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Córdoba. ⁴Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Las microvesículas (MV) participan en procesos de comunicación intercelular y en funciones de activación, daño y regeneración celular. Nuestro objetivo fue caracterizar las Mvs en plasma de hombres y mujeres con diferente edad, así como diferenciar los cambios en relación a su origen endotelial (MVE) (papel en procesos de daño/reparación endotelial) y plaquetario (MVP) (participación en procesos protrombóticos). Se estudiaron 80 sujetos sanos (29 hombres, 51 mujeres) distribuidos en tres grupos de edad: jóvenes (20-39 años), adultos-maduros (40-59 años) y mayores (60-79 años). La caracterización de Mvs se realizó por citometría de flujo, MVE: AnexinaV+CD31+CD41- y MVP: AnexinaV+CD31+CD41+. Los resultados indican que el número de MVE y MVP aumenta al avanzar la edad. Esto es más evidente en varones de 60-79 años, que mostraron un mayor número de ambos subtipos de Mvs (MVE en $n^{\circ}/\text{mL} \times 10^5$: 101 ± 26 en esa edad frente a 17 ± 4 en 40-59, y $0,03 \pm 0,01$ en 20-39; MVP en $n^{\circ}/\mu\text{L} \times 10^5$: 173 ± 53 , 74 ± 44 y $0,13 \pm 0,06$, respectivamente para los mismos rangos de edad). En mujeres, el mayor número aparece a los 40-59 años en MVE (en $n^{\circ}/\mu\text{L} \times 10^5$: 47 ± 15 en esa edad frente a $0,6 \pm 0,5$ en 20-39 y 60 ± 20 en 60-79; para MVP los valores fueron 84 ± 27 , $0,7 \pm 0,4$ y 106 ± 39 , respectivamente). En conclusión, existe un aumento de MVE y MVP en relación con la edad, con una cinética diferente según el género. El incremento de MVE en mujeres de 40-59 años puede estar asociado con cambios del endotelio en la menopausia. Los valores reducidos de MVE y MVP en mujeres respecto a hombres entre 60-79 años pueden relacionarse con la menor ocurrencia de procesos cardiovasculares.

Financiación: FIS-(PI14/00806)-ISCIII-FEDER.

OB-004. EL BAILE Y SU IMPACTO EN LA CONDICIÓN FÍSICA DE ADULTOS MAYORES EN CIUDAD JUÁREZ

D.A. Arzola Sánchez, N.D. Gómez Alvarado, C.A. Arzola Sánchez, R.O. Castellanos Vargas y L.M. Lara Rodríguez
 Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez.

Objetivos: General: analizar los beneficios físicos que obtiene la persona adulta mayor mediante la participación activa en el taller "Te activas tú, ganamos todos!". Específicos: diagnosticar el estado de las capacidades físicas a través de un pre-test usando el "Senior Fitness Test" al iniciar el taller. Analizar los cambios en las capacidades físicas del adulto mayor a través de un post-test usando el "Senior Fitness Test" al finalizar el taller.

Métodos: Se realizó en Ciudad Juárez, México en febrero-octubre 2016, fue de tipo cuantitativo, transversal, experimental y descriptivo. La muestra fue de 18 personas que asistieron regularmente al centro de día "La casa de la asegurada". Los datos se recolectaron con un test, y fueron analizados utilizando el programa Statística-7. Instrumento: se utilizó la escala "Senior Fitness Test" (SFT) elaborada por Rikli y Jones (2001), la cual, es usada para medir las capacidades físicas del adulto mayor. La muestra fue 17 mujeres (94,4%) y un hombre (5,6%). El rango de edad abarca de 59 años a 85 años, con una media de 70,5 años (DE = 7,32).

Resultados: En la evaluación previa a la intervención, la mayoría de los adultos mayores se encontraban dentro de los rangos estandarizados por Rikli y Jones (2001). En la evaluación posterior se observó una mejoría en las capacidades físicas, siendo la de mayor incremento la resistencia anaeróbica con una diferencia de 11,22 pasos, seguido de la flexibilidad en tren inferior con una mejoría de 4,25 cm.

Conclusiones: Es posible la mejora de las capacidades físicas en la persona adulta mayor. El tiempo de la intervención fue corto pero significativo, ya que se observó una mejora en las capacidades al ser comparadas con la evaluación inicial. Se propone que el taller se incluya en algún programa a beneficio de las personas adultas mayores, y pueda beneficiar a más personas, y mejorar su condición física.

OB-005. LA IMPORTANCIA DEL CULTIVO PRIMARIO DE CÉLULAS EN CONDICIONES FISIOLÓGICAS: PROLIFERACIÓN, SENESCENCIA Y PLURIPOTENCIA

C. Mas-Bargues¹, M. Inglés², L. Gimeno-Mallench¹, J. Sanz-Ros¹, J. Gambini¹, C. Borrás¹ y J. Viña¹
¹Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia. ²Departamento de Fisioterapia, Facultad de Fisioterapia, Universidad de Valencia, Valencia.

Las células madre mesenquimales (MSC), como son por ejemplo las células madre de pulpa dental humanas (hDPSC), son actualmente una fuente de terapia celular. Sin embargo, los protocolos de terapia celular requieren 10-400 millones de células por tratamiento y, en consecuencia, necesitan ser expandidas *in vitro* previamente a la implantación, con la inconveniencia de que las MSC experimentan senescencia tras un determinado número de pases, perdiendo sus cualidades de células madre. Normalmente, el cultivo *in vitro* se realiza bajo una tensión de oxígeno ambiental (21% de pO_2), pero los niveles fisiológicos *in vivo* oscilan entre el 3% y el 6% de pO_2 . Hemos demostrado anteriormente que la tasa de proliferación de las hDPSCs se reduce significativamente al 21% pO_2 debido al estrés oxidativo, lo cual llevó a la activación de la vía p38/p21/NRF-2, y por tanto incrementando las defensas antioxidantes. Además, el cultivo *in vitro* a largo plazo de las hDPSCs al 21% de pO_2 provocó una senescencia prematura relacionada con estrés oxidativo, evidenciada por una actividad aumentada de β -galactosidasa y la expresión de lisil oxidasa, la cual está mediada por la vía p16^{INK4a}. Estos resultados se acompañaron por una pérdida de expresión de los factores de transcripción OCT4, SOX2, KLF4 y c-MYC, todos ellos implicados en la pluripotencia celular. El silenciamiento del gen BMI-1, principal regulador de p16^{INK4a}, permitió restablecer los niveles de SOX2 y OCT4. Así pues, BMI-1 podría desempeñar un papel en el estrés oxidativo asociado a la senescencia prematura. Por todas estas razones, mostramos que es importante para aplicaciones clínicas cultivar células en pO_2 fisiológica para conservar sus características de stemness y para retrasar la senescencia.

OB-006. ELABORACIÓN DE PELOIDES NATURALES ANTIOXIDANTES Y SUS INDICACIONES MÉDICO-GERIÁTRICAS

A. Hernández Torres¹, M.T. Ortega Maján², D. Júdez Legaristi³ y M.E. Díaz Rosado¹

¹Fundación BÍLBILIS para la Investigación e Innovación en Hidrología Médica y Balneoterapia, Madrid-Calatayud. ²Hospital Ernest Lluch, Calatayud. ³Hospital de Alcañiz, Alcañiz.

Introducción: Los peloides naturales antioxidantes (PNA) son productos derivados termales elaborados principalmente con aguas mineromedicinales sulfuradas, arcillas bentónicas (esmeclitas), aloe vera y otros elementos variables (árnica montana, *Calendula officinalis*, castaño de indias, aceite de argán, cafeína anhidra) según su finalidad terapéutica. Actúa barriendo los radicales libres responsables de acciones oxidantes sobre el organismo.

Objetivos: Disponer de nuevas herramientas terapéuticas de alta eficacia y efectividad, que puedan distribuirse en centros sanitarios balneoterápicos (C3), clínicas y consultas geriátricas, domicilios particulares y servicios de geriatría y rehabilitación hospitalaria, para paliar determinadas patologías osteo-articulares dolorosas, dermatológicas y vasculares.

Métodos: El proceso de elaboración controlada de PNA es largo. Tras las fases de mezclado de las diferentes materias primas componentes, amasado y acondicionado, seguidamente debe procederse a un período de maceración entre 3 y 6 meses para conseguir una efectividad entre el 94 y 98% del producto final. Las aplicaciones peloterápicas son por vía tópica, calentándolas o no, según las indicaciones de las diferentes patologías en las que se utilizan.

Resultados: Los PNA coadyuvantes en patologías dolorosas osteo-articulares (artrosis, artritis, fibromialgia) se calientan previamente en microondas o baño maría, aplicándose tópicamente sobre las superficies a tratar, procediendo a su envolvimiento con films transparentes osmóticos para conservar el calor, aumentando la absorción y la mejor retirada del peloide una vez utilizado. Se aplican 20 minutos. Los PNA coadyuvantes vasculares se utilizan en patologías que conllevan problemas de retorno venoso, piernas cansadas-pesadas, aplicándose en frío durante 15 minutos, también con envolvimientos con films osmóticos. Los PNA dermatológicos se aplican en frío sobre las superficies afectadas.

Conclusiones: El peloide natural antioxidante es un producto natural, sin conservantes, con un largo proceso científico de estudio en su elaboración y sus efectos terapéuticos, en el que han intervenido diferentes grupos de investigadores en bio-ciencias y con un trasfondo científico testado. Son productos bien admitidos por los pacientes geriátricos y en servicios de rehabilitación, de fácil traslado a domicilio y utilización. Sus resultados terapéuticos son muy manifiestos, favoreciendo el acortamiento de procesos nosológicos e inflamatorios con rápidas mejorías clínicas.

ÁREA CLÍNICA

OC1: Deterioro cognitivo

OC-001. DETERIORO COGNITIVO Y MEJORA FUNCIONAL EN PACIENTES CON ICTUS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA

R. Gómez Cortijo y B. Martínez Luis
Hospital Sant Andreu, Manresa.

Objetivos: Establecer si existe relación del deterioro cognitivo (DC) en la evolución funcional de pacientes con ictus y objetivar cuáles consiguen mejores resultados funcionales.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, con muestra inicial de 123 pacientes con diagnóstico principal de ictus que ingresaron en Convalecencia del hospital Sant Andreu de Manresa entre 2013 y 2015. Se excluyeron pacientes afásicos, *exitus* y pacientes derivados a Agudos durante el ingreso. Se analizaron: edad, sexo, tipo de ictus (isquémico o hemorrágico) y subclasificación según etiología y topografía. Se recogió también la funcionalidad previa, en el momento del ingreso y al alta -índice de Barthel (IB)-, deterioro cognitivo previo y al alta de la unidad -escala de MEC-. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics for Macintosh Versión 24.0 (Armonk, NY: IBM Corp.). El nivel de significación del estudio fue del 5%.

Resultados: Muestra final: 88 pacientes, edad media: 79,75 años. El grado de DC: puntuación media de $14,38 \pm 8,12$. La mayoría (n: 71,80,6%) fueron ictus isquémicos (hemorrágicos: 19,3%). Según subtipos de ictus isquémico por etiología: aterotrombóticos (n: 42), lacunares (n:12). En los hemorrágicos: la mayoría: parenquimatosos

(n: 12). 54 pacientes tenían DC al alta y 21DC previo. En hemorrágicos (n: 17): ganancia funcional media de 16,18 puntos en IB, en isquémicos (n: 71): 20,51. Dentro de los isquémicos: la ganancia resultó mayor en lacunares (27,92 puntos). En ictus hemorrágicos: ganancia funcional mayor en subaracnoidales (26,67 puntos). La ganancia funcional fue mayor (media: 22,50 puntos) en pacientes sin DC al alta. En pacientes sin deterioro cognitivo previo, mejor ganancia en aquellos sin DC al alta (22,50 respecto 21,52).

Conclusiones: Se obtienen valores globales de mejor ganancia funcional en aquellos pacientes sin deterioro cognitivo; también cuando lo analizábamos según el tipo de ictus, pero los resultados no han sido significativos en el análisis estadístico realizado. Limitaciones en el estudio: no se recogió información sobre tratamientos en situación aguda (fibrinólisis o revascularización) ni complicaciones durante el proceso de rehabilitación. De todos modos, los resultados nos hacen valorar la necesidad de realizar rehabilitación post-ictus en aquellos pacientes con DC, ya que mejoran funcionalmente.

OC-002. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER A TRAVÉS DE MARCADORES ELECTROENCEFALOGRÁFICOS

A. Buján Mera¹, C. Babiloni², C. del Percio², R. Lizio², L. Lorenzo-López¹, A. Maseda¹ y J.C. Millán-Calenti¹

¹Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

²Universidad de Roma La Sapienza, Departamento de Fisiología y Farmacología Vittorio Ersamer, Roma, Italia.

Objetivos: El estudio de los ritmos electroencefalográficos en estado de reposo (rsEEG), ha demostrado ser una herramienta útil para caracterizar a nivel grupal los mecanismos neurofisiológicos que subyacen a los déficits cognitivos en pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA). El objetivo de este estudio es comprobar si es posible clasificar a nivel individual a pacientes versus personas sanas utilizando como marcador la potencia espectral en las fuentes corticales de los ritmos EEG.

Métodos: participaron en el estudio 120 pacientes con EA y 100 personas mayores sanas. Se llevaron a cabo registros EEG en estado de reposo con ojos cerrados durante 5 minutos en 19 electrodos. Tras el pre-procesado de los datos, se utilizó el programa eLORETA para computar la potencia espectral en seis regiones de interés (frontal, central, temporal, parietal, occipital y límbica), en las bandas de frecuencia delta, theta, alfa 1, alfa 2, beta 1, beta 2, y gamma. Las soluciones estimadas por eLORETA se sometieron a un ANOVA para identificar aquellos marcadores que diferenciaban a ambos grupos. Finalmente, se generaron marcadores EEG compuestos que se usaron como variables para computar la clasificación de los participantes a través del análisis de la curva de eficacia diagnóstica (ROC).

Resultados: Los siguientes marcadores de EEG superaron el umbral de discriminación (área bajo la curva de 0,7): actividad delta/alfa 1 en regiones central, parietal, occipital, temporal y límbica; actividad delta/alfa 2 en regiones central, parietal, temporal occipital y límbica; y actividad theta/alfa 1 en la región frontal. La actividad delta/alfa 1 en la región occipital generó la mejor tasa de clasificación con una sensibilidad del 73,3%, especificidad del 78%, precisión del 75,5%, y un área bajo la curva de 0,82.

Conclusiones: Las ampliamente demostradas anomalías en los ritmos alfa y delta en regiones corticales posteriores en pacientes con EA, no solo resultan útiles a nivel grupal para caracterizar a nivel neurofisiológico sujetos sanos y con demencia, sino que también muestran capacidad moderada para la clasificación a nivel individual. Estos marcadores EEG podrían ser considerados marcadores topográficos para la EA, útiles para monitorizar el seguimiento y tratamiento de los pacientes.

OC-003. ESTADO DE ÁNIMO, CONDUCTA Y PARÁMETROS BIOMÉDICOS EN PERSONAS CON DEMENCIA: INTERVENCIÓN MULTISENSORIAL VS. MÚSICA INDIVIDUALIZADA

N. Cibeira González¹, A. Maseda¹, L. Lorenzo López¹, C. Diego Díez¹, I. González Abrales², B. Laffon³ y J.C. Millán Calenti¹

¹Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

²Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña. ³Universidade da Coruña, Grupo Dicomosa, Departamento de Psicología, Área de Psicobiología, A Coruña.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar si la estimulación multisensorial (MSSE) en sala Snoezelen es más efectiva que la intervención con música individualizada en relación al estado de ánimo, conducta, y parámetros biomédicos de personas mayores con demencia severa institucionalizadas.

Métodos: Se realizó un ensayo controlado aleatorizado longitudinal. La muestra de 18 participantes se obtuvo de un centro especializado en atención a personas con demencia. Los participantes se estratificaron de acuerdo a su estado cognitivo, siendo asignados aleatoriamente al grupo 1 o 2 (MMSE, música individualizada). Ambos grupos participaron en dos sesiones semanales individuales de intervención de 30 minutos, durante 16 semanas. El estado de ánimo y la conducta fueron evaluadas al inicio (semana 0), durante (semana 8), al final (semana 16) y 8 semanas después de la intervención (seguimiento), mediante la escala Interact. Los parámetros biomédicos se registraron inmediatamente antes y después de la intervención utilizando pulsioximetría. El test ANOVA determinó las diferencias entre grupos y a lo largo del tiempo.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas inmediatamente después de la intervención, ambos grupos se mostraban más contentos ($F_{(1,19)} = 30,961$, $p < 0,001$), hablaban más espontáneamente ($F_{(1,19)} = 8,417$, $p = 0,009$), se relacionaban mejor con los demás ($F_{(1,19)} = 13,470$, $p = 0,002$), estaban más atentos a su entorno ($F_{(1,19)} = 25,402$, $p < 0,001$), disfrutaban más de sí mismos ($F_{(1,19)} = 11,825$, $p = 0,003$), estaban menos aburridos o inactivos ($F_{(1,19)} = 10,932$, $p = 0,004$) y más relajados ($F_{(1,19)} = 11,189$, $p = 0,003$). Durante las intervenciones, el grupo MSSE realizó significativamente un mejor seguimiento visual de los estímulos y se mostró más relajado y contento que los del grupo de música. En cuanto a los parámetros biomédicos, en ambos grupos ($F_{(1,19)} = 7,577$, $p = 0,013$) se reflejó una disminución de la frecuencia cardíaca y un aumento de la saturación de oxígeno tras la intervención.

Conclusiones: Las sesiones de MMSE en una sala Snoezelen resultaron ser tan efectivas como las sesiones de música individualizada, excepto durante las sesiones de intervención, donde los participantes del grupo MMSE realizaban un mejor seguimiento visual de los estímulos y se mostraban más relajados y contentos que los participantes del grupo de música individualizada.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red Frailnet IN607C 2016/08.

OC-004. RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PSICOFÁRMACOS Y LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES ASOCIADOS A LA DEMENCIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

N. Muñoz Mateu, M.A. Zelada Rodríguez, C. Fernandes Valverde, L. García Ortiz de Uriarte, B. Castillo Nonones y D. Rodríguez González

Consorti Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: Determinar la relación entre el número de psicofármacos, con los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD's) en la Unidad de Psicogeriatría.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Psicogeriatría, durante el periodo: enero - diciembre

de 2015. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (I. Charlson), funcionales (I. Barthel basal, ingreso y alta), cognitivas conductuales (MEC, NPI-Q total/severidad/estrés del cuidador) y número de psicofármacos al ingreso y alta. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de demencia según el DSM V, estadios GDS 4-7b; excluyéndose: < 65 años, demencias en estado terminal (GDS-FAST 7c) y secundaria a trastornos psiquiátricos. Para el análisis univariante de distribución normal se utilizó t-Student (v. cuantitativas) y chi cuadrado (v. cualitativas); en los casos de no normalidad se aplicó la U de Mann Whitney. Para las variables categóricas (grados de SCPD), se utilizó la prueba ANOVA 1 factor; utilizando el programa SPSS-15.

Resultados: Se incluyó 107 pacientes, predominando el sexo femenino (69%), edad media de 84,8 años (± 8). Presentaron polimedicación el 45% y gran polimedicación: 38%, con una media 7,66 (± 3.6) fármacos al ingreso y 7,77 ($\pm 3,56$) fármacos al alta. Se valoraron los SCPD's al ingreso, mediante el NPIQ total siendo la media 3,29 (± 2.17); NPIQ gravedad 5,46 (± 5.01) y NPIQ estrés del cuidador 7,64 (± 7.21), los SCPD's más frecuentes fueron: apatía (48%), irritabilidad (43%), alucinaciones (38%) y trastorno del sueño (35%). En el análisis univariante de cada uno de los SCPD's con el número de Psicofármacos al ingreso no se encontró relación estadísticamente significativa, en el caso de Psicofármacos al alta únicamente se encontró asociación significativa con el trastorno alimentario ($p = 0,009$). Al analizar el número de los SCPD's (bajo-moderado-alto) con los Psicofármacos al ingreso, mediante la prueba ANOVA, se encontró diferencias significativas intra-grupos ($p = 0,027$), siendo estadísticamente significativo entre el grupo bajo (1 SCPD) y alto (> 3 SCPD) ($p = 0,044$).

Conclusiones: La presencia de más de 3 SCPD's se asoció de manera significativa con la mayor prescripción de psicofármacos al ingreso. Los SCPD's de manera individual no se asociaron con mayor prescripción de Psicofármacos al ingreso.

OC-005. FRAGILIDAD Y ESTADO MENTAL EN PACIENTES VALORADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Herrera Bozzo¹, A. Sanz González², O. Saavedra Obermann¹, J.M. Arche Coto¹ y J.J. Solano Jaurrieta¹

¹Hospital Monte Naranco, Oviedo. ²Fundación Hospital de Avilés, Avilés.

Objetivos: Describir las características de los pacientes mayores de 75 años valorados en un servicio de cirugía general. Conocer la prevalencia de depresión y deterioro cognitivo en estos pacientes. Analizar si existe relación entre fragilidad y estado mental.

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

Resultados: 172 pacientes 59,3% son hombres, con edad media de 81 años, 62% casados, 95% vivían en domicilio. El 56% son independientes para ABVD, 15% dependencia escasa. Sin deterioro cognitivo el 47%; deterioro leve 42% y depresión 19,6%. Fragilidad 29,1%; polifarmacia 57,1% y el 42,9% eran pluripatológicos. Reingresaron 22,1% y mortalidad al año 11,6%. Se relaciona con depresión el sexo $p = 0,000$; estado civil ($p = 0,007$); peor funcionalidad ($p = 0,000$); estado cognitivo ($p = 0,03$); fragilidad ($p = 0,000$) y mortalidad al año ($p = 0,001$). El deterioro cognitivo se relaciona con peor funcionalidad ($p = 0,00$); estado civil ($p = 0,01$); fragilidad ($p = 0,001$) y a depresión ($p = 0,001$). Al realizar el análisis de regresión logística multivariante, solo mantiene asociación con depresión la fragilidad (OR: 5,9; IC95%: 1,3-26,3),

$p = 0,018$ y con deterioro cognitivo, funcionalidad (OR: 5,8; IC95%: 1,9-17,7), $p = 0,002$ y depresión (OR: 6,3; IC 95%: 1,4-27,9), $p = 0,014$.

Conclusiones: El perfil de los pacientes valorados en cirugía en su mayoría son hombres, casados, viven en domicilio con buena funcionalidad, sin deterioro cognitivo, polimedicados y pluripatológicos. La prevalencia de depresión y deterioro cognitivo es similar a otras series, siendo la fragilidad más alta. Los pacientes con depresión son 5,9 veces más frágiles que los que no presentan alteración del estado anímico, esto se podría deber al solapamiento de síntomas que existe entre estas patologías. En nuestro estudio el deterioro cognitivo presenta relación con funcionalidad y depresión, siendo estos factores de riesgo conocidos.

OC-006. ANSIEDAD EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD AGUDA: ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE DETERIORO COGNITIVO

E. Ocaña Ramírez¹, N.M. González Senac², V. Romero Estarlich², J. Zuluaga² y M.T. Vidán Astiz²

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón, Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid. España-EAPS Obra Social La Caixa. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ²Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Evaluar el grado de ansiedad y sus componentes en ancianos ingresados en el hospital por enfermedad aguda, según tengan o no deterioro cognitivo.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los ancianos ingresado en UGA de un hospital universitario. Se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo severo (MMS < 15) o incapaces de realizar el MMS al ingreso por cualquier motivo. Se recogieron variables socio-demográficas, funcionales y clínicas y se administraron la escala de ansiedad (Hamilton), depresión (Yesavage) y miedo a la muerte (Collet-Lester parcial) al ingreso y alta.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes consecutivos con una edad media de $87,3 \pm 4,9$, 58% mujeres, un 45,1% con MMS < 24 ($20,11 \pm 2,6$) y un 54,9% con MMS ≥ 24 ($28,22 \pm 3$). Los pacientes con deterioro cognitivo tenían mayor grado de ansiedad al ingreso (I Hamilton: $16,29 \pm 7$ vs $13,27 \pm 6,7$, $p = 0,006$). Entre los pacientes con deterioro cognitivo un 43,8% tenían un grado de ansiedad al menos moderado, frente al 25,8% de los pacientes sin alteración cognitiva. Las diferencias eran significativas tanto en los grados de ansiedad psíquica como somática. Existía una correlación positiva entre el grado de ansiedad y la presencia de síntomas depresivos en ambos grupos, coeficiente de Pearson 0,449 en los pacientes con deterioro cognitivo y de 0,579 en los que no tenían, ambos significativos $p < 0,001$. No existió correlación con la escala de miedo a la muerte en ninguno de ambos grupos. En los dos, con y sin deterioro cognitivo existió una correlación positiva entre la escala de ansiedad y la escala de dolor al ingreso: $r = 0,302$ y $r = 0,450$ respectivamente, ambos estadísticamente significativos.

Conclusiones: Los pacientes con deterioro cognitivo tienen mayor grado de ansiedad asociada a la hospitalización por enfermedad aguda que aquellos sin deterioro cognitivo. Existe mayor correlación con el dolor y la sintomatología depresiva que con el miedo a la muerte. Si se realizaran intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad, deben ser incluidos siempre aquellos pacientes con deterioro cognitivo, al menos no grave.

OC-007. PERFIL FENOTÍPICO Y EVOLUTIVO DEL DETERIORO COGNITIVO

R. Yubero, M. Salas, B. Carballido, L. Bermejo y P. Gil
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Conocer el perfil clínico y evolutivo de pacientes remitidos a la Unidad de Memoria de Referencia en un Hospital Terciario.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes remitidos a la Unidad de Memoria años 2005-2016. Se realiza diagnóstico

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 (MMSE, MoCA, textos WMSIII, Stroop, BNT-30; fluencia verbales, WAIS digit, praxias ideomotoras, YMTA y B), estadiaje según GDS de Reisberg y seguimiento clínico semestral.

Resultados: N: 3.343 (edad media $80,3 \pm 6,4$). Distribución: EA posible 906 (27,4%) D. vascular 640 (19,4%), EA probable 559 (16,9%). D. mixta 444 (13,5%). D. C. Leve 560 (16,2%). Demencia-Parkinson 75 (2,2%) mujeres 41%; D. Lewy 32 (1%) mujeres 56%. D. frontotemporal 68 (2,1%). MMSE: $20 \pm 5,2$. GDS percentil 50: 4.

Conclusiones: 1) La enfermedad de Alzheimer posible es el diagnóstico más frecuente. 2) La mayoría de pacientes acuden en estadio evolutivo leve. 3) La demencia asociada a Parkinson es más frecuente en hombres. 4) El deterioro cognitivo leve supone una parte importante de la actividad lo que implica posibilidades de seguimiento e intervención. 5) Las demencias frontotemporal y Lewy son poco frecuentes en este grupo etario.

OC-008. MARCADORES INFLAMATORIOS Y DE ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

L. Fernández-Arana¹, R. Yubero¹, S. Martín-Aragón², P. Bermejo² y P. Gil Gregorio¹

¹Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, Madrid.

Objetivos: 1) Determinar la actividad basal de enzimas antioxidantes y marcadores inflamatorios en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL). 2) Determinar la correlación entre marcadores oxidación/inflamación y parámetros neuropsicológicos, analíticos y de neuroimagen.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo pacientes con DCL (noviembre 2016-Febrero 2017). Variables analizadas: 1) Demográficas: edad, género; 2) Batería neuropsicológica: MMSE, MoCA, BN; 3) Comorbilidad: CIRS; 4) Analíticas IL-6, cistatina C, PCR, homocisteína, IGF-1; HbA1C; 5) Estrés oxidativo: catalasa (CAT), superóxido dismutasa (SOD); 6) Neuroimagen: afectación sustancia blanca índice Fazekas y grado de atrofia. Análisis estadístico: prueba t de comparación de medias y correlaciones, coeficiente de Pearson. Software SPSS 23.

Resultados: N: 45 (edad $78,3 \pm 6,1$; mujeres 75%) Comorbilidad CIRS $8 \pm 4,1$: hipertensión 83%, dislipemia 70,3%. Atrofia RNM 70%, Grado Fazekas 2-3: 57,2%. Valoración neuropsicológica: MMSE: $26,7 \pm 2,7$ MoCA: $19,4 \pm 3,1$. BNT: $26,5 \pm 3,1$ Parámetros analíticos: cistatina C: $1,1 \pm 0,3$. IGF-1: $91,4 \pm 29,8$. IL-6: $3,6$ (RIC: $2,4-7,1$) PCR: $0,17$ (RIC $0,05-0,29$). Homocisteína $12,7 \pm 5,3$. CAT: $381,2 \pm 149,2$. SOD: $8,3 \pm 2,4$. Estudios de correlación: Positiva entre CAT y MoCA 0,74, CAT y BNT 0,45. Correlación negativa entre CAT y ferritina -0,47.

Conclusiones: 1. En pacientes con DCL se observa unos niveles elevados de estrés oxidativo medido a través de enzimas antioxidantes. 2. Los marcadores inflamatorios muestran una tendencia a encontrarse elevados en pacientes con DCL. 3. Existe una correlación entre los niveles aumentados de CAT y una mayor puntuación en el test cognitivo de MoCA. 4. Los datos obtenidos podrían justificar la utilización de fármacos con actividad antioxidantes y antiinflamatoria como EGB 761.

OC-009. NEUROBEL: RESULTADOS DE UN NUEVO TEST DE DESPISTAJE DEL DETERIORO COGNITIVO-LINGÜÍSTICO EN POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE MÁLAGA

G. Bermúdez Lusá, N. Páez Casado, M.L. Fernández, M. González Luque y J.M. Marín Carmona
Centro de Envejecimiento Saludable, Excmo. Ayuntamiento de Málaga, Málaga.

Objetivos: Realizar un estudio piloto de los valores de referencia normativos iniciales de esta batería en una muestra de adultos-mayores

de la Ciudad Málaga, con deterioro cognitivo leve (DCL) y enfermedad de Alzheimer leve (EA).

Métodos: La batería Neurobel (evaluación neuropsicológica del lenguaje en adultos) es una prueba breve que permite una valoración de sondeo de los procesos básicos de comprensión y producción del lenguaje. Consta de 8 tareas, que analizan el correcto funcionamiento del lenguaje oral desde el modelo teórico propuesto por la neuropsicología cognitiva. Se aplicó la batería Neurobel a setenta y cinco participantes adultos-mayores de ambos sexos, 25 con deterioro cognitivo leve (DCL/GDS3), 25 con Enfermedad de Alzheimer leve (EA/GDS4) y 25 de Grupo de Control (GDS 1 y 2).

Resultados: Los resultados muestran diferencias significativas entre los tres grupos, tanto en puntuación como tiempo de ejecución. Los participantes con EA se muestran con peores puntuaciones y más tiempo de ejecución en las distintas tareas de que consta Neurobel. La batería muestra una alta sensibilidad y especificidad: 0,94 bajo curva ROC en el contraste casos (DCL + EA) vs controles y de 0,93 en la comparación EA vs DCL. Lo que convierte a la batería Neurobel en un test "muy bueno" (0,90-0,97) en el "screening" o sondeo de problemas lingüísticos en el deterioro cognitivo.

OC2: Alimentación y nutrición

OC-010. PARADOJA DE LA OBESIDAD EN ANCIANOS

C. Oñoro Algar, E. Baeza Monedero, F.J. Martínez Peromingo, C. González de Villaumbrosia, I. Robles, M. Yebra Yebra y R. Barba Martín
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles.

Objetivos: Nos propusimos valorar en una cohorte de pacientes ingresados en medicina interna y mayores de 75 años si los pacientes que tenían el diagnóstico de obesos e ingresaban en un hospital de agudos por una descompensación tenían más o menos riesgo de fallecer que los pacientes no obesos.

Métodos: Se analizaron pacientes mayores de 75 años ingresados en un servicio de medicina interna durante los años 2005-2012 por alguno de los siguientes procesos agudos: insuficiencia cardiaca, infección de orina, neumonía, pancreatitis, ictus, tromboembolismo pulmonar. Se comparó la tasa de mortalidad ajustada de los pacientes con y sin obesidad (sexo, edad, índice de Charlson). La fuente de datos fue el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) aportado por el ministerio de sanidad.

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

Conclusiones: La obesidad se asocia a mejor pronóstico en algunas circunstancias en pacientes ancianos que ingresan en un hospital de agudos. La reducción del riesgo oscila entre un 38 y un 25% menos de mortalidad en los pacientes obesos comparados con los no obesos. No se conoce cuál es la causa del "efecto protector", conocido como paradoja de la obesidad o epidemiología inversa, aunque se especula que estos pacientes están mejor nutridos que los pacientes más del-

gados, pueden tener una mejor composición corporal y mejor reserva cardiorrespiratoria.

OC-011. ESTUDIO NUTRICIONAL EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

D. Nicolás Torres¹, M.D.C. García Sánchez¹, R.K. Gómez Martínez², B. Nicolás Abellán², E. Valero Merlos¹, J.J. Hernández Morante¹ y D. Jiménez Hernández¹

¹Universidad Católica de Murcia, Murcia. ²Residencia de Personas Mayores de Belén, Murcia.

Introducción: Con respecto a la nutrición, es conocida su deficiencia en el anciano desde hace tiempo (Henderson, 1988). Teniendo esto en cuenta, una primera herramienta fundamental para la evaluación nutricional de un paciente anciano puede ser el uso de cuestionarios o escalas de uso habitual en el análisis nutricional, como el registro de 24 horas, el uso de datos antropométricos, como el IMC, que en su conjunto nos puede facilitar la interpretación de la posible alteración o déficit. (Camina Martín et al., 2013). También es de mención obligada la utilización de test y escalas como el MNA[®] (Nestlé Nutrition Institute, 2013), cuestionario DETERMINE (NSI, 1992). y El VSG o Valoración Subjetiva Global (Destky 1987).

Objetivos: Conocer la situación nutricional de los ancianos institucionalizados.

Métodos: El estudio de carácter observacional, descriptivo, transversal, con un tamaño muestral de 93 personas, preferentemente mayores de 80 años, ha sido realizado en centros residenciales de la Región de Murcia. Los criterios de inclusión fueron: tener más de 60 años y estar ingresado en una residencia.

Resultados: Cuando estudiamos el porcentaje de sujetos en función de su estado nutricional, nuestros datos indican que la mayor parte de la población presentaba un estado de malnutrición del 45.3%, y un 20% de riesgo, aunque por otro lado casi un 34,7% de la población mostraba un estado nutricional normal.

Conclusiones: Como hemos podido comprobar, la realización de test específicos para la valoración de la nutrición, resulta necesario para poder planificar los cuidados necesarios a las personas mayores institucionalizadas. El MNA[®] ha ganado aceptación en todo el mundo y muestra una alta prevalencia de desnutrición en diferentes ámbitos, a excepción de la comunidad. Debido a su enfoque geriátrico específico, el MNA[®] debe ser recomendado como base para la evaluación nutricional en las personas mayores. El estado nutricional de nuestros pacientes se evaluó mediante la versión de cribado del test MNA[®] abreviado. En el mencionado trabajo de Flores Ruano et al (2014), se describe la necesidad de valoración de nuevos dominios, como la fragilidad y la nutrición.

OC-012. CALIDAD DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS MAYORES

A. Maseda, L. Lorenzo-López, C. Diego-Díez, C. de Labra, A. Buján, R. López-López y J.C. Millán-Calenti

Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

Objetivos: La malnutrición es un problema de salud pública muy frecuente en personas mayores. Es importante identificar los principales determinantes de malnutrición en este colectivo para proponer protocolos de intervención específicos. En este trabajo se analizó la relación entre la calidad de vida y la presencia de malnutrición o riesgo de malnutrición.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con una muestra representativa (n = 749), estratificada por quinquenios de edad y género, de las personas mayores de 65 o más años que residen en la comunidad y acuden a centros socio-comunitarios o cívicos de Galicia. La

calidad de vida se evaluó mediante el Instrumento de la Organización Mundial de la Salud en su versión abreviada (WHOQOL-BREF). El Mini Nutritional Assessment (MNA) se utilizó para la valoración del estado nutricional.

Resultados: El riesgo de malnutrición estuvo presente en el 13,5% de las personas mayores, frente a un 0,8% de personas malnutridas. El estado general de calidad de vida ($p < 0,0001$) y los dominios de salud física ($p < 0,0001$) y psicológica ($p = 0,013$) del WHOQOL-BREF se relacionaron con la presencia de un estado nutricional bajo (riesgo de malnutrición o malnutrición, con puntuaciones en el MNA de 11 o menos puntos). Se observó correlación positiva entre las puntuaciones del WHOQOL-BREF referidas a la satisfacción general con la salud y sus 4 dominios (salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente) con las puntuaciones del MNA-SF, excepto en el ítem referido a la calidad de vida en general. En mujeres, el dominio ambiental no correlacionó significativamente con el estado nutricional. En el caso de los hombres, solo se observó correlación positiva del MNA-SF con los dominios de salud física y psicológica.

Conclusiones: La valoración del estado nutricional junto con factores determinantes como la calidad de vida deben incorporarse en la evaluación gerontológica de las personas mayores a fin de prevenir la presencia de malnutrición y tomar las medidas oportunas para evitar sus complicaciones y reducir los costes del sistema sanitario de atención a este colectivo.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-013. EL ESTADO NUTRICIONAL Y SUS FACTORES DETERMINANTES EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE PERSONAS MAYORES

C. Diego-Díez, A. Maseda, L. Lorenzo-López, N. Cibeira, L. Regueiro-Folgueira, R. López-López y J.C. Millán-Calenti
Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

Objetivos: Actualmente, la malnutrición ha adquirido mucha importancia en el envejecimiento, de ahí la importancia de detectar los factores relacionados con el empeoramiento del estado nutricional de las personas mayores. El objetivo de este estudio fue la detección de los factores de riesgo que tienen relación con la malnutrición o con el riesgo de padecerla.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en una muestra representativa, formada por 749 personas de ≥ 65 años. Se recogió información sobre aspectos sociodemográficos y factores de salud (co-morbilidad, problemas cognitivos o afectivos, polifarmacia, estado de fragilidad, salud auto-percibida) como determinantes del estado nutricional, evaluado mediante la versión abreviada de la escala Mini Nutritional Assessment. La comorbilidad fue valorada mediante la escala de Charlson, la evaluación cognitiva se realizó con el Mini-Mental State Examination y la afectiva con la escala de depresión geriátrica. La polifarmacia fue evaluada a partir de la hoja de medicación activa y la fragilidad mediante la escala de Fried. Por último, para conocer la salud auto-percibida se preguntó al sujeto cómo consideraba que era su salud, dando cuatro alternativas de respuesta.

Resultados: De la totalidad de los participantes en el estudio, 642 (85,7%) estaban bien nutridos, 101 (13, 5%) en riesgo de desnutrición y solo seis estaban malnutridos (0,8%). El porcentaje total de los participantes que tenían malnutrición o riesgo de malnutrición fue del 14, 3%. Los principales factores que se asociaron de forma significativa con la malnutrición o el riesgo de padecerla fue la presencia de síntomas depresivos, polifarmacia (utilización de 5 o más fármacos recetados), presencia de sobrepeso u obesidad, estado de pre-fragilidad o fragilidad y una baja salud auto percibida. Además, se observaron diferencias en la identificación de factores de riesgo en relación al sexo.

Conclusiones: La existencia de la malnutrición conlleva consecuencias especialmente negativas en la salud y en la calidad de vida de las personas mayores, de ahí la importancia de una adecuada evaluación del estado nutricional e identificación de sus factores determinantes. Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-014. FRAGILIDAD Y DISFAGIA ASOCIADAS AL ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

L. Regueiro Folgueira¹, A. Maseda¹, I. González-Abrales², J. Blanco¹, C. de Labra¹, L. Lorenzo-López¹ y J.C. Millán-Calenti¹

¹Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña. ²Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña.

Objetivos: La disfagia y la fragilidad son síndromes geriátricos muy prevalentes en las personas mayores. El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia de fragilidad y disfagia y su distribución según el estado nutricional de una muestra de personas mayores de 65 o más años institucionalizadas.

Métodos: Se realizó estudio transversal sobre una muestra de 164 personas mayores institucionalizadas. Se realizó una Valoración Geriátrica Integral que incluía aspectos de salud mental (afectivos y cognitivos), prescripciones médicas, comorbilidad, fragilidad y capacidad deglutoria. Para valorar el fenotipo de fragilidad se utilizaron los criterios de Fried y para la capacidad deglutoria se utilizó la escala de deglución de Karnell, ambas administradas por personal formado previamente.

Resultados: La media de edad fue de 84,83 años. El 70,4% de la muestra eran individuos con fenotipo frágil y el 29,6% eran pre-frágiles, mientras que ninguno se situó dentro del grupo robusto. Atendiendo a la clasificación de acuerdo al estado nutricional, encontramos que los sujetos sin riesgo de malnutrición estaban clasificados, en su mayoría, como pre-frágiles. Sin embargo, aquellos en riesgo de malnutrición presentaban mayoritariamente fenotipo frágil y de los sujetos malnutridos todos salvo uno eran frágiles. Con respecto a la capacidad deglutoria, solo el 12,4% de los sujetos tenían una deglución normal, el 74,5% sufrían alteraciones leves o leves-moderadas, y el 13,1% sufrían alteraciones moderadas-graves o graves. Si relacionamos estas alteraciones con el estado nutricional encontramos que la mayoría de las personas con estado nutricional normal también tenían una deglución normal, sin embargo aquellos sujetos clasificados en el grupo de riesgo nutricional o desnutrición, tenían mayores problemas deglutorios sin diferencias reseñables entre ambos grupos.

Conclusiones: La fragilidad y las alteraciones leves-moderadas en la deglución son problemas frecuentes entre los mayores de 65 años institucionalizados y están estrechamente relacionadas con malnutrición o riesgo de padecerla. Este hecho deja entrever la importancia de una detección temprana de estos problemas e intervención a todos los niveles, que ayudarían a disminuir los riesgos asociados. Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN1607C 2016/08.

OC-015. PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN APLICANDO DIFERENTES HERRAMIENTAS NUTRICIONALES EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

P. Sánchez Sáez, M. López Utiel, I. Huedo Ródenas, S. Lozoya Moreno, L. Plaza Carmona, A. Abendaño Céspedes y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Determinar el estado nutricional de pacientes ingresados en una Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA) mediante la aplicación

de 5 herramientas de cribado, su acuerdo entre ellas y su asociación con resultados de salud basales y al alta.

Métodos: 195 pacientes consecutivos ingresados en una UGA recibieron valoración nutricional al ingreso por dietista/nutricionista con MNA-SF, NRS2002, MUST, índice de pronóstico CONUT y la Valoración Global Subjetiva (VGS). Se determinó índice de Barthel y estado cognitivo mediante GDS de Reisberg. Al alta se determinó el estado vital, la necesidad de suplementos nutricionales y los días de estancia. Se realizaron comparaciones entre las escalas mediante chi cuadrado y el acuerdo mediante kappa. La asociación con variables de salud y de resultado se realizaron mediante t de Student y ANOVA.

Resultados: Edad media 86,4 (DE 5,6). 105 mujeres (53,8%). Porcentaje de estado nutricional según las diferentes herramientas: VGS: Bien nutrido 21,5%, Estado moderado 60%, Desnutrido 18,5%. NRS2002: Sin riesgo 41%, Riesgo nutricional 59%. MUST: Riesgo bajo 45,1%, intermedio 34,9%, alto 20%. MNA-SF: Estado normal 21%, riesgo de desnutrición 28,2%, malnutrición 30,8%. CONUT: Sin desnutrición 0%, desnutrición leve 25,6%, moderada 56,4% y grave 17,9%. Las diferentes herramientas mostraron concordancia entre sí, siendo excelente en NRS – MUST (Kappa = 0,833; $p < 0,001$), y aceptable en VGS y MNA (Kappa = 0,556; $p < 0,001$). Ninguna herramienta se asoció con edad, pero todas ellas lo hicieron con Barthel ($p < 0,001$) y con GDS de Reisberg ($p < 0,01$). Los pacientes malnutridos o en riesgo presentaron una tendencia a una mayor mortalidad (12,5% vs 8,8%) y mayor estancia hospitalaria (11 días vs 8,8 días $p < 0,05$) que los normnutridos. Los malnutridos recibieron suplementos nutricionales al alta con mayor frecuencia ($p < 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de malnutrición o riesgo nutricional en una UGA es elevada, entre el 54,9% y el 78,5%, aunque existe una gran variabilidad según la herramienta empleada. Todas las herramientas muestran concordancia. La malnutrición presentó una tendencia a una mayor mortalidad y estancia hospitalaria. Al alta, la mayoría de pacientes clasificados como malnutridos recibieron suplementos.

OC-016. EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL HIPERPROTEICA HIPERCALÓRICA EN EL ANCIANO FRÁGIL CON DESNUTRICIÓN EN RESIDENCIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO. ESTUDIO PROT-E-GER

V. Malafarina¹, J.A. Serra Rexach², F. Masanes Torán³ y A. Cruz Jentoft⁴

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La desnutrición es frecuente en mayores institucionalizados y se asocia con frecuencia a fragilidad. Sin embargo, existen pocos estudios sobre la intervención nutricional con suplementos en la capacidad funcional en esta población. El objetivo del estudio PROT-e-GER es valorar el impacto de la suplementación oral hipercalórica hiperproteica en los índices nutricionales en mayores desnutridos que viven en residencias.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico en residencias de todo el territorio nacional. Criterios de inclusión: malnutrición o riesgo de malnutrición, edad ≥ 65 años en tratamiento con un suplemento HC/HP durante 12-semanas. Se excluyeron pacientes con nutrición por sonda y en situación terminal. Se recogieron medidas antropométricas (peso, IMC), funcionales (Barthel, escala FRAIL, fuerza muscular), mentales (MMSE), nutricionales (MNA) y de comorbilidad (CIRS-G). En este análisis intermedio hemos analizado las diferencias de la intervención en función del grado basal de fragilidad.

Resultados: 160 sujetos incluidos (61% frágiles según la escala FRAIL). Hay una ligera prevalencia de mujeres frágiles (65%), respecto a los varones (53%) ($p = 0,165$). Las características basales y finales (12-semanas) se presentan en la tabla. Los residentes con fragilidad eran significativamente más mayores, con más impacto de la comor-

bilidad y más dependencia en las AVD. A pesar de estas diferencias los resultados demuestran que tras la suplementación el IMC aumenta significativamente en los no-frágiles, como en los frágiles ($p < 0,001$).

Diferencia entre los residentes frágiles y no-frágiles. Media \pm DE, o mediana-(rango-intercuartil)

	Total (n 160)	Frágiles (n 98)	No frágiles (n 62)	Valor de p
Edad	83 \pm 6,8	83,9 \pm 6,8	81,7 \pm 6,8	0,047
Sexo, mujeres	109 (61%)	71 (65%)	38 (35%)	0,165
CIRS-G	12-(9-16)	13-(9-18)	11-(9-14)	0,009
MMSE	14-(10-23)	13-(0-21)	17,5-(9-25)	0,010
MNA-SF	6-(4-8)	6-(4-7)	6-(5-8)	0,017
IB-basal	60-(35-80)	45-(20-70)	80-(65-85)	< 0,001
IB-final	65-(40-80)	50-(25-72)	80-(62-90)	< 0,001
Dinamómetro-basal	14-(10-18)	11,3-(8,7-15)	17,4-(13-20)	< 0,001
Dinamómetro-final	15-(12-20)	14-(10-17,5)	18-(15-21)	< 0,001
IMC-basal	20,5 \pm 3,0	20,2 \pm 2,8	20,8 \pm 2,9	0,084
IMC-final	21,4 \pm 2,7	21,3 \pm 2,8	21,7 \pm 2,7	0,337

Conclusiones: A pesar de la complejidad clínica los residentes con fragilidad aumentan el IMC tras el tratamiento nutricional al igual que los residentes no-frágiles. La mejoría en AVD básicas y en fuerza de prensión es mayor en el grupo definido como frágil.

OC-017. VARIABILIDAD EN DETERMINADAS PRESCRIPCIONES VINCULADAS A ASPECTOS NUTRICIONALES Y POLIFARMACIA A UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN UN CENTRO ASISTENCIAL

A. Gordaliza Ramos, R. López Mongil, A. Rueda González, J.A. López Trigo, A. Hernández Ruiz y M.J. Carranza Priante
Centro Asistencial Dr. Villacián. Diputación de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Describir las características de tendencia en determinadas prescripciones vinculadas con la nutrición en el medio residencial, así como analizar la prevalencia de polifarmacia.

Métodos: Estudio observacional-prospectivo de pacientes atendidos en un centro residencial desde marzo de 2016 a marzo de 2017. Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados en un centro asistencial, con 3 unidades diferenciadas. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas: número de medicamentos para analizar polifarmacia (definida como más de 5 medicamentos) y prescripción de vitamina B₁₂, vit D, calcio, hierro, ácido fólico, fármacos para el abordaje del estreñimiento y suplementos nutricionales. Se estudia la variabilidad en determinadas prescripciones Análisis estadístico: Statgraphics Centurion XVI.

Resultados: Se revisaron 133 pacientes con una edad media de 83,31^a (Unidad 1: 87,19^a; U2: 87,68^a y U3: 74,68^a) siendo un 63,16% mujeres. La administración de vitamina B₁₂ en 2016 era de un 28,03%, incrementándose a 35,61% en el primer trimestre de 2017. La vitamina D se administraba en un 38,64% en 2016 incrementándose a 59,09% en 2017. El calcio: 5,30% en 2016 pasa a 6,06%, el hierro de 11,36% pasa a 12,12%, el ácido fólico apenas se modifica (diferencial de 0,76%), los fármacos prescritos para el estreñimiento en 2016 pasan de 50,39% a 51,16% en 2017 y los suplementos nutricionales de 20,61% pasan al 25,95%. Presentaban polifarmacia: el 32% de los residentes.

Conclusiones: Se están produciendo grandes cambios en el seguimiento a un año en determinadas prescripciones como en la vitamina B₁₂, suplementos nutricionales y sobretudo la vitamina D, que incrementan su administración, frente a calcio, ac. fólico o fármacos para el estreñimiento, que se mantienen. Es necesario revisar periódicamente los tratamientos crónicos para intentar disminuir la polifarmacia, que está presente en un tercio de los pacientes.

OC-018. ESTIMACIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN UN CENTRO RESIDENCIAL

R. López Mongil, A. Hernández Ruiz, B. Pastor Cuadrado, A. Zapatero Llanos, M.A. Camina-Martín y B. de Mateo-Silleras
Centro Asistencial Dr. Villacián, Diputación de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Estimar y mejorar la adhesión a la dieta mediterránea (DMed) aumentando su cumplimiento a través de una intervención dietética progresiva. Se considera primordial esta estrategia puesto que este patrón dietético, además de ser una valiosa herencia cultural, proporciona múltiples beneficios para la salud.

Métodos: Se ha evaluado la adhesión a la DMed utilizando el patrón dietético *a priori* desarrollado y validado en el estudio PREDIMED, Prevención con Dieta MEDiterránea, compuesto por 14 ítems (MEDAS, Mediterranean Diet Adherence Screener). Puntuación: 0-14. Los componentes son: 1. ¿Uso de aceite de oliva como grasa principal? 2. ¿Cuánto aceite de oliva consume al día? 4 cucharadas o más? 3. ¿Cuántas raciones de verduras y hortalizas toma al día? 4. ¿Cuántas piezas de fruta ingiere al día? 5. ¿Cuántas raciones de carne roja o procesada se consume al día? 6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata se toma al día? 7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día? 8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana? 9. ¿Cuántas raciones de legumbres ingiere a la semana? 10. ¿Cuántas raciones de pescado toman a la semana? 11. ¿Cuántas veces consume repostería industrial a la semana? 12. ¿Cuántas veces toma frutos secos a la semana? 13. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo? 14. ¿Cuántas veces a la semana consume vegetales cocinados con aceite de oliva (sofrito)? Se valoraron los menús de enero-abril 2017 y se puntúan, aumentando el cumplimiento de forma progresiva.

Resultados: La puntuación estimada según el patrón PREDIMED/MEDAS fue: en enero 7: (ítem: 1, 2, 3, 5, 6, 13, 14). En los meses siguientes la puntuación fue: febrero 8 (ítem: 1, 2, 3, 5, 6, 9, 13, 14); marzo 9: (ítem: 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 14) y abril 10: (ítem: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14), cumpliendo en el último mes de intervención con tres nuevos criterios.

Conclusiones: Mejorar la adhesión a la DMed (de media a alta) paulatinamente y centrándose en criterios específicos, puede ser muy útil puesto que este patrón dietético proporciona múltiples beneficios en relación a la función cognitiva, depresión, enfermedad cardiovascular,...entidades altamente prevalentes en residencias. El menú ofertado presupone un beneficio que posiblemente se traducirá en una mejora de la calidad de vida y de distintos parámetros de salud en la mayor parte de los residentes.

OC3: Atención en distintos niveles asistenciales 1

OC-019. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON EPOC INSTITUCIONALIZADO Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA

J. Alaba, C. Martins, B. Andía, E. Canchi, V. Faria y A. Usandizaga
Fundación Matia, San Sebastián.

Objetivos: Valorar características del paciente EPOC institucionalizado, número de reagudizaciones y hospitalizaciones que presenta, terapias utilizadas así como la adecuación de las mismas a las características del paciente geriátrico.

Métodos: Estudio descriptivo de período en el centro gerontológico Txara 1 recogiendo los datos a lo largo del 2016. Se valora clasificación del fenotipo, presencia de disnea con la escala MRC, se entiende como reagudizador al que presenta ≥ 3 reagudizaciones al año. Para evaluar la fuerza inspiratoria se utiliza el aparato *in Check dial* que permite conocer el dispositivo inhalador más adecuado a las características del paciente.

Resultados: El tamaño muestral es de 151 residentes, con una tasa de EPOC del 17%, con una edad media de 85 años, 30% varones, 30% dependencia grave, 57% deterioro cognitivo, 15% con IMC < 20. La distribución de fenotipo A (30%), B (11%), C (15%), D (42%); la clasificación MRC I (11%), II (38%), III (42%), IV (8%); siendo reagudizadores el 23%, se hospitalizan el 13% por reagudización. El flujo inspiratorio en el 8% es inferior a 30 ml/min, entre 30 y 50 ml/min en un 57% por lo que imposibilita la utilización del polvo seco, en un 69% no tienen capacidad de coordinación inspiratoria. Un 15% están con monoterapia, 45% con doble y un 40% con triple terapia. En un 42% se retiran los corticoides inhalados al no presentar reagudizaciones ni fenotipo B, se sustituye la cámara espaciadora a todos los residentes adecuándola a la capacidad inspiratoria.

Conclusiones: El paciente EPOC institucionalizado es más frecuente varón, con mejor capacidad funcional y cognitiva, alto porcentaje de sobrepeso que el resto de la población residencial. Es importante valorar y clasificar adecuadamente la broncopatía como adecuar la terapia inhalatoria a las características del paciente geriátrico.

OC-020. PRESCRIPCIÓN AL ALTA DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS RESULTADOS EN LA SALUD

M. Gutiérrez-Valencia¹, M. Elviro-Llorens², M.P. Monforte-Gasque¹, M. Castresana-Elizondo¹, F. Zambom-Ferraresi¹, M. López-Sáez de Asteasu¹ y N. Martínez-Velilla¹

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ²Fundación Vianorte-Laguna, Madrid.

Objetivos: El objetivo es analizar la relación entre la polifarmacia y el uso inadecuado de medicamentos tras una hospitalización con la mortalidad, las visitas a urgencias y los reingresos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes al alta hospitalaria de una Unidad de Agudos de Geriátría en el periodo de dos meses (enero y febrero de 2015). Se registraron sus características demográficas, clínicas y medicamentos de la historia clínica electrónica. Se identificó la presencia de polimedición (≥ 5 fármacos crónicos) e hiperpolimedición (≥ 10), las prescripciones potencialmente inadecuadas según criterios de Beers y STOPP-START, la carga anticolinérgica según la Anticholinergic Risk Scale (ARS) y las interacciones potencialmente graves (con amplia evidencia/a evitar) según el BOT Plus. Se analizó mediante regresión logística multivariante su relación con la mortalidad, presencia de reingresos y visitas a urgencias a los 6 meses del alta hospitalaria, ajustando según edad, sexo, comorbilidad, estado funcional y cognitivo y número de fármacos.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes ($88,3 \pm 5,7$ años, 65% mujeres, CIRS-G [Comorbidity Index Rating Scale-Geriatrics] $14,8 \pm 4,1$). Fueron alta a domicilio el 64,5%, 22% a residencia, 11,5% otro hospital y 2% otros. Tomaban de media $10,1 \pm 3,8$ principios activos, $8,23 \pm 3,7$ como tratamiento crónico, el 82,2% consumía ≥ 5 fármacos crónicos, y el 35% ≥ 10 ; el 71,1% presentaba algún criterio de Beers, el mismo número algún criterio STOPP, y un 58% algún criterio START. Un 21,5% presentaba interacciones potencialmente graves. Un 44,5% tomaban algún medicamento con actividad anticolinérgica, y la media de puntuación ARS fue $0,6 \pm 0,8$. A los 6 meses del alta habían fallecido el 28,5% de los pacientes, 44% acudieron a urgencias y 30,5% fueron hospitalizados. El análisis multivariante no mostró relación entre las variables estudiadas y la mortalidad. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre polimedición y visitas a urgencias (OR 2,62; IC95% 1,07-6,40; $p = 0,034$), e hiperpolimedición y reingresos (OR 2,49; IC95% 1,25-4,93; $p = 0,009$). No se obtuvo significación estadística con el resto de factores.

Conclusiones: En nuestra población de ancianos complejos hospitalizados, la polifarmacia es el factor de riesgo relacionado con la medicación más importante asociado a las visitas a urgencias y los reingresos hospitalarios.

OC-021. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE AGUDOS

E. Martínez Suárez, A. Oller Bonache, M. Méndez Brich, N. Morón Carande, J.A. Martos Gutiérrez y R. Cristófol Allue
Consorti Sanitari del Maresme, Mataró.

Introducción: La patología en el anciano puede tener sintomatología atípica a la del adulto siendo importante un abordaje y manejo integral en una unidad especializada permitiendo una valoración y tratamiento multidisciplinar adecuando.

Objetivos: Descripción del impacto del delirium, la edad y la funcionalidad en la población geriátrica que ingresa en una unidad hospitalaria de agudos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de cohortes de pacientes ingresados en la UGA, entre 1 de mayo y 31 de agosto de 2016. Definiendo paciente geriátrico: > 75 años, criterios de fragilidad y síndromes geriátricos concomitantes.

Resultados: Se analizaron 152 pacientes [97 mujeres (68,2%)], edad media 86,5 años. Procedencia de domicilio 59,6%, residencia 36,1% y centro sociosanitario (CSS) 4,3%. De los pacientes ingresados sin tratamiento previo neuroléptico (70,5%) 16,54% presentaron clínica compatible con SCA, siendo 43,48% de perfil hiperactivo. En contrapartida de los pacientes en tratamiento neuroléptico (29,5%) 9,35% presentan SCA, 61,5% de los mismos hiperactivos. De los derivados a residencia y centros de larga estancia tienen una edad media superior (88 y 87 años respectivamente) que los derivados a domicilio y CSS (85,5 y 85 años) sin haber diferencias significativas en el índice de Barthel (IB) intrahospitalario. Por otro lado la media de edad de los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Paliativos y aquellos que son exitus durante el ingreso presentan una edad media superior (88,5 y 89 años) en ambos casos un IB < 20/100 puntos en comparación a los otros grupos con resultado estadísticamente significativo ($p = 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes de características geriátricas que ingresan en la UGA, son la mayoría mujeres > 80 años. De los que desarrollan SCA el 63,89% no recibían tratamiento neuroléptico previo y esta proporción representa el doble respecto a los que reciben tratamiento neuroléptico habitual (riesgo de SCA multiplicado por 2). El destino al alta está supeditado a la posibilidad de mejoría funcional y control síntomas mediante ajuste de enfermedades crónicas y tratamiento, siendo los pacientes con menor edad media los más idóneos para realizar estancia en CSS. Es necesaria una valoración integral de los pacientes geriátricos así como valorar los recursos al alta y adecuar el destino y el tratamiento ajustado al pronóstico.

OC-022. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE CATALUNYA, AÑO 2016

I. Bullich Marín¹, E. Limón Cáceres², E. Fondevilla Sala², P. Sánchez Ferrín¹, M. Serrano Godoy³, F. Gudiol Munté⁴ y C. Cabanes Durán¹

¹Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona. ²Institut Català d'Oncología-Hospital Duran i Reynals, L'Hospitalet de Llobregat. ³Hospital Universitari de Santa Maria, Lleida. ⁴Universidad de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: 1) Estudiar la prevalencia y el tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en los centros sociosanitarios (CSS) de Cataluña; 2) Definir las características de los CSS y los recursos dedicados a la prevención.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en noviembre de 2016 en 84 CSS de Cataluña. Los datos de prevalencia de IRAS fueron recolectados un día por CSS de aquellos pacientes ingresados > 24h. Se utilizó una versión modificada del cuestionario "Healthcare-Associated Infections in European Long-Term care Facilities" online que recoge: características del centro, recursos humanos dedicados a la prevención y disposición de protocolos de actuación frente a IRAS.

Resultados: Participaron 84 CSS. La población estudiada constaba de 7.249 sujetos. La prevalencia de IRAS fue del 9,1% (665), mayor prevalencia en subagudos (314/10,5%). La infección urinaria fue la más común (252/37,9%) seguida de la del tracto respiratorio (238/36,8%). El 12% de los sujetos estaba con antibióticos, la mayoría recetados de forma empírica (67,6%). El amoxi-clavulánico fue el más utilizado (30,6%). El 71% de las infecciones no tenía cultivos practicados y el microorganismo aislado más frecuente fue el *E. coli* (10,2%). Entre las características de los CSS destacan: el 41,8% (59) tenía relación con el hospital de referencia. El 50% CSS disponía de personal dedicado al control de la infección, mayoritariamente con dedicación parcial. El 86% de CSS disponía de protocolos en higiene de manos, SARM y prevención de UPP. Sólo 63 CSS disponían de protocolo de prevención de la bacteriemia de catéter vascular y 49 para la prevención de la neumonía.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de IRAS en CSS de Cataluña. También una elevada frecuencia de las prescripciones de antibióticos de forma empírica. La mayoría de CSS disponen de profesionales dedicados al control de las IRAS, aunque con dedicación parcial. No todos los centros disponen de comisión de infecciones, que es un elemento fundamental para establecer una política de control de las IRAS. Las grandes diferencias entre los CSS dificultan la comparativa de los datos, siendo necesario establecer grupos homogéneos para determinar los factores de riesgo estructurales de los CSS.

OC-023. CONCORDANCIA ENTRE LA COMPLEJIDAD OBSERVADA DESDE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS, CON ENFERMEDAD AVANZADA O AL FINAL DE LA VIDA MEDIANTE UN MODELO DE ABORDAJE DE LA COMPLEJIDAD

M. Esteban Pérez¹, J. Fernández Ballart², R.M. Boira Senllí¹, T. Martínez Serrano¹, S. Nadal Ventura¹ y G. Castells Trilla¹

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus. ²Universitat Rovira i Virgili, Facultat de Medicina, Reus.

Introducción: Se plantea la validez de un modelo integral de atención a la complejidad (6 áreas: clínica, psicoemocional, sociofamiliar, espiritual, ética, relacionada con la muerte, y 3 niveles: baja, media, alta) modulador de la intervención de los equipos de soporte domiciliarios PADES (baja complejidad: atención puntual, media: conjunta pactada, alta: intensa) como instrumento en la gestión de casos complejos.

Objetivos: Conocer la concordancia existente entre la complejidad observada desde diferentes niveles asistenciales en pacientes crónicos complejos, avanzados y terminales mediante un modelo de abordaje de la complejidad.

Métodos: Fuente: base datos PADES. Participantes: referentes/caso APS, PADES, especialista -ESP. Muestra: pacientes atendidos por un equipo PADES en 2015. Variables: edad, sexo, tipología paciente (oncológico, no oncológico), clasificación pronóstica (paciente crónico complejo -PCC-, avanzado -PA-, terminal -PT-). Complejidad detectada e intensidad intervención PADES/caso según APS, PADES, ESP. Estudio transversal observacional. Estadígrafos: kappa de Cohen y X2 (comparación kappas). Análisis: IBM SPSS-23 y Epidat-3.1.

Resultados: Resultan 500 pacientes (54,3% mujeres, 64,8% ³ 80 años), 26,8% oncológicos y 51,8% PCC, 26,4% PA y 21,8% PT. Complejidad detectada: media/alta, con 3-4 áreas afectadas -64,2%- (clínica, psicoemocional, sociofamiliar, ética). Concordancias en la intensidad intervención PADES con APS y ESP: los índices kappa son buenos o muy buenos (> 0,80) a nivel global, tanto con APS -kappa 0,92 (IC95% 0,89-0,95)- como con ESP -kappa 0,83 (IC95% 0,78-0,87)-. Esta elevada concordancia se mantiene también y es homogénea cuando se analiza según la tipología y la clasificación pronóstica del paciente. Únicamente con ESP existen diferencias entre categorías, siendo $p < 0,0001$ para todos los kappas presentados.

Conclusiones: El modelo de complejidad explorado resulta adecuado para la gestión y derivación interniveles de casos complejos, inde-

pendientemente de la tipología clínica (oncológico o no) y de la situación pronóstica del paciente.

OC-024. 3D (DECLIVE, DELIRIUM, DOMICILIO): UN NUEVO SISTEMA DE TRIAJE DE URGENCIAS ADAPTADO A LA COMPLEJIDAD

J. Aligué Capsada, D. García Pérez, M. Royuela Juncadella, C. Gallardo Martínez, M. Carbonell Uró, J. Zorrilla Riveiro y M.A. Baraldés Farré

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa-Fundació Privada, Manresa.

Objetivos: El hospital de día de crónicos (HDC) es un recurso asistencial creado como consulta de alta resolución del paciente anciano pluripatológico. El 2014 inicia un nuevo reto: atender a pacientes pluripatológicos identificados por censo territorial (no propio) que acuden al Servicio de Urgencias (SUH) por disnea, fiebre, anemia (conocida) y malestar general con un nivel de triaje 3-4 (según Sistema de Triaje Español realizado por enfermería). Se propone la "valoración geriátrica exprés" o "3D" como regla mnemotécnica de "Declive", "Delirium" y "Domicilio". Si el declive no es agudo (24-48 horas), no tiene delirium y hay buen soporte domiciliario, se deriva a HDC.

Métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes derivados del SUH a HDC de un hospital comarcal desde el 1 de junio de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2016 mediante el sistema de triaje 3D. Se valora: edad, sexo, índice de Charlson (hasta mayo 2016), diagnósticos, destino y mortalidad a los 6 meses (hasta mayo 2016).

Resultados: De 2400 visitas espontáneas atendidas en HDC en este periodo: 1.023 (42,6%) fueron derivadas a HDC a través del sistema de triaje de las "3D". El resto procedían de Atención Primaria. Edad media: 84,2 años. Índice de Charlson: 2,28. Los diagnósticos más frecuentes fueron: descompensaciones respiratorias 377 (36,85%), descompensaciones cardíacas 263 (25,70%), anemia 78 (7,6%) e infecciones urinarias 52 (5%). Destino: domicilio 545 (53,27%), hospitalización a agudos 367 (35,87%), hospitalización a subagudos 59 (5,76%) y hospitalización a domicilio (UHAD) 52 (5%). Mortalidad a los 6 meses: ingresados (agudos, subagudos y UHAD) 21%, alta a domicilio 13% ($p < 0,05$).

Conclusiones: El HDC es un buen recurso para descongestionar el SUH a expensas del paciente anciano pluripatológico, permitiendo adecuar el lugar de asistencia y la intensidad de tratamiento en estos pacientes. El HDC está centrado en la persona y sus necesidades, a diferencia de los hospitales de día centrados en enfermedad. El sistema de triaje 3D permite derivar del SUH a HDC a pacientes ancianos pluripatológicos descompensados y de atención no inmediata para ser atendidos por un equipo especializado, adecuando el sitio de asistencia y la intensidad de tratamiento.

OC-025. IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA SOBRE LAS PRESCRIPCIONES FARMACOLÓGICAS EN ANCIANOS

M. Gutiérrez-Valencia¹, I. Beobide-Tellería², A. Ferro-Uriguen², M.P. Monforte-Gasque¹, M. Gonzalo-Lázaro¹, M. Elviro-Llorens³ y N. Martínez-Velilla¹

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ²Centro Médico Ricardo Bermingham Fundación Matia, Donostia-San Sebastián. ³Fundación Vianorte-Laguna, Madrid.

Objetivos: Analizar la influencia de la hospitalización en un hospital de media estancia sobre el tratamiento farmacológico en ancianos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes ingresados en las unidades de Rehabilitación, Convalecencia y Psicogeriatría en el periodo de dos meses (noviembre-diciembre 2015) y datos de alta. Se registraron características demográficas, clínicas y medicamentos de la historia clínica electrónica. Se compararon polimedicación (≥ 5 medicamentos crónicos) e hiperpolimedicación

(≥ 10), prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) (criterios de Beers y STOPP-START), interacciones farmacológicas potenciales según Bot Plus y carga anticolinérgica del tratamiento según la Anticholinergic Risk Scale (ARS) al ingreso y al alta hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes ($82,3 \pm 7,6$ años, 68,8% mujeres). El 50% en unidad de Rehabilitación, 34,4% Convalecencia y 15,6% Psicogeriatría. Estancia media $25,9 \pm 11$ días. El 79,2% proviene de hospital terciario, 13,5% del domicilio habitual y 7,3% de otros centros. Tras el alta disminuye el número total de medicamentos ($11,3 \pm 5$ vs $9,8 \pm 3,9$, $p = 0,000$) debido a la disminución de los fármacos temporales/a demanda ($3,0 \pm 2,3$ vs $1,0 \pm 1,5$, $p = 0,000$). Los medicamentos crónicos no aumentan de forma significativa ($8,3 \pm 4,4$ vs $8,8 \pm 3,8$, $p = 0,222$), excepto en Rehabilitación ($8,6 \pm 3,9$ vs $9,9 \pm 3,9$, $p = 0,001$). Aumentan los polimedcados ($77,1\%$ vs $85,4\%$, $p = 0,077$) e hiperpolimedcados ($30,2\%$ vs $41,7\%$, $p = 0,043$). Se halló disminución estadísticamente no significativa de pacientes con criterios STOPP ($86,5\%$ vs $78,1\%$, $p = 0,077$) y criterios Beers ($83,3\%$ vs $79,2\%$, $p = 0,454$); y escasa variación en criterios START ($42,7\%$ vs $45,8\%$, $p = 0,549$). Disminuyeron los pacientes con interacciones farmacológicas ($84,4\%$ vs $72,9\%$, $p = 0,013$) y la media de éstas ($5,0 \pm 4,9$ vs $3,1 \pm 3,2$). Aumentan los pacientes con algún fármaco con actividad anticolinérgica (49% vs $58,3$, $p = 0,078$) y la puntuación de la escala ARS ($0,83 \pm 1,1$ vs $0,93 \pm 1,0$, $p = 0,380$), sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: Tras el ingreso en un hospital de media estancia disminuyen los medicamentos de uso temporal o a demanda, generalmente iniciados en el ingreso previo en unidad de agudos, lo que hace disminuir las potenciales interacciones al alta. No se da un aumento generalizado de medicamentos crónicos. Debemos ampliar los esfuerzos para controlar la elevada prevalencia de polimedicación, PPI, interacciones farmacológicas y fármacos con actividad anticolinérgica que sigue existiendo al alta hospitalaria.

OC-026. IDENTIFICACIÓN DE FRAGILIDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD EN CONTEXTO DE POBREZA Y VULNERABILIDAD SOCIAL

A.X. Araya y E. Iriarte

Universidad Andrés Bello, Atención primaria de salud, Chile.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados con el síndrome de fragilidad de una población de personas mayores que vive en la comunidad en un contexto de pobreza y vulnerabilidad social en dos comunas de Santiago Chile.

Métodos: Estudio analítico, transversal realizado en una muestra aleatoria de 532 personas mayores que viven en la comunidad en dos comunas vulnerables de Santiago de Chile. Se aplicó un cuestionario para medir variables socio-demográficas, de salud, fragilidad (TFI) y valoración geriátrica integral (Barthel, Lawton, MMSE Folstein, Yesavage). Para el análisis de datos se usaron análisis descriptivo y analítico: para variables continuas se usó t Student para muestras independientes y Chi cuadrado para variables dicotómicas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética local.

Resultados: Del total de la muestra, 302 personas mayores fueron clasificadas como frágil (57%) y el resto no ($n = 232$; 43%). Los factores principales y estadísticamente significativos asociados a las personas mayores frágiles fueron: promedio de 73 ± 7 años, ser mujer, viudas(os), vivir solos(as) y con un promedio de escolaridad de 6 ± 3 años. En relación a variables de salud, las personas mayores frágiles tienen más comorbilidad (enfermedades cardiovasculares y del ánimo), polifarmacia y hospitalizaciones, menos puntajes en funcionalidad (AVD, AIVD e Índice de Lawton) y mayores índices de tamizaje de deterioro cognitivo (MMSE) y afectivo (GDS). En relación al TFI, las personas mayores frágiles tuvieron peor evaluación en cada una de las preguntas del test que sus contrapartes no frágiles.

Conclusiones: Este estudio identificó que más de la mitad de la muestra era frágil, siendo población joven (< 75 años) de mujeres con peores indicadores de funcionalidad, estado cognitivo y afectivo aspectos que se ven empeorados aún más su contexto de vulnerabilidad social y pobreza. Es fundamental proporcionar asesoramiento adecuado y direccionar intervenciones específicas para este grupo de forma de reducir el riesgo de resultados adversos en salud que pueden contribuir o ser afectados por la fragilidad.

OC-027. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA ENTRE UN HOSPITAL TERCIARIO Y LAS RESIDENCIAS DE PP. MM. DE SU ÁREA ASISTENCIAL

R. Menéndez-Colino¹, R. Ramírez-Martín¹, I. Martín-Maestre¹, J.M. Muñoz¹, M. Amengual¹, P. Ramos² y J.I. González-Montalvo¹
¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Consejería de Servicios Sociales y Familia, Madrid.

Introducción: Dado el perfil de las personas mayores actualmente institucionalizadas (alta prevalencia de enfermedad y de incapacidad funcional y cognitiva) y su necesidad de uso de recursos sanitarios especializados (40% de frecuentación hospitalaria al año), es conveniente establecer programas de coordinación entre niveles que disminuyan la fragmentación de los cuidados y mejoren la calidad asistencial.

Objetivos: Describir la experiencia de coordinación entre un hospital terciario de 1,100 camas y las residencias de su área, siguiendo un modelo de colaboración entre niveles, continuidad de procesos y atención centrada en la persona.

Métodos: En 2014 se inició un Programa de Coordinación entre la Consejería de Políticas Sociales y Familia y el Hospital Universitario La Paz (Servicios de Geriátrica y de Urgencias) que se extendió posteriormente a los centros residenciales privados. En 2016 existió coordinación con los profesionales sanitarios de 14 residencias y que tenían a su cargo 3.310 residentes de un total de 4.631 plazas totales en el área. Se describe la actividad y resultados de los primeros tres años de funcionamiento.

Resultados: Se realizaron 781 consultas telefónicas de comentario de casos. Se coordinaron una media de 31 ingresos programados preferentes directos/año (sin pasar por Urgencias), con una demora media de 24 horas desde la petición y una estancia media de 4 días. La media de residentes revisados en urgencias fue de 6 al día, de los que ingresaron un 65% y fueron alta a su residencia el 33%. Telemáticamente se realizaron 117 consultas y se inició el seguimiento de 30 pacientes dados de alta tras sufrir fractura de cadera. Mediante la provisión de medicación de uso hospitalario se evitaron 5,3 estancias por paciente y mediante la optimización de medicación se deprescribieron 3 fármacos por residente.

Conclusiones: Los resultados del programa de coordinación con residencias muestran que es posible mejorar la continuidad de los cuidados entre el hospital y la residencia. La mayor eficiencia se consigue mediante la programación de ingresos, la continuidad de tratamientos en la residencia y la optimización de la medicación.

OC4: Atención en distintos niveles asistenciales 2

OC-028. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A. Oller Bonache, E. Martínez Suárez, M. Méndez Brich, N. Morón Carande, J.A. Martos Gutiérrez y R. Cristófol Allue
 Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Introducción: El incremento de la población geriátrica es un hecho establecido, y va asociado a morbimortalidad, pluripatología y fragi-

lidad. Asistir a estos pacientes plantea un reto para los Servicios de Urgencias (SU).

Objetivos: Descripción población geriátrica ingresada desde SU.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos desde SU entre 1 de mayo y 31 de agosto de 2016. Definiendo paciente geriátrico: > 75 años, criterios de fragilidad y síndromes geriátricos concomitantes. Valorando procedencia, motivo de ingreso, índices de Charlson y Barthel (IB), destino al alta.

Resultados: Se analizaron 152 pacientes [97 mujeres (68,2%)], media de edad 86,5 años. Procedencia: domicilio 59,6%, residencia 36,1% y centro sociosanitario (CSS) 4,3%. Motivo de ingreso: insuficiencia respiratoria 51,77%, infección respiratoria 38,29% [n = 54; 22 broncoaspirativas] e infección urinaria 26,95%. Pronóstico, todos los pacientes tenían un Charlson \geq 3. Funcionalmente (IB) 4,3% presentaban puntuaciones > 90, 19,1% entre 61-90 (dependencia moderada), 44% IB 21-60 (dependencia severa), y 31,9% IB < 20 (dependencia total). Destino al alta: domicilio el 34,04%, con un IB medio 21-60. Exitus intrahospitalario únicamente el 5,9%. Polifarmacia: el 7,1% de los pacientes tomaban < 5 fármacos, 53,9% entre 5-10 y 39% > 10. De los pacientes ingresados el 30,5% tomaban neurolépticos previo al ingreso.

Conclusiones: Los pacientes de características geriátricas que ingresan desde el SU, son en la mayoría mujeres > 80 años. Un IB bajo indica pronóstico desfavorable, a la vez que, observamos que menos de un 20% de los pacientes presentan autonomía totalmente preservada (IB > 90). Nos enfrentamos a un perfil de pacientes con deterioro funcional moderado-grave en la mayoría de casos, requiriendo necesidades añadidas a la asistencia médica a urgencias. Es vital realizar un correcto manejo de estos pacientes, para poder adecuar el diagnóstico y tratamiento, teniendo en cuenta por otro lado que la polifarmacia genera visitas a urgencias e ingresos hospitalarios derivado de efectos adversos e incorrecta prescripción. El destino al alta a domicilio es minoritario, ya que la autonomía es limitada y las comorbilidades son elevadas.

OC-029. ANÁLISIS ECONÓMICO DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE UNA UNIDAD DE CRÓNICOS-PLURIPATOLÓGICOS

R. Rodil Fraile, V. Malafarina y G. Tiberio
 Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los pacientes ancianos sufren de múltiples enfermedades crónicas, progresivas e incapacitantes, que a menudo requieren hospitalizaciones. La hospitalización a domicilio (HADO) es una nueva modalidad de atención que se centra en la hospitalización en el hogar del paciente, para evitar la morbilidad asociada con hospitalizaciones convencionales (HC). Para abordar la atención de los pacientes pluripatológicos (PPP), se ha creado la Unidad del Crónico-Pluripatológico (UCP). El objetivo del estudio fue la evaluación económica de diferentes alternativas de hospitalización de los pacientes en seguimiento en la UCP del Complejo Hospitalario de Navarra.

Métodos: Estudio observacional. Pacientes PPP de la UCP que han requerido ingreso, ya sea en HC o HADO, durante 8 meses.

Resultados: Hubo 133 ingresos. De los pacientes ingresados en HADO, el 55% (46) procedían de la UCP versus el 4% (2) que procedían de Urgencias. De los pacientes que ingresan en HC, el 45% procedían de la UCP versus el 96% que procedían de Urgencias. Además, el 31% de los pacientes que ingresaban en HC presentaban un alta precoz a HADO. La media de días de hospitalización en HADO desde UCP y Urgencias fue de 9,05 y 9 días, sin diferencias significativas. En relación a la estancia en HC, la media de días fueron de 6,72 y 7,87 días desde Urgencias y UCP, respectivamente. El coste asociado de los pacientes derivados de la UCP fue de 4.100 euros por paciente, en comparación con 4.700 euros por paciente de los derivados desde Urgencias.

Conclusiones: La HADO es una alternativa para el manejo de PPP con el fin de evitar la morbimortalidad asociada a los ingresos, además

del ahorro económico. Probablemente, el 31% de los pacientes que fueron dados de alta precoz con HADO podrían haberse evitado el ingreso en plantas de HC si se hubiese realizado una evaluación previa en la UCP.

OC-030. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PARA ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. ANÁLISIS DE AISLAMIENTOS MICROBIOLÓGICOS Y ANTIBIOTERAPIA INTRAVENOSA

A.I. Palomo Iloro, N. Mena Hortelano, J. Medina Miralles, E. Zamudio López, A. Domínguez Sánchez y M. Mirón Rubio
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz.

Objetivos: Conocer los procesos atendidos por la unidad de hospitalización domiciliaria (UHD) en residencias de ancianos. Analizar los aislamientos microbiológicos y los tratamientos antibióticos intravenosos.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes institucionalizados atendidos por la UHD del Hospital Universitario de Torrejón durante los años 2015 y 2016.

Resultados: Se incluyeron un total de 114 pacientes que generaron 181 episodios. El 64% eran mujeres con una edad media de 88,08 ± 6,5 años. Fueron derivados por Medicina Interna en el 48,1% y por urgencias en el 29,3%. Un 17% fue atendido en la residencia sin paso previo por el hospital. Los principales procesos atendidos fueron infección urinaria (ITU) (29,8%), infección respiratoria aguda o reagudización de EPOC (25,4%), insuficiencia cardiaca (7,7%) y úlceras crónicas sobreinfectadas (6,1%). El 16,6% corresponden a recambios de sonda de gastrostomía. La estancia media, descartando estos últimos, fue de 7,84 ± 4,6 días. El 90,1% de los pacientes fue dado de alta en la propia residencia, el 3,3% falleció en la residencia y sólo el 6,6% de los pacientes requirió reingreso en el hospital. Se consiguieron 98 aislamientos microbiológicos. Los gérmenes más frecuentes fueron enterobacterias BLEE (36,8%), *Proteus mirabilis* (17,3%), *Pseudomonas* (12,2%) y *E. coli* no BLEE (9,2%). Se administraron 121 ciclos antibióticos intravenosos en un total de 112 episodios (supone 86% de los episodios por procesos infecciosos). El antibiótico más frecuentemente pautados fueron ertapenem (38%), ceftriaxona (17,4%), otros carbapenémicos (15,7%) y piperacilina-tazobactam (11,6%). En las ITU, se consiguió aislamiento microbiológico en el 96,2% de los episodios, siendo las enterobacterias BLEE y el *Proteus mirabilis* los más frecuentes. En todos los casos se administró antibioterapia iv, siendo un carbapenémico en el 73,3%. En la patología infecciosa respiratoria, se consiguió aislamiento en el 21% de los episodios (neumococo y *Pseudomonas* principalmente). Se pautó antibioterapia iv en el 71% de los episodios, siendo los más utilizados piperacilina-tazobactam, ceftriaxona y ertapenem.

Conclusiones: Los pacientes institucionalizados de nuestra muestra presentan una alta incidencia de gérmenes multirresistentes, requiriendo antibioterapia iv frecuentemente. La hospitalización domiciliaria puede ser una buena alternativa para el tratamiento y control de estos pacientes frente al ingreso convencional.

OC-031. EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL INGRESO EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DE GERIATRÍA FRENTE AL RESTO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA DE 5 AÑOS AJUSTADA POR GRD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

C. Mauleón, R. Menéndez-Colino, R. Ramírez-Martín, S. Hernández, F. Sanz, F. Robles y J.I. González-Montalvo
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La ocupación de las camas hospitalarias por pacientes mayores es elevada y este hecho será aún más marcado en los próximos años. Las estancias suelen ser más prolongadas en estos pacientes. Para un buen uso de las camas hospitalarias en un escenario de recursos limitados como en el actual es muy importante que los hos-

pitales se adapten potenciando las estructuras que manejen las hospitalizaciones con la mayor eficiencia posible.

Métodos: Este estudio se realizó en un complejo hospitalario de 1.100 camas que dispone de dos unidades de agudos de Geriátría (UGA), una con 10 camas en el edificio del hospital general y otra con 22 camas en otro hospital adscrito al mismo situado a 15 Km. Se eligieron los 15 GRD más frecuentes en Geriátría. Se compararon las estancias de las altas en ambas UGAs durante 5 años con las altas de los pacientes mayores de 75 años en el resto de servicios. Los resultados de cada UGA se compararon con los de su propio centro del complejo hospitalario.

Resultados: Las UGA tuvieron sistemáticamente estancias menores que el resto de servicios. Las diferencias en la unidad del hospital general fueron del 22% (9,2 frente a 11,7 días) en 2011, 16% (9,3 frente a 11,1 días) en 2012, 21% (9,3 frente a 11,1 días) en 2013, 34% (7,4 frente a 11,1 días) en 2014 y 25% (8,3 frente a 11 días) en 2015. Las diferencias en la unidad del hospital de apoyo fueron del 18% (10,4 frente a 12,7 días) en 2011, 19% (9,5 frente a 11,7 días) en 2012, 25% (8,8 frente a 11,7 días) en 2013, 24% (8,8 frente a 11,6 días) en 2014 y 32% (9 frente a 13,1 días) en 2015.

Conclusiones: Las Unidades de Agudos de Geriátría son más eficientes que el resto de servicios médicos del hospital en el ingreso de pacientes mayores de 75 años. Las diferencias en las estancias medias ajustadas por GRD son muy notables con una media del 24% inferiores tanto en el hospital general como en el hospital de apoyo de un mismo complejo hospitalario.

OC-032. CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS DE PACIENTES INFECTADOS GENERADAS POR UN EQUIPO INTERCONSULTOR DE GERIATRÍA EN URGENCIAS

M. Bermúdez, G. Guzmán, O. Saavedra, B. Cámara, C. Herrero, M. Fernández y J.J. Solano
Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Valorar el impacto de un equipo interconsultor de Geriátría a la hora de valorar ancianos con patología infecciosa en un servicio de urgencias hospitalario.

Métodos: Prospectivo descriptivo de pacientes ancianos infectados en Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel durante 6 meses, con solicitud de ingreso en Geriátría. Establecimos neumonía aquellos con condensación neumónica en Rx tórax no conocida, e Infección del tracto urinario a piuria en sedimento urinario. Análisis estadístico (SPSS) para comparaciones mediante Chi², 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 clasificados con mínimo Urgente (amarillo) 96,4%. Frágiles 51,4%. Antibiótico en Urgencias 62,2% y en 4 horas 39,9% previo a valoración por geriatra. 73,6% presentaron clínica atípica (neumonía 66,3%, ITU 84,7%). La presencia de sintomatología exclusivamente atípica fue del 27% (neumonía 11,2%, ITU 51%). 14,9% de los pacientes fueron altas a domicilio por el equipo de geriatría en urgencias, de pacientes con petición de ingreso por Urgencias. Ninguno precisó ingreso hospitalario al menos en el mes siguiente al alta. Edad 87,14 años, mujeres 72,7%, 50% viven con familia, IB previo 32,05 puntos (32,45), 77,3% con deterioro cognitivo, 77,3% frágiles. Inicio de antibiótico en urgencias 90,6% y en las primeras 4 horas el 45,5%. Triados según Manchester 95,4% con mínimo urgentes (amarillo). Presencia de clínica atípica el 86,4% y sin síntomas típicos el 54,5%. Alta por Geriátría se asoció estadísticamente con presencia de clínica atípica sin síntomas típicos (p = 0,002), haber iniciado antibiótico (p = 0,003), fragilidad (p = 0,008), IB ≤40 (p = 0,003) y deterioro cognitivo (p = 0,001). Análisis multivariable sobre variables estadísticamente significativas, quedan en la ecuación el deterioro cognitivo (p = 0,002) y toma de antibiótico en urgencias (p = 0,006).

Conclusiones: Un equipo interconsultor de Geriátría en urgencias evita un alto porcentaje de ingresos innecesarios en pacientes ancianos con patología infecciosa. Las altas generadas son fundamentalmente de pacientes con gran complejidad por su presentación clínica, con mala situación basal y con inicio de tratamiento en Urgencias.

OC-033. UTILIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL PARA MEJORAR LA EFICACIA DIAGNÓSTICA EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA AL PACIENTE GERIÁTRICO

S.M. Bidó Cipián¹, G. Cristofori¹, Z. Rivas García¹, M.V. Mejía Ramírez de Arellano¹, M. Sánchez del Corral Guijarro², R. Ortiz Hernando² y F. Sánchez del Corral Usaola¹
¹Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. ²Universidad CEU San Pablo, Madrid.

Objetivos: Describir y cuantificar los diagnósticos y problemas de salud no conocidos y/o no tratados previamente (DPSNCT), evidenciados mediante la valoración geriátrica integral (VGI) al paciente geriátrico domiciliario (PGD). Conocer si existe un perfil de PGD con un mayor número de DPSNCT, definido por factores demográficos, clínicos, funcionales, mentales y/o sociales asociados. Posteriormente, difundir los resultados entre los profesionales de Atención Primaria, como ayuda al Programa de Atención Domiciliaria, para mejorar la asistencia al PGD.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de una muestra de 100 historias clínicas de PGD del distrito de Tetuán (Madrid), atendidos por una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria, durante los años 2010 a 2015. Como variable dependiente se recogieron los siguientes DPSNCT: Diagnósticos clínicos. Síndromes y problemas geriátricos: incontinencia urinaria y fecal, úlceras por presión, caídas, inmovilismo, deterioro cognitivo, depresión, desnutrición, polifarmacia, estreñimiento, alteraciones de los sentidos, dolor, disnea, insomnio, disfagia, problemas de la boca, trastornos del comportamiento, terminalidad, fragilidad social, sobrecarga del cuidador. Un total de 59 variables independientes, recogidas habitualmente en la VGI: sociodemográficas, clínicas, funcionales, mentales, síndromes geriátricos y otros problemas frecuentes en el PGD.

Resultados: Se estudiaron 100 PGD; edad media: 88,2 (6,2) años; 72% mujeres; duración del seguimiento: 27,4 (27,9) días; Índice de Barthel: 45,2 (30,1). Número de DPSNCT: 2,5 (1,6); entre 0 y 9. Principales DPSNCT: 1. Síndrome depresivo: 32% 2. Deterioro funcional rehabilitable: 17% 3. Déficit de vitamina D: 15% 4. Deterioro cognitivo: 13% 5. Trastornos de personalidad: 12% 6. Disfagia: 11% 7. Parkinsonismos: 11% 8. Fragilidad social: 10% 9. Estreñimiento: 9% 10. Infección urinaria: 7% 11. Insuficiencia cardíaca: 6% 12. Anemia: 6%. No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre el número de DPSNCT y las variables independientes estudiadas.

Conclusiones: La asistencia domiciliaria habitual prestada por Atención Primaria al PGD no detecta un importante número de DPSNCT. La eficacia de la VGI realizada al PGD es elevada. No se ha podido definir un perfil de PGD asociado a un mayor número de DPSNCT.

OC-034. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR Y SOCIO-SANITARIA (UFISS) Y SU TRAYECTORIA

A. Torné Coromina, S. Ortega, M. Garriga, Á. Aloy, L. de Haro, M. Salvador y M. Llonch
 Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Introducción: El envejecimiento poblacional plantea un reto a los profesionales. Todas las especialidades atienden pacientes geriátricos que precisan de una visión holística y una atención multidisciplinar.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes hospitalizados fuera de las áreas de Geriátría en los que se solicita valoración por una Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio-Sanitaria (UFISS) y qué factores pueden relacionarse con su destino al alta.

Métodos: Estudio descriptivo y comparativo de los pacientes con alta a domicilio respecto a centro de atención intermedia (CAI) atendidos por la UFISS de Geriátría entre 12-1-17 y 14-3-17. Se recogen variables de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), grado de fragilidad (*Clinical Frailty Scale* (CFS), destino al alta y uso de recursos en los 6 meses previos. Análisis estadístico con SPSSv21 considerándose un nivel de significación estadística 5%.

Resultados: Incluidos 70 pacientes, con una media de edad de 80 (± 8) y del índice de Barthel (IB) de 75,5 ($\pm 23,2$). 35,7% (25) viven solos, 47,1% (33) presentan deterioro cognitivo, 55,7% (39) son dependientes por ≥ 1 actividad instrumental, 67,1% (47) presentan ≥ 2 síndromes geriátricos previos y 56,4% (39) adquieren uno durante el ingreso. El 52,9% (37) tienen un grado de fragilidad ≥ 4 de la CFS. Un 80% (56) presentan polifarmacia (≥ 5 fármacos) con una media de 8 (± 4) fármacos/persona. 51,4% (36) han sido visitados ≥ 1 ocasión en urgencias y un 30% (21) hospitalizados en los 6 meses previos. El destino al alta: 40 (57,1%) ingresan en CAI: 70% Unidad de Rehabilitación, 15% Cuidados Paliativos, 15% Larga Estancia-Psicogeriatría. 26 (37,1%) domicilio, 2 (2,9%) Residencia *de novo* y 2 (2,9%) exitus. Los pacientes que ingresan en CAI respecto a los que vuelven a domicilio presentan una mayor pérdida de Barthel (37,63 ± 17 vs 14 $\pm 14,28$) ($p = 0$), una CFS-basal superior (4,6 $\pm 1,5$ vs 3,73 $\pm 1,8$) ($p = 0,043$) y mayor número de síndromes geriátricos adquiridos durante el ingreso (1,53 $\pm 1,3$ vs 0,42 ± 1) ($p = 0,01$).

Conclusiones: La UFISS valora pacientes de edad avanzada, frágiles, con síndromes geriátricos y con un elevado uso de recursos. La pérdida funcional, el grado de fragilidad y los síndromes geriátricos adquiridos durante el ingreso se relacionan con el destino al alta. La rehabilitación precoz y la prevención de síndromes geriátricos durante la hospitalización podrían mejorar los resultados de salud de los pacientes y disminuir los ingresos en CAI. La VGI nos ayuda adecuar recursos según necesidades.

OC-035. FACTORES ASOCIADOS AL DOLOR DEL PACIENTE GERIÁTRICO (PERFIL CRÓNICO DE ALTA COMPLEJIDAD) EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

M. Moral Carretón¹, G. Cristofori², C. Palicio Martínez², B. Pallardo Rodil² y J. Gómez Pavón²

¹Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles. ²Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid.

Objetivos: Evaluar los factores asociados al dolor crónico del paciente geriátrico de perfil crónico de alta complejidad en una unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes valorados por el Programa de Atención Geriátrica Domiciliaria del Servicio de Geriátría de un Hospital universitario y acreditado MIR de Madrid, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2015. Se revisaron todas las historias clínicas según protocolo. Se estudiaron los factores asociados a la variable dependiente principal (dolor, tipo de dolor e intensidad del dolor) tanto al ingreso como al alta del programa. Valor de $p < 0,05$, con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: N = 150 (69% mujeres, 87,11 $\pm 6,55$ años). Presencia de dolor al ingreso 116 (77,3%). Las mujeres presentaron más prevalencia de dolor al ingreso (75,9% vs 47,1%, $p < 0,001$). El dolor se asoció a presencia de síndromes geriátricos muy incapacitantes: depresión (75% vs 47,1%, $p = 0,007$), insomnio (66,4% vs 41,2%, $p = 0,008$), anorexia (4,3% vs 14,7%, $p = 0,03$) y negativa a la ingesta (5,2% vs 17,6%, $p = 0,01$). En aquellos pacientes con mal control del dolor, el número de fármacos fue significativamente mayor (13,89 $\pm 2,98$ vs 10,60 $\pm 4,38$, $p < 0,028$). Los factores principales asociados a un mal control del dolor fueron el trastorno afectivo, especialmente depresión (22% vs 4,3%, $p = 0,02$) así como la presencia de síntomas psicóticos en el paciente con demencia.

Conclusiones: El dolor en nuestra población tiene una alta repercusión sobre la esfera afectiva, con una alta prevalencia de depresión e insomnio, además de relacionarse con trastornos nutricionales como

negativa a la ingesta y anorexia. Su mal control se asocia a prescripción de mayor número de fármacos, siendo los principales factores asociados la presencia de trastorno afectivo y de síntomas psicóticos en pacientes con demencia.

OC-036. UNIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Bermejo Boixareu, A. Medina Carrizo, I. Roch Hamelin, V. Saavedra Quirós, A. Sánchez Guerrero y R. Capilla Pueyo
Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Introducción: Los pacientes institucionalizados presentan un alto grado de dependencia funcional y cognitiva, comorbilidad y patologías que requieren atención en urgencias con alto porcentaje de ingreso y estancias prolongadas en dicho servicio.

Objetivos: Implantación y evaluación de una unidad adaptada a pacientes institucionalizados en el servicio de urgencias de un hospital terciario.

Métodos: Implantación y estudio longitudinal de una unidad especializada en la atención de pacientes institucionalizados en un hospital terciario. Se realizó el diseño de la unidad con materiales para adaptar la unidad a pacientes geriátricos, protocolos de actuación de las patologías más prevalentes, circuitos con las unidades más interconsultadas por estos pacientes. No implicó más recursos personales. El servicio Farmacia y enfermería de continuidad asistencial formaban parte de la atención integral y multidisciplinar de los pacientes atendidos. Se desarrollaron reuniones con los médicos de las residencias y con un hospital de apoyo con unidad especializada en la atención de pacientes institucionalizados. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, geriátricas incluyendo nutrición, seguimiento al alta, reingreso y mortalidad. El servicio de gestión analizó los resultados de los primeros tres meses.

Resultados: Es una unidad de 12 camas en la sala de observación del servicio de urgencias. Tiene un teléfono de atención las 24 horas para los médicos de residencia. Los tres primeros meses se han valorado 1.035 pacientes en esta unidad. Se han dado de alta al 60,26% de estos pacientes. La estancia media en urgencias ha sido de 17 horas y 43 minutos. Se han administrado 15 tratamientos intravenosos y 110 traslados a Hospital de apoyo. El servicio de farmacia ha realizado la conciliación de la medicación con 305 pacientes. Enfermería de continuidad asistencial ha realizado en la semana siguiente al alta llamadas a 213 pacientes según la escala ISAR. El shortMNA presenta riesgo de malnutrición o malnutrición en un alto porcentaje de estos pacientes por lo que se han modificado las dietas del hospital.

Conclusiones: La valoración integral, multidisciplinar, continuada y adaptada en un servicio de urgencias disminuye la estancia hospitalaria de este grupo de pacientes.

OC5: Comorbilidad. Mortalidad

OC-037. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN LA DISFAGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Pérez Campos¹, S. del Rey Vitó¹, J. González Valdivieso², M. Capo Pallás², M. Quero², I. Cots² y C. Fernández Martínez¹
¹CAP Terrassa Est, Terrassa. ²Hospital de Terrassa, Terrassa.

La disfagia es la alteración o dificultad en la deglución. Se considera un síndrome geriátrico y es altamente prevalente en dicha población: 30-40% en la comunidad y 60% en Residencias, en AVC y Neurodegenerativas del 50 y 80% respectivamente. Tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida y pronóstico con alto riesgo de malnutrición, deshidratación, infecciones pulmonares, reingresos, discapacidad,

institucionalización y mortalidad. En su evaluación y tratamiento participan equipos multidisciplinares con formación específica. Una anamnesis y exploración dirigidas realizada por el equipo de atención primaria permitiría un buen diagnóstico y manejo. El objetivo de nuestro estudio es incrementar su detección precoz, realizar una intervención específica, disminuir las complicaciones asociadas y mejorar la calidad de vida. Para su consecución se creará una Unidad de Disfagia en el propio centro de atención primaria. Se efectuará una prueba piloto en un centro de atención primaria con una población de unos 27.000 hab. La población diana: mayores de 75 años con diagnóstico de demencia, enfermedad de Parkinson y enfermedad cerebro-vascular (aproximadamente 501). Más adelante se hará más extensivo al resto de la población en riesgo. Los pacientes serán visitados por dos equipos de 1 médico y 1 enfermera, en agendas semanales de 1.5 horas (1 hora para primeras visitas y 30' para visitas sucesivas). Los pacientes domiciliarios serán visitados por el equipo UFC (Unidad Funcional de Crónicos). El equipo ha sido previamente formado mediante un curso teórico-práctico organizado por el equipo multidisciplinar de abordaje de la disfagia hospitalaria del hospital (logopeda, geriatra, nutricionista y farmacéutico). En las visitas se realizará: 1. Test de cribaje EAT-10. 2. Historia clínica dirigida. 3. Exploración física. 4. Prueba del agua (DePippo)/MECV. 5. Tratamiento dietético de la disfagia. 6. Estrategias y maniobras facilitadoras de la deglución. 7. Tratamiento rehabilitador de la disfagia. 8. Revisión/conciliación de la medicación. El paciente será reevaluado a los 3 y 6 meses. Fecha de implantación: febrero 2017.

OC-038. MODIFICACIÓN DEL GRADO FUNCIONAL Y MORTALIDAD A MEDIO-LARGO PLAZO EN PACIENTES ANCIANOS PORTADORES DE MARCAPASOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO

P. Pérez Díaz, R. Frías García, V. Mazoterías Muñoz, J. Jiménez Díaz, F. Higuera Sobrino, J. Piqueras Flores y R. Maseda Uriza
Hospital General, Ciudad Real.

Objetivos: Los marcapasos son el tratamiento de elección de las bradiarritmias sintomáticas, originadas generalmente por la degeneración del sistema de excitación-conducción. El aumento de la esperanza de vida ha condicionado un incremento en el número de implantes de marcapasos en los últimos años. Diseñamos un estudio para describir grado funcional y mortalidad a medio y largo plazo de pacientes ancianos con marcapasos, y detectar diferencias entre los distintos modos de estimulación.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo a 308 pacientes ancianos con implante de marcapasos en un hospital universitario desde 2012 hasta 2014. Se registraron las características basales, índices de Barthel, Escala Funcional de la Cruz Roja (CRF), indicación del implante, modos de estimulación, cambio del grado funcional y mortalidad a medio-largo plazo. Un análisis de subgrupos de 186 pacientes mayores de 80 años analizó complicaciones, eventos cardiovasculares y mortalidad cardiovascular y por cualquier causa al final del seguimiento. El tiempo medio de seguimiento fue 3,5 años.

Resultados: Las características basales en los grupos con estimulación ventricular y fisiológica fueron similares entre ambos grupos. La tasa de mortalidad global fue 22,34%, 25,29% y 17,32%, en 2012, 2013 y 2014 respectivamente, pero 9,17% y 8,5% en individuos de similar edad y sexo en 2012 y 2013 (no datos disponibles para 2014). La mortalidad a uno, dos y tres años resultó inferior en pacientes con dispositivos fisiológicos ($p < 0,001$), e inferior en el modo VDD con respecto al DDD ($p = 0,043$). La mediana de variación del índice de Barthel fue -10 puntos, con rango intercuartílico 17,5 (mayor en modos de estimulación ventricular). El modo de estimulación ventricular actuó como predictor independiente de mortalidad en individuos mayores de 80 años (análisis multivariante), sin diferencias en la supervivencia a largo plazo (análisis de Kaplan Meier).

Conclusiones: La mortalidad a largo plazo parece ser inferior en marcapasos fisiológicos en individuos mayores de 80 años, no existiendo diferencias en la variación del grado funcional. Estos son hallazgos muy significativos desde el punto de vista geriátrico, por la infrarrepresentación de este grupo de edad en la mayoría de los estudios observacionales y ensayos clínicos.

OC-039. COMORBILIDAD Y RIESGO DE MORTALIDAD: DIFERENCIAS ENTRE POBLACIÓN RURAL Y URBANA SEGÚN LOS CRITERIOS DE FRAGILIDAD

R. López-López¹, L. Lorenzo-López¹, A. Maseda¹, V. Vilar¹, L. Regueiro-Folgueira¹, I. González-Abrales² y J.C. Millán-Calenti¹
¹Universidad de Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.
²Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña.

Objetivos: En base a la evidencia de que la fragilidad aumenta la vulnerabilidad a sufrir eventos adversos de salud y el supeditado riesgo de mortalidad, el principal objetivo de este estudio fue comprobar la asociación entre los estados de fragilidad y el riesgo de mortalidad a un año, de acuerdo a la morbilidad establecida.

Métodos: Se realizó un estudio transversal observacional de una muestra comunitaria representativa de personas ≥ 65 años de la comunidad autónoma gallega, estratificada en rural ($n = 375$) y urbana ($n = 374$). Se registró el número de fármacos consumidos, definiendo polifarmacia como el consumo ≥ 5 . La presencia de comorbilidad y el riesgo relativo de muerte se definió con el índice de Charlson. La fragilidad se determinó mediante los criterios de fragilidad de Fried. La comparación de proporciones se efectuó por medio del estadístico chi cuadrado y la comparación de medias a través de análisis de varianza (ANOVA), con una significación estadística, $p < 0,05$.

Resultados: La población urbana presentó mayor media de edad que la rural ($t(747) = 2,190$, $p < 0,029$). El promedio de medicamentos consumidos aumentó en función de la fragilidad, sin embargo, no fue dependiente del lugar de residencia (urbana $4,64 \pm 3,2$; rural $4,97 \pm 3,3$; $t(747) = -1,374$, $p = 0,170$). La presencia de polifarmacia también fue mayor en función de la fragilidad, siendo del 85,7% en sujetos frágiles, en ambos sectores poblacionales. Se observó mayor comorbilidad en pacientes frágiles, pero no fue significativa en ninguna área poblacional. Sin embargo, en la muestra de población rural se encontró significación con la presencia de infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular. El riesgo de mortalidad también fue mayor en el grupo de frágiles en ambos núcleos de población (urbana $F(2,371) = 5,329$, $p < 0,005$; rural $F(2,371) = 8,571$, $p < 0,0001$), aunque este dato puede estar influenciado por la mayor edad observada en dicho grupo.

Conclusiones: El riesgo de mortalidad obtenido está en consonancia con estudios comunitarios previos. Teniendo en cuenta que la fragilidad es un proceso dinámico que se incrementa exponencialmente con la edad, estos datos evidencian la necesidad de implementar programas que permitan su prevención y reversión, y logren reducir el gasto socio-sanitario que genera.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-040. IDENTIFICAR PARA PLANIFICAR: EL INSTRUMENTO NECPAL EN EL ENTORNO RESIDENCIAL Y SOCIOSANITARIO

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

Introducción: En el actual contexto de aumento de la complejidad clínica de las personas atendidas en centros residenciales y sociosanitarios es imprescindible realizar una correcta planificación de deci-

siones anticipada. El NECPAL, como instrumento para la identificación de personas en situación de cronicidad avanzada y cuidados paliativos (NECPAL+) resulta de gran utilidad.

Objetivos: Mostrar la prevalencia de NECPAL+ y su efectividad pronóstica en una población institucionalizada de este nivel asistencial, asociada a diagnóstico.

Métodos: Se implementa la metodología NECPAL en 72 residencias de la organización y se explotan los datos de la historia asistencial informatizada (26/03/2014 y el 31/12/2016). Se estudia la supervivencia del grupo NECPAL+, de 3.665 personas. Este dato se corresponde con una prevalencia sobre la ocupación de un 40,31%.

Resultados: 2.311 fallecieron (63,1%), 1.081 (29,5%) seguían ingresados y 273 (7,4%) altas a domicilio o al hospital sobre las que no se tiene información posterior. Se analiza el número de personas a los 0-3 meses, 4-6, 7-12, +12 y el total, respectivamente. Así, exitus hay 1.513, 247, 283, 328 y 2.371; en no altas 0, 0, 36, 983 y 1.019. En cuanto al diagnóstico principal de los exitus, destacan las demencias con un 22,18%, seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio con un 20,92%, las neoplasias con un 14,80% y los trastornos mentales con un 12,53%. En el Congreso se presentará el detalle de la supervivencia por grupo diagnóstico.

Conclusiones: El NECPAL se muestra como un instrumento potente en la identificación de personas con necesidad de atención paliativa y ofrece herramientas clínicas sólidas para la intervención. La identificación de las personas que podrían beneficiarse de los cuidados paliativos permite adecuar y optimizar los recursos existentes en el centro, diseñando planes terapéuticos específicamente dirigidos a estas personas de manera que se satisfagan sus deseos y necesidades en esta fase de su ciclo vital.

OC-041. VALORACIÓN GERIÁTRICA EN PACIENTES ANCIANOS CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO

S. Martínez Flores¹, K. O'Hara Veintimilla², D.Y. Peña Lora¹, S.A. González Chávez¹, V. Pradillo Fernández¹, G. Rodríguez Macías¹ y J.A. Serra Rexach³

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Hospital Ricardo Bermingham/Matia Fundazioa, Donostia. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, CIBERFES, Madrid.

Objetivos: Describir las características geriátricas de la población anciana diagnosticada de síndrome linfoproliferativo (SLP).

Métodos: Valoración de pacientes ancianos (≥ 70 años) con nuevo diagnóstico de SLP e intervención geriátrica en aquellos vulnerables según escala G8 y con seguimiento al mes, 4, 8 y 12 meses. Se recogieron variables sociodemográficas, hematológicas, funcionales (Barthel, Lawton), cognitivas (MMSE), criterios de fragilidad (Fried, SPPB), estado de ánimo (GDS-Yesavage) y nutricional (MNA-SP). La intervención geriátrica incluyó valoración completa, ayuda a toma de decisiones e intervenciones terapéuticas de problemas no oncológicos.

Resultados: Desde mayo 2015 a febrero 2017, hemos valorado 42 pacientes, 64,3% mujeres, con edad media de 77,9 años $\pm 4,3$. Características basales: el 22,5% vivían solos, el 92,3% tenían buen apoyo familiar (escala de Duke), el 100% presentaban una escala de Barthel ≥ 90 , y el 70% baja comorbilidad (escala de Charlson 0-1), polifarmacia (más de tres fármacos), el 65%. Al diagnóstico el 15,4% presentaban desnutrición y el 41% se encontraban en riesgo según MNA-SF. El 40,5% eran frágiles y un 27% presentaba un SPPB ≤ 3 . Características hematológicas: Un 31% fueron diagnosticados de linfoma B difuso de célula grande y un 26% Linfoma folicular. Recibieron tratamiento específico el 88,1%. Un 48% quimioterapia según esquema R-CHOP, con una mediana de 6 ciclos, alcanzando remisión completa el 75%. Un 7,1% presentaron recaída y han fallecido el 11,9%. Según escala G8, 14 pacientes (33,3%) eran FIT ($G8 > 15$) y 28 (66,7%) vulne-

rables ($G8 \leq 14$). De estos 28 pacientes, se realizó intervención geriátrica en 24 (79%), identificándose problemas médicos nuevos (87,5%), realizándose ajuste de medicación (75%). Se colaboró en decisión de tratamiento quimioterápico en un 8,3%. Se detectaron síndromes geriátricos, no descritos previamente, en 83,3%: alteración de la marcha (54,2%), incontinencia urinaria (16,7%), dolor crónico (16,7%), etc.

Conclusiones: Al diagnóstico un porcentaje relevante de los ancianos con SLP presentan fragilidad y riesgo de malnutrición. La mayoría tiene una buena evolución de su patología hematológica. Más de la mitad son clasificados como vulnerables y la valoración geriátrica detectó problemas médicos nuevos que fueron abordados. La colaboración entre Hematología y Geriátría puede contribuir a mejorar los resultados y calidad de vida de estos pacientes.

OC-042. COMPARATIVA DE ESCALAS DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

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

Objetivos: Comparar la capacidad de predecir la mortalidad entre dos escalas de comorbilidad (Índice de Charlson ajustado a la edad (IChAE), CIRS-G y número de categorías de CIRS-G que puntuaron 3 (C3) y 4 (C4)) en pacientes ingresados en una Unidad de Agudos de Geriátría (UAG).

Métodos: Estudio retrospectivo comparativo de pacientes ingresados en Unidad de Agudos de Geriátría de un hospital de tercer nivel en un año ($N = 952$). Eliminando reingresos y pacientes que no presentan datos completos para la valoración, resultando un total de $n = 804$. Se calcula en el ingreso escalas de comorbilidad (IChAE, CIRS-G y C4). Se valida la capacidad predictora a uno y cuatro años de las variables IChAE, CIRS-G y C4 con la prueba U DE Mann-Whitney. Se realiza análisis de correlación de Spearman y comparación de curvas ROC tras resultar validos IChAE, CIRS-G y C4. Estadística: SPSS 23.0 y STATA 12.1.

Resultados: El análisis con la prueba U de Mann-Whitney se deduce que la diferencia entre la media de los grupos IChAE, CIRS-G y C4 como discriminador de vivos/exitus a un año y a cuatro años es estadísticamente significativa con las siguientes con $p < 0,01$ en todos ellos. El análisis de las curvas ROC a un año ofrece los siguientes resultados: IChAE: 0,57, CIRS-G: 0,59 y C4: 0,63. El análisis de las curvas ROC a cuatro años ofrece los siguientes resultados: IChAE: 0,60, CIRS-G: 0,64 C4: 0,64. Se realiza posteriormente la comparativa entre ellas, obteniendo los siguientes resultados: A un año, IChAE vs CIRS-G: $p: 0,35$; IChAE vs C4: $p: 0,01$; a cuatro años: IChAE vs CIRS-G: $p: 0,13$; IChAE vs C4: $p: 0,14$.

Conclusiones: 1. IChAE, CIRS-G y C4 son fiables predictores de mortalidad a uno y cuatro años en los pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos a uno y cuatro años. 2. La puntuación CIRS-G C4 es mejor discriminador de mortalidad a un año que el Índice de Charlson ajustado por edad. 3. No existe diferencia entre el poder discriminador de mortalidad en las escalas de Charlson ajustado por edad y de CIRS-G en la población estudiada a uno o a cuatro años.

OC-043. ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS: CONCORDANCIA ENTRE LAS ECUACIONES BASADAS EN LA CREATININA (MDRD) Y LA CISTATINA C

V. Romero Estarlich, D.Y. Peña Lora, S. Martínez Flores, J. Zuluaga Gómez, A. Mata Fernández, A. Tejedor y J. Ortiz Alonso
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: Las ecuaciones de estimación del filtrado glomerular (FGe) basadas en la cistatina C (FGe.CC) parecen menos dependientes de otros factores que el FGe estimado por la creatinina

(FGe.Cr). El objetivo de este estudio es medir el grado de concordancia entre el FGe.CC y FGe.Cr en ancianos hospitalizados con distintos niveles de función renal estable.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. 72 Pacientes consecutivos ingresados en unidad de agudos de geriatría, con función renal estable. Variables: sociodemográficas, antropométricas, comorbilidades y parámetros analíticos. Las ecuaciones del FGe fueron MDRD (creatinina) y CKD-EPI (cistatina). La concordancia entre ambas se estudió por el método gráfico de Bland y Altman (B&A), representación gráfica de las diferencias entre las mediciones (FGe.Cr-FGe.CC), frente a la media de ambos, con límites a la concordancia. Los FGe son ajustados a $1,73 \text{ m}^2$.

Resultados: Edad media 87 años, mujeres 60%; Charlson 2,0; diabetes 37%; demencia 36%; ERCr (FGe basal < 60): 55%. IMC: 27 Kg/m^2 . Ingreso con descompensación de IC: 46%. FGe.Cr al ingreso 60 ml/min y FGe.CC 36 ml/min . Correlación entre FGe.Cr y FGe.CC = $0,77$ ($p < 0,001$). El gráfico de B&A muestra que las diferencias aumentan proporcionalmente con el FGe y no tienen distribución normal, por lo que se expresan como porcentaje del FGe (FGe.Cr-FGe.CC/media)% con distribución normal. La diferencia media en porcentaje es +51%, mayor para el FGe.Cr respecto al FGe.CC y es constante para todos los niveles de FGe. Los límites a la concordancia oscilan entre -5% y +107%. La transformación logarítmica del gráfico de B&A ofrece resultados similares.

Conclusiones: En ancianos hospitalizados, aproximar el filtrado glomerular en términos de diferencias entre los FGe.CC y FGe.Cr da lugar a resultados discordantes en función del nivel del FGe. Los resultados son concordantes expresados en porcentaje del FGe. Por tanto, este estudio sugiere que es irrelevante hablar de diferencias entre ambos métodos frente al hecho de que el FGe.CC es siempre la mitad FGe.Cr. Es necesario averiguar si esta relación se mantiene en distintas poblaciones/patologías.

OC-044. AVANZANDO EN EL CONOCIMIENTO DE LOS FÁRMACOS AL EXITUS EN EL MEDIO RESIDENCIAL

A. Gordaliza Ramos, R. López Mongil, A. Rueda González, V. Niño Martín, J.A. López Trigo e I. Gamazo Chillón
Centros Asistenciales Diputación de Valladolid, Centro Dr. Villacián, Residencia Cardenal Marcelo, Valladolid.

Objetivos: Evaluar la polifarmacia, presencia de suplementos nutricionales, fármacos para el estreñimiento así como la prescripción de fármacos indicados en cuidados paliativos en los *exitus* de dos centros residenciales.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que habían fallecido en dos centros residenciales (CM,V): en el periodo 2009-2016. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, fecha de ingreso en el centro y fecha de *exitus* y clínicas: número de medicamentos para analizar polifarmacia (definida como más de 5 medicamentos). Análisis estadístico: Statgraphics Centurion XVI.

Resultados: Se analizaron 335 historias. La edad media de los *exitus*: $86,74^{\text{a}}$. Mediana: 87. Coef variación (9,24). Mín: 49, Máx: 104. Cuartil inferior: 83. Cuartil superior: 92. Por centros: 1) CM: $n: 179$; Edad: $87,2$. Mín: 55; Máx: 104; mediana: 88^{a} . 2) V: $n: 156$. Edad: $86,1$. Mín: 49; Máx: 102. Mediana: 87^{a} . El 39,31% eran hombres. Años de estancia en los centros: Media: $7,8^{\text{a}}$. Mediana: 5. Cuartil inferior: 1,0. Cuartil superior: 9. Por centros: 1) CM: media: 6,7. Mediana: 5,0. cuartil inf: 1y sup: 9; 2) V: media: 9,1. Mediana: 4. Cuartil inferior: 1 y sup: 8. Presentan polifarmacia: 36,71% (CM: 38,46% y V: 34,71%). Aplicando test de homogeneidad: no existen diferencias estadísticamente significativas. Suplementos nutricionales: 58,96%; CM: 64,84% y V: 52,44%. Las proporciones son significativamente diferentes. Fármacos para estreñimiento: 47,11% CM: 50,0% y V: 43,90%. No existen diferencias estadísticamente significativas. Fármacos para cuidados paliativos: 30,35% (CM: 23,08% y V: 38,41%). Las proporciones son significativamente diferentes.

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes presentaban polifarmacia en el momento del exitus y en casi un tercio el enfoque ha sido ofrecer cuidados paliativos, existiendo abordaje nutricional en más de la mitad de los pacientes. Casi la mitad de la muestra precisaba tratamiento para el estreñimiento.

OC-045. PRESENCIA DE DEMENCIA EN LOS EXITUS DE CENTROS RESIDENCIALES

R. López Mongil, A. Gordaliza Ramos, A. Rueda González, J.A. López Trigo, M.J. Gimeno Matobella y L.A. Rodríguez
Centros Asistenciales Diputación de Valladolid, Centro Dr. Villacián, Residencia Cardenal Marcelo, Valladolid.

Objetivos: Determinar la prevalencia de demencia, estadio y tratamiento sintomático para la misma al exitus en los residentes de dos centros residenciales (CM y V).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen los exitus de dos centros residenciales en el periodo 2009-2016. Se recogen datos de las historias clínicas, incluyendo variables demográficas, edad, sexo, fecha de ingreso en el centro y fecha de exitus y problemas clínicos: la presencia de demencia, estadio y tratamiento sintomático de la misma. Análisis estadístico: Statgraphics Centurion XVI.

Resultados: Se analizaron 335 historias. Edad media de los exitus: 86,74^a. Mediana: 87. Coef variación 9,24. Mín. 49, máx: 104. Cuartil inferior: 83. Cuartil superior: 92. Por centros: 1) CM: n: 179; Edad: 87,2. Mín: 55; máx: 104; mediana: 88^a. 2) V: n: 156. Edad: 86,1. Mín: 49; máx: 102. Mediana: 87^a. El 60,69% eran mujeres. Años de estancia en los centros: Media: 7,8^a. Mediana: 5. Cuartil inferior: 1,0. Cuartil superior: 9. Por centros: 1) CM: media: 6,7. mediana: 5,0. cuartil inf: 1 y sup: 9; 2) V: media: 9,1. Mediana: 4. Cuartil inferior: 1 y sup: 8. El 81,50% de estos pacientes presentan demencia. CM: 76,37% y V: 87,20%. Las proporciones son significativamente diferentes. Por estadios: demencia leve: 34,1%, moderada: 16% y grave: 48,2%. Reciben tratamiento con IACE y memantina: 20,12%. CM: 11,30%. V: 30,82%.

Conclusiones: La demencia es una prioridad en la atención a los pacientes en el medio residencial, suponiendo más de un 75% en uno de los centros y cerca del 90% en el otro entre los diagnósticos de los residentes al exitus. Estas cifras sitúan al deterioro cognitivo como un auténtico síndrome geriátrico de alta prevalencia, falleciendo casi la mitad de los residentes con demencia grave o avanzada. Menos del 25% reciben tratamiento sintomático al exitus.

OC6: Miscelánea

OC-046. ESTUDIO GLUCENUT: CONTROL GLUCÉMICO Y PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES DIABÉTICOS DESNUTRIDOS USANDO UN SUPLEMENTO NUTRICIONAL ESPECÍFICO HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO, RICO EN CARBOHIDRATOS DE ABSORCIÓN LENTA Y EN ÁCIDOS GRASOS MONOINSATURADOS (MUFA)

P. Matía Martín¹, F. Robles Agudo², J.A. López Medina³, A. Sanz París⁴, F. Tarazona Santabalbina⁵, J.R. Doménech Pascual⁵ y R. Sanz Barriuso⁶

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ³Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Hospital Miguel Servet, Zaragoza. ⁵Hospital de la Ribera, Alzira. ⁶Abbott Nutrición, Madrid.

Introducción: La desnutrición relacionada con enfermedad (DRE) es común en diabéticos. En estos pacientes, el uso de suplementos nutricionales vía oral para mejorar el estado nutricional (EN) sin afectar los parámetros de control metabólico no ha sido estudiado.

Objetivos: Evaluar los efectos de suplemento nutricional oral específico para diabetes (SNOED) sobre el control glucémico, perfil lipídico

y EN, en población diabética anciana con desnutrición o en riesgo, que reside en domicilio o en residencias de mayores.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo en pacientes diabéticos, ≥ 65 años, pautados con SNOED (Glucerna® 1.5, Abbott Laboratories SA) conforme a las normas asistenciales, con seguimiento a 1 y 3 meses.

Resultados: 356 pacientes, 80,8 ± 8,5 años (44,5% varones; 38,3% residencia). 92,3% pacientes con más de una comorbilidad: HTA (71,4%), ECV (51,5%), dislipidemia (43,0%), cáncer (28,1%), enfermedad renal 14,2%, enfermedad hepatobiliar 10,2%. Insulinodependiente 67,6%. Puntuaciones MNA (tabla 1). Riesgo de desnutrición 21,9% en V0, 47,8% V2 y malnutrición 78,1% V0, 45,6% V1 y 34,0% V2 (p < 0,001). Cumplimiento SNOED 94,4%. Perfil lipídico en tabla 2. El control glucémico mejoró en total de pacientes, domicilio y residencia (tabla 3). Diarrea efecto adverso más frecuente (2%), ningún caso grave, 4 probablemente relacionadas con SNOED. No otros efectos adversos relacionados/probablemente relacionados con SNOED reportados.

Tabla 1. Cambio Puntuación-MNA

V0	V1	V2	p
<i>Total</i>			
13,1 ± 4,8	17,0 ± 4,7	18,6 ± 5,1	< 0,001
<i>Domicilio</i>			
13,7 ± 4,7	17,8 ± 4,6	19,4 ± 5,3	< 0,001
<i>Residencia</i>			
12,1 ± 4,8	15,8 ± 4,5	17,4 ± 4,8	< 0,001

Tabla 2. Evolución perfil-lipídico

	V0	V2	Diferencia (IC95%)	p
Colesterol	151,6 ± 41,0	166,7 ± 38,6	15,1 (10,84/19,39)	< 0,001
HDL-c	41,7 ± 15,5	45,0 ± 13,1	3,35 (1,82/4,87)	< 0,001
LDL-c	91,8 ± 33,7	97,5 ± 27,8	5,67 (1,52/9,81)	0,008

Tabla 3. Cambio en control glucémico

	V0	V2	p
<i>Total</i>			
Glucosa (mg/dl)	142,0 ± 33,2	126,7 ± 39,7	< 0,001
HbA1c (%)	7,3 ± 1,1	7,0 ± 0,9	< 0,001
< 6,5%	22,0	23,9	< 0,001
< 8%	75,8	85,8	< 0,001
<i>Domicilio</i>			
Glucosa (mg/dl)	145,8 ± 33,1	133,6 ± 41,2	< 0,001
HbA1c (%)	7,3 ± 1,0	7,0 ± 0,9	< 0,001
< 6,5%	18,8	21,5	0,005
< 8%	72,8	84,8	< 0,001
<i>Residencia</i>			
Glucosa (mg/dl)	131,8 ± 38,1	120,8 ± 41,1	< 0,001
HbA1c (%)	7,2 ± 0,9	7,0 ± 1,0	0,020
< 6,5%	26,5	26,5	0,998
< 8%	80,1	86,0	< 0,001

Conclusiones: El uso del SNOED durante 3 meses demostró una mejora significativa en el EN y el control glucémico en pacientes diabéticos. SNOED demostró seguridad, buena tolerancia y grado de cumplimiento alto.

OC-047. ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD ESPECÍFICA, FÁRMACOS Y FRAGILIDAD: ESTUDIO FRADEA

S. Lozoya Moreno, L. Plaza Carmona, M. López Utiel, I. Huedo Ródenas, A. Noguero García, P.M. Sánchez Jurado y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Analizar si el estado de fragilidad se asocia con 8 enfermedades o condiciones de salud prevalentes como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca (IC), diabetes mellitus (DM), anemia, ictus, demencia, fibrilación auricular (FA) y depresión en mayores, así como con sus tratamientos.

Métodos: Análisis transversal de 866 mayores de 70 años incluidos en la cohorte FRADEA. Se analiza mediante regresión logística el riesgo de presentar fragilidad con criterios Fried de los participantes diagnosticados de EPOC, IC, DM, anemia, ictus, demencia, FA y depresión, así como de los tratamientos para estas patologías, ajustado por edad, género y comorbilidad. El estado de fragilidad se clasificó en No frágil (NF) si no cumplía ningún criterio, Prefrágil (PF) si cumplía 1 o 2, y Frágil (F) si cumplía entre 3 y 5.

Resultados: Edad media 78,7 (DE 6). 514 mujeres (59,4%). Estado de fragilidad: NF 216 (24,9%), PF 482 (55,7%), F 168 (19,4%). Índice de Charlson 1,2 (DE 1,5). El porcentaje de frágiles para según cada enfermedad fue: EPOC 26,1%; IC 47,2%, DM 23,4%, ictus 33,8%, anemia 30,8%, FA 29,9%, depresión 26,8% y demencia 42,5%. El riesgo ajustado por edad, género y comorbilidad de presentar fragilidad en participantes con las 8 enfermedades y sus tratamientos fue: EPOC (OR 2,4; IC95% 1,2-4,6; $p < 0,01$), IC (OR 2,1; IC95% 1,1-4,0; $p < 0,05$), DM (OR 1,1; IC95% 0,7-1,7; NS), ictus (OR 1,2; IC95% 0,7-2,3; NS), Anemia (OR 0,9; IC95% 0,4-2,0; NS), FA (OR 1,0; IC95% 0,6-1,8; NS), depresión (OR 1,8; IC95% 1,1-2,9; $p < 0,05$), Demencia (OR 1,4; IC95% 0,8-2,4; NS), fármacos respiratorios (OR 1,7; IC95% 1,1-2,7; $p < 0,05$), diuréticos (OR 1,0; IC95% 0,7-1,4; NS), antihipertensivos (OR 1,1; IC95% 0,7-1,6; NS), antiagregantes (OR 1,2; IC95% 0,8-1,7; NS), antianémicos (OR 0,9; IC95% 0,4-2,0; NS), anticoagulantes (OR 1,9; IC95% 1,0-3,4; $p < 0,05$), antidepresivos (OR 1,7; IC95% 1,1-2,7; $p < 0,05$) y antidecencia (OR 1,9; IC95% 1,0-3,6; $p = 0,05$).

Conclusiones: Los mayores de 70 años con EPOC, Insuficiencia cardiaca y Depresión, así como aquéllos en tratamiento crónico con fármacos del aparato respiratorio, anticoagulantes y antidepresivos tienen un riesgo ajustado aumentado de presentar fragilidad.

OC-048. ¿SE SOBREDIAGNOSTICA DE ITU AL ANCIANO EN URGENCIAS?

J. García Martínez, R. García Martín, J. Rodríguez Salazar, M.J. Molina, C. Navarro Ceballos y E. Ojeda-Ruiz
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Introducción: La infección de tracto urinario (ITU) es una enfermedad prevalente en paciente anciano cuyo diagnóstico plantea dificultades dado lo inespecífico de sus síntomas y habitual confusión con la bacteriuria asintomática. Esto conlleva antibioterapia evitable, con sus efectos adversos asociados.

Objetivos: Evaluar criterios de diagnóstico de ITU, concordancia del diagnóstico en urgencias con respecto al urocultivo y al alta de hospitalización en geriatría (GRT). Describir perfil de pacientes con diagnóstico final diferente de ITU.

Métodos: Estudio transversal descriptivo. Revisamos historias clínicas de ingresos en UGA entre julio y diciembre/2016 y analizamos aquellos con ITU como uno de los diagnósticos en Urgencias. Recogemos obtención de urocultivo y tratamiento antibiótico empírico. Variables: sociodemográficas (edad, sexo, domicilio); Urgencias (motivo de consulta, sistemático de orina, urocultivo, diagnóstico, antibioterapia empírica); Planta (duración del ingreso, diarrea intercurrente, *Clostridium* si diarrea, nº ingresos previos por ITU, diagnóstico final).

Resultados: Ingresaron 288 pacientes durante ese periodo en UGA. De éstos, 62 pacientes (21,5%) fueron diagnosticados de ITU en urgencias. Se obtuvieron urocultivos de cada paciente (aislándose en un 33,8% *E. coli*) y se inició tratamiento antibiótico empírico (el antibiótico más utilizado fueron cefalosporinas de 3ªG en un 54,8%). Un 38,71% (n = 24) no mantenía diagnóstico al alta: 41,6% se diagnosticó

de infección respiratoria; 58,4% restante ICC, bacteriuria asintomática, fecaloma y deshidratación hipernatrémica. De éstos un 37,5% tenía urocultivo negativo. Durante su ingreso 2 pacientes presentaron diarrea, negativa para *C. difficile*. El principal motivo de consulta fue el deterioro del estado general o fiebre (66%). El 78% de los pacientes mantuvo su Barthel al alta y un 20% presentó empeoramiento de clase funcional.

Conclusiones: De los pacientes diagnosticados de ITU en Urgencias que ingresaron en planta de GRT, un 40% vio modificado su diagnóstico, reconsiderándose el mantenimiento de tratamiento antibiótico y llegando a retirarse y/o desescalar el mismo en un 21%, lo que contribuyó a mejorar la seguridad del paciente y disminuir el riesgo de efectos adversos. Tras los resultados de los urocultivos, comprobamos la elevada prevalencia de bacteriuria asintomática en el anciano que es interpretada como ITU en urgencias.

OC-049. CAMBIO EN LA PRESCRIPCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA "FRACTURE LIAISON SERVICES" EN ORTOGERIATRÍA

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

Objetivos: 1) Describir el cambio en la prescripción para prevención secundaria de fracturas por fragilidad desde la implantación del programa Fracture Leason Service (FLS) en 2015 en comparación con la práctica clínica habitual y la adherencia a dicho tratamiento tras un año del inicio del programa. 2) Registrar las causas de discontinuidad del tratamiento y la tasa de abandono por grupos farmacológicos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se incluyen todos los pacientes valorados en la Unidad de Ortogeriatria con fractura de cadera por fragilidad. Se recogen datos demográficos, clínicos, funcionales, fracturas previas por fragilidad, tratamiento previo y al alta para prevención secundaria de osteoporosis. Se estudian dos grupos: A (enero-junio 2015) y B (julio-diciembre 2015). Se realizó seguimiento al mes, 6 y 12 meses del grupo B, obteniendo datos de adherencia al tratamiento, causas de discontinuidad del mismo, nuevas fracturas y mortalidad. Análisis de datos: SPSS v23.0.

Resultados: n = 394, edad media 84,8 años (DE 7,2), 81,2% mujeres, mediana del I. Barthel modificado 83 (65-95), 74,5% FAC > 3, 45,2% deambulaba sin ayudas técnicas, tipo PENROD 58,4% ≤ 3 . I. Charlson medio ajustado a edad 6,3 (DE 2), 55,9% sin demencia. 79,3% vive acompañado. Fracturas previas por fragilidad: 37,4% y tratamiento previo: 10,2%. Tratamiento al alta: 44,9% (25,4% denosumab, 17% bifosfonatos y 2,5% teriparatida). El principal motivo de la no prescripción fue la comorbilidad elevada (47,8%). Tratamiento grupo A (n = 209) 45,2% y B (n = 185) 62,8%. Seguimiento grupo B: al año: mortalidad 19,5% y nuevas fracturas 3,8%. Adherencia al tratamiento: al mes 70,8%, a 6 meses 38,5% y a 12 meses 39,7%. Las causas más frecuentes de suspensión del tratamiento al mes, 6 y 12 meses fueron respectivamente: olvidos 66,7% y no prescripción por Atención Primaria 47,5% y 84,1%. No existen diferencias en la tasa de abandono por grupos farmacológicos.

Conclusiones: La tasa de prescripción al alta hospitalaria aumentó desde la implantación del programa FLS. La tasa de adherencia en el grupo intervención es moderadamente baja, disminuyendo de forma importante durante el primer y el sexto mes de seguimiento. La causa principal de discontinuidad del tratamiento es la no prescripción por Atención Primaria. No existen diferencias entre la tasa de abandono y el grupo farmacológico.

OC-050. PROYECTO DE REDUCCIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES

D. Curto Prieto, P. Cano Desandes, J.F. Tomás Martínez, B. Marco Burguete y C. García
Sanitas Mayores, Barcelona.

Objetivos: Demostrar que es posible trabajar (a través de un proceso estructurado de formación y eliminación de las mismas), y cuidar a residentes de 40 centros residenciales sin sujeciones físicas.

Métodos: Formación progresiva a todos los centros residenciales para llevar a cabo una eliminación segura de las sujeciones físicas que, según los estándares de organizaciones como CEOMA y Fundación Cuidados Dignos, y como nuestra compañía considera no son prácticas seguras para el cuidado diario de los residentes. Posteriormente a la formación se establece una priorización para poder analizar individualmente cada caso y verificar que el proceso de desatar se realiza de la manera más segura posible.

Resultados: El proyecto se inició en 2011. Por aquel entonces la compañía tenía un uso de sujeciones físicas alrededor del 27% y, a pesar de las variaciones, en el mercado de grandes operadores el uso estaba alrededor del 25%. A finales de 2016 el uso de sujeciones físicas se encuentra en 0,87% (algo más de 40 residentes de toda la población de la compañía tienen alguna sujeción prescrita). Muchas de estas sujeciones, que desde el punto de vista clínico no se justifican, se podrían retirar y es solo por la gran presión familiar que se mantienen. Adicionalmente al descenso de número de sujeciones las caídas han disminuido y las consecuencias de las mismas, no se han visto aumentadas de manera significativa.

Conclusiones: La eliminación de sujeciones físicas, tras un proceso de cambio en una organización, soportado por un programa formativo y una atención centrada en el paciente, es posible y tiene resultados positivos para los residentes, para sus familias y para el personal de los centros.

OC-051. PREVALENCIA DE HIPONATREMIA AL INGRESO POR FRACTURA DE CADERA Y RESULTADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

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

Introducción: La hiponatremia es un factor modificable, frecuente en el paciente anciano, que se asocia con un aumento del riesgo de caídas y osteoporosis. El diagnóstico y tratamiento adecuado de la misma, podría reducir el riesgo de caídas.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de hiponatremia en pacientes que ingresan por fractura de cadera osteoporótica. Evaluar si existe asociación entre la hiponatremia al ingreso y la evolución hospitalaria (mortalidad, estancia media).

Métodos: Estudio observacional, prospectivo. Se evaluó la natremia retrospectivamente mediante revisión de analíticas. Criterios inclusión: pacientes de edad ≥ 80 años ingresados por fractura de cadera, consecutivamente entre el 1 de julio de 2014 y el 18 de octubre del 2015. Se analizaron variables clínicas, sociales, funcionalidad basal, estancia media y mortalidad. Se definió hiponatremia al ingreso como sodio en la primera analítica de ingreso < 135 .

Resultados: Se incluyeron 475 pacientes, con edad media de $87,44 \pm 4,86$ años, siendo 77,3% mujeres con Barthel medio basal ($74,57 \pm 24,87$). Un 21,9% estaban institucionalizados. Los tipos de fractura fueron: subcapitales (41,4%), pertrocantéreas (49,7%) y subtrocantéreas (8,9%). Como comorbilidades, destacaron: cardiopatía (36,2%), EPOC (8,4%), ERC (22,9%) y demencia (33,3%). La estancia media fue de $14,12 \pm 6,84$ y la mortalidad hospitalaria de 5,9%. La prevalencia de hiponatremia al ingreso fue de 16,4% ($n = 78$) siendo grave en 7 pacientes (1,5%). No observamos diferencias en la prevalencia de hiponatremia de acuerdo a la presencia o no de los siguientes facto-

res relacionados con la misma: diuréticos (56,41% vs 47,20%, $p > 0,05$), psicofármacos (62,82% vs 60,15%, $p > 0,05$) y enfermedad renal crónica (26,92% vs 22,33%, $p > 0,05$). La estancia media de pacientes con hiponatremia al ingreso fue mayor ($15,56 \pm 8,47$ vs $13,84 \pm 6,43$ $p < 0,05$) sin diferencias en mortalidad (7,6% vs 5,6%, $p > 0,05$).

Conclusiones: Uno de cada seis pacientes que ingresan por fractura de cadera tienen hiponatremia al ingreso, que se asocia con una mayor estancia media.

OC-052. ¿PODEMOS PREVENIR EL ICTUS CARDIOEMBÓLICO ANTES DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR?

J.J. Martínez Rivas y O. Duems Noriega
Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Introducción: El bloqueo interauricular (BIA) es un retraso en la conducción entre aurículas, clásicamente definido como un aumento en la amplitud de la onda P en el ECG, que refleja alteraciones en la contracción con potencial estasis sanguíneo. Dicha entidad se ha relacionado con arritmias supraventriculares y eventos embólicos con elevada sensibilidad pero baja especificidad y poder discriminativo. En 2012 se ampliaron los criterios diagnósticos, preservado la amplitud de la onda P, añadiendo cambios morfológicos de la misma, afinando su poder discriminativo.

Objetivos: Buscar asociación entre eventos cerebrovasculares isquémicos (EVCi) de causa indeterminada y el BIA.

Métodos: Estudio retrospectivo de 92 pacientes ingresados en el servicio de Geriátrica del Hospital de Granollers por EVCi de causa indeterminada, comparados con 90 pacientes ingresados en la misma unidad por otras causas; ambos grupos sin antecedentes de arritmias. En todos se valoró factores demográficos, funcionales, patológicos así como la presencia de BIA completos e incompletos en ECGs, definiendo al BIA incompleto como: $P \geq 120$ ms más onda P bifásica en las derivaciones II o III y completos: $P \geq 120$ ms más onda P bifásica en II, III y AVF.

Resultados: En una población de 182 pacientes (92 casos y 90 controles) con edad media de $85,3 \pm 6,6$, 63% mujeres, Barthel medio $60,96 \pm 22,7$, sin diferencias entre grupos (excepto la edad, resultando más añosos los del grupo control). Al 100% de los casos se les realizó ecografía doppler de troncos supra-aórticos y TAC de cráneo, al 93,5% ecocardiograma y al 65,2% Holter. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo cardiovascular entre grupos, pero si en la amplitud de la onda p ($p < 0,000$), BIA incompleto ($p < 0,029$) y BIA completo ($p < 0,000$), resultado ser factores de riesgo para EVCi con OR 7,73 (3,21-18,62), OR 1,99 (1,03-3,87), OR 27,02 (6,55-116,73) respectivamente.

Conclusiones: La longitud de la onda P, BIA incompleto y completo se relacionaron con la presencia de EVCi de causa indeterminada; siendo el BIA completo el que presentó mayor fuerza de asociación. De cara al futuro podría considerarse como un factor de riesgo que justifique profilaxis primaria con anticoagulantes antes de la fibrilación auricular.

OC-053. CONTROL DEL DOLOR DEL PACIENTE GERIÁTRICO (PERFIL CRÓNICO) PLURIPATOLÓGICO DE ALTA COMPLEJIDAD EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA

M. Moral Carretón¹, G. Cristofori², C. Palicio Martínez², B. Pallardo Rodil² y J. Gómez Pavón²

¹Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles. ²Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid.

Objetivos: Evaluar el tratamiento con opioides (efectividad, tolerancia, mantenimiento) en el paciente geriátrico de alta complejidad en una Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes valorados por el Programa de Atención Geriátrica Domiciliaria del Servicio de Geriátrica de un Hospital universitario y acredi-

tado MIR de Madrid, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2015. Se revisaron todas las historias clínicas según protocolo. Se estudiaron la utilidad del tratamiento opioide asociado a la variable dependiente principal (dolor, tipo de dolor e intensidad del dolor) tanto al ingreso como al alta del programa. Valor de $p < 0,05$, con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: N = 150 (69% mujeres, 87,11 ± 6,55 años). Dolor al ingreso: 77,3%, tipo nociceptivo 74% (somático (69,3%), tipo neuropático 22%). Intensidad, en el caso del dolor basal, moderada en el 4,7% y en dolor irruptivo, la intensidad severa presente en el 9,3%. Los pacientes presentaron menos dolor al alta con respecto al ingreso (26,7% vs 77,3%, $p < 0,001$), con la misma distribución en cuanto al tipo y la intensidad que la objetivada al ingreso. Al alta hubo un incremento en el uso de opioides (16% vs 24%, ns), modificando la tendencia del opioide más utilizado, siendo el más prevalente el tapentadol (8%) seguido de tramadol (7,3%). La principal vía de administración fue la vía oral (17,3%). Se retiró por intolerancia en 2 pacientes (1,3%). Se asoció la indicación de opioide con el uso de adyuvantes (45% vs 74%, $p < 0,01$). Al alta los pacientes presentan mejoría funcional (índice de Barthel previo 34,48 ± 25,64 vs alta 41,31 ± 41,20, $p = 0,04$) con menor depresión (26% vs 9%, $p < 0,01$) e insomnio (60% vs 5%, $p < 0,001$).

Conclusiones: Existe una mejoría del dolor tras la intervención del Equipo de Atención Domiciliaria con un incremento en el uso de opioides mayores y fármacos coadyuvantes sin incidencia significativa de efectos secundarios con mejoría de su situación funcional y afectiva.

OC-054. PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS EN RESIDENCIAS DE MAYORES

I. Herráez Rodríguez, Y. Rodríguez García, S. Gordo de Castro, L. Velayos del Monte, M.V. López Gómez, M.G. Moreno de la Asunción y A.M. Rodríguez García
Residencia de Mayores Decanos, Ávila.

Introducción: Las sujeciones pueden provocar serias complicaciones que son inevitables cuando se usan de forma rutinaria. En España su uso está muy por encima de otros países de nuestro entorno, a pesar de que, hay evidencias de sus perjuicios y de que pueden vulnerar derechos fundamentales. Las caídas en las residencias son la contingencia más frecuente y más temida, unas 600.000 caídas al año. EL uso rutinario de sujeciones aumenta el riesgo de caídas y aumenta el riesgo de que los daños por caída sean más graves. En España, el uso de contenciones físicas es legal, está regulado y siempre requiere la prescripción de un médico y la aceptación por parte del residente o de su tutor legal. Las Administraciones públicas han comenzado a mostrar una mayor sensibilidad por este tema para controlar y disminuir su uso. Navarra ha sido la primera región en publicar una ley para racionalizarlo.

Objetivos: General: mantener el centro libre de sujeciones, preservando la dignidad y protegiendo la integridad de los residentes. Específicos: 1. Concienciar a los trabajadores, familiares y residentes del beneficio de la eliminación de sujeciones. 2. Promover la cultura de no sujeciones para conseguir una mayor calidad de vida de nuestros residentes. 3. Establecer medidas de seguridad ambiental para evitar las sujeciones. 4. Prevenir el riesgo de caídas.

Resultados: La disminución de sujeciones ha sido posible gracias a la implicación de todos los trabajadores, residentes y familiares. Para motivar dicha implicación es necesario formar a todos los trabajadores en patologías y necesidades de los residentes. En España 25% sujeciones, en Decanos antes del programa de intervención: 15%, hoy 5,4%.

Conclusiones: En general el uso prolongado de sujeciones responde a un uso por conveniencia, y por ello es un deber moral de los profesionales erradicarlas de la práctica asistencial. Las sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o del entorno. Es un deber moral aceptar

cierto grado de riesgo como parte esencial de un buen cuidado. La tolerancia cero hoy indicador de calidad.

OC7: Ejercicio físico. Caídas

OC-055. FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES FRÁGILES INSTITUCIONALIZADAS

L. Lorenzo-López¹, M. García¹, A. Maseda¹, C. de Labra¹, A. Buján¹, J.M. Cancela-Carral² y J.C. Millán-Calenti¹

¹Universidad de Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

²Grupo de Investigación HealthyFit (HI22), Universidad de Vigo, Departamento de Didácticas Especiales, Área de Educación Física y Deportiva, Vigo.

Objetivos: Las caídas, consideradas un importante marcador de fragilidad, constituyen un problema de salud pública a nivel mundial debido a su frecuencia, a su morbimortalidad asociada y al elevado coste en recursos sanitarios que conllevan. Los objetivos fueron: (1) describir las características de una muestra de personas mayores de ≥ 65 años institucionalizadas que respondían al fenotipo físico de fragilidad, según presentasen antecedentes o no de caídas en los últimos 6 meses, y (2) describir, de acuerdo a los criterios NANDA-I Diagnósticos Enfermeros 2015-2017, los factores de riesgo (indicadores clínicos) de caídas en la población estudiada.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de casos (presencia de caídas en los últimos 6 meses) y controles (ausencia de caídas) en una muestra de personas de 65 y más años institucionalizadas (residencia) o semi-institucionalizadas (centro de día) en un Complejo Gerontológico de A Coruña. La muestra la constituyeron 73 sujetos (41,1% presentaban algún episodio de caída en los últimos 6 meses), y se evaluaron aspectos clínicos, aspectos funcionales, aspectos referidos a la salud mental, y aspectos referidos a los recursos y apoyos sociales.

Resultados: El perfil clínico de la muestra estudiada corresponde a personas de edad muy elevada (media de edad: 86,75 ± 9,98 años, rango 68-102 años), mayoritariamente de género femenino (74%), con un tiempo medio de institucionalización de 33,75 ± 28,69 meses, y que se caen frecuentemente (media de caídas en los últimos 6 meses de 1,91 ± 1,52) generalmente por causas intrínsecas. En cuanto a los factores de riesgo de caídas, resultaron significativos en la categoría "adultos" el tener antecedentes de caídas y en la categoría "ambientales" el uso de sujeciones.

Conclusiones: Los factores de riesgo antecedentes de caídas y uso de sujeciones son buenos predictores del diagnóstico enfermero "riesgo de caídas" en los mayores frágiles institucionalizados. Los demás factores de riesgo recogidos en NANDA-I no fueron específicos y predictivos del diagnóstico estudiado.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-056. VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA "RIESGO DE CAÍDAS" EN MAYORES FRÁGILES INSTITUCIONALIZADOS

L. Lorenzo-López, M. García, A. Maseda, A. Buján, C. de Labra, R. López-López y J.C. Millán-Calenti

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

Objetivos: La mayoría de las caídas en los centros geriátricos son debidas a la convergencia de múltiples factores: estado de salud, con-

ducta, actividad del residente, entorno. El conocimiento de estos factores permitirá reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención desde enfermería. El objetivo fue validar clínicamente, mediante los criterios NANDA-I Diagnósticos Enfermeros 2015-2017, el diagnóstico de enfermería "riesgo de caídas" en una población institucionalizada frágil, según se hubieran caído o no en los últimos 6 meses.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de casos (presencia de caídas en los últimos 6 meses) y controles (ausencia de caídas) en personas de 65 y más años institucionalizadas (residencia) o semi-institucionalizadas (centro de día) en un Complejo Gerontológico de A Coruña. Fueron evaluados 73 sujetos (41,1% presentaban algún episodio de caída en los últimos 6 meses), recogiendo información sobre aspectos clínicos, funcionales, referidos a la salud mental, y referidos a los recursos y apoyos sociales. Para el cálculo de la precisión estadística de cada indicador clínico (factor de riesgo) se realizaron medidas de análisis de test diagnóstico: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo/negativo, eficiencia, odds ratio y curva ROC, siendo el diagnóstico de enfermería la presencia o no de caídas y el indicador clínico el factor de riesgo.

Resultados: La validación clínica mostró que los factores de riesgo antecedentes de caídas y uso de sujeciones son buenos predictores del diagnóstico enfermero "riesgo de caídas" en los mayores frágiles institucionalizados. Los demás factores de riesgo recogidos en NANDA-I no fueron específicos y predictivos del diagnóstico estudiado.

Conclusiones: Dada la relación bidireccional entre fragilidad y caídas, proponemos la inclusión del síndrome de fragilidad del anciano como factor de relación en el diagnóstico de "riesgo de caídas" en NANDA-I. La validación clínica de este diagnóstico puede facilitar las fases del cuidado enfermero: valoración de enfermería, diagnóstico enfermero, planificación de la intervención y evaluación de la misma, de manera específica y precisa para buscar y analizar el riesgo de caídas en los pacientes mayores frágiles institucionalizados. Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-057. COMPARATIVA DE GÉNERO Y PREDICTIBILIDAD ENTRE PRUEBAS CLÍNICAS Y POSTUROGRAFÍA COMPUTARIZADA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

C. de Labra¹, R. López-Sánchez¹, I. González-Abraldes², L. Lorenzo-López¹, A. Maseda¹ y J.C. Millán-Calenti¹

¹Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

²Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña.

Objetivos: La caída es un problema importante entre los mayores, generador de deterioro crónico del estado de salud y, consecuentemente, predictor de disfuncionalidad y dependencia. El control postural puede cuantificarse mediante pruebas clínicas o mediante instrumentos específicos. Se pretende evaluar la influencia del género sobre dichas mediciones, así como determinar la capacidad predictiva de las pruebas clínicas sobre la plataforma de evaluación y rehabilitación de posturografía computarizada Neurocom® Balance Master.

Métodos: Se realizó un estudio transversal sobre una muestra de 43 pacientes. A todos ellos se les pasaron 3 pruebas clínicas (Timed-Up and Go, Test de Tinetti y Escala de Equilibrio de Berg) y la prueba de los límites de estabilidad a través de posturografía estática.

Resultados: Las mujeres mostraron un tiempo significativamente mayor en completar la prueba Timed Up and Go así como un tiempo

de reacción mayor en el movimiento hacia la derecha en la prueba de límites de estabilidad. Los modelos de regresión indicaron que las sub-escalas de la prueba clínica Tinetti son las que mejor predicen el tiempo de reacción, la velocidad de movimiento y el punto de excursión máxima.

Conclusiones: Las diferencias de género deberían tenerse en cuenta a la hora de evaluar el equilibrio en las personas mayores. Además, un diagnóstico adecuado mediante pruebas clínicas y posturografía computarizada permitiría no solo una mejor evaluación del riesgo de caídas sino también la implantación de programas preventivos y de rehabilitación personalizados, mejorando la calidad de vida e independencia de las personas mayores.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-058. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA FÍSICO MULTICOMPONENTE EN CENTROS SOCIO SANITARIOS COMO ESTRATEGIA PARA PREVENIR CAÍDAS

I. Bartolomé Martín¹, A. Chamón Guijarro², M.B. Gamo Medrano², E. Marinova³, S. Rivera Fernández³, J. Rodríguez Solís¹ y M. Torralba González de Suso⁴

¹Hospital Universitario, Guadalajara. ²Residencia Virgen de la Peña, Brihuega, Guadalajara. ³Centro Residencial Las Palmeras, Azuqueca de Henares, Guadalajara. ⁴Unidad 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 centros sociosanitarios como parte del desarrollo de la Unidad de Prevención de Caídas.

Métodos: Estudio cuasiexperimental. Incluidos pacientes procedentes de dos centros sociosanitarios (CCSS). 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 Version Lobo (MEC), Falls Efficacy Scale (FES), Tinetti, Test Up and Go (TUG), Criterios de fragilidad de Fried, Short Physical Performance Battery (SPPB), Velocidad marcha 6 metros (Vm), escala FAC de la marcha. Análisis estadístico mediante SPSS v22.

Resultados: 19 pacientes incluidos. Analizados 19 (100%). Edad 85,29 ± 6,99 años (76,02-100,08). Varones 6 (31,6%). Escalas (resultados basales, media ± desviación estándar): Barthel modificado 82,37 ± 16,042 (35-100); Lawton 0,67 ± 0,816 (0-2). Yessavage 3,25 ± 4,367 (0-10); MEC 26,22 ± 6,822 (15-35). MNA 24,23 ± 1,506 (22-27). FES 43,15 ± 23,483 (10-80). Tinetti 13,07 ± 5,65 (6-24). TUG 25,82 ± 8,223 (15-42). Fried 3 ± 0,471 (2-4). SPPB 4,53 ± 1,982 (1-8). Vm 0,59 ± 0,194 (0-1). FAC 2,53 ± 1,007 (1-4). p < 0,005 o < 0,001 en todos los resultados. Programa de entrenamiento completo vs menos de 50% (diferencia de medias ± DE). BarthelM: 7,313 ± 9,871. Lawton: 0,6 ± 0,163. Yessavage: -1 ± 1,414. MEC: 1,429 ± 1,399. FES: -16,091 ± 14,124 vs -10,5 ± 14,849. Tinetti: 7,545 ± 4,009. TUG: -6,682 ± 3,721. Fried: -1,125 ± 0,342. SPPB: 3,438 ± 1,788 vs 0 ± 1. Vm: 0,353 ± 0,239. FAC: 1,571 ± 0,646. En el grupo que realizó parcialmente el programa únicamente se encontró diferencia en FES y SPPB. Pacientes con dependencia moderada-grave vs leve e independientes (diferencia de medias ± DE). BarthelM: SD. Lawton: SD vs 0,2 ± 0,447. Yessavage: -0,75 ± 1,5 vs -1 ± 1,414. MEC: 1,2 ± 1,619 vs 1,143 ± 1,169. FES: SD. Tinetti: 7,333 ± 4,637 vs SD. TUG: -6,656 ± 4,638 vs -4,271 ± 3,421. Fried: -1 ± 0,447 vs 1 ± 0,535. SPPB: 3,364 ± 2,111 vs 2,250 ± 2,053. Vm: 0,299 ± 0,254 vs SD. FAC: 1,667 ± 0,866 vs SD. SD: sin diferencia significativa.

Conclusiones: La implantación de un programa de ejercicio físico multicomponente en CCSS mejora la capacidad funcional del paciente. Los pacientes más beneficiados parecen ser los de dependencia moderada-grave. Los autores creemos que la puesta en marcha de iniciativas similares en los CCSS generaría grandes beneficios

en el mantenimiento de la calidad de vida de los ancianos institucionalizados, así como una disminución en los costes derivados de su atención.

OC-059. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS MULTIMODAL SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON ARTROSIS CRÓNICA DE RODILLA: ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO

V. Benavent Caballer¹, V. Tudela Ortells², M.D. Arguisueles Martínez¹, E. Segura Ortí¹, F.J. Montañez Aguilera¹, J. Doménech Fernández³ y J.F. Lisón Párraga⁴

¹Departamento de Fisioterapia; ²Departamento de Cirugía;

⁴Departamento de Medicina. Universidad CEU Cardenal Herrera, Moncada. ³Centro de Rehabilitación Paseo al Mar, Valencia.

Objetivos: Evaluar los efectos a corto plazo de un programa de ejercicios domiciliario multimodal, sobre el dolor y la capacidad funcional en adultos mayores con artrosis crónica de rodilla.

Métodos: Sesenta y seis adultos ≥ 60 años con artrosis de rodilla con edades, independientes para realizar 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 multimodal (GM) o al grupo intervención convencional (GC). Durante 16 semanas, los participantes del GM realizaron una rutina de ejercicios multimodal en su domicilio, mientras que los participantes del GC realizaron una rutina de ejercicios recomendados de forma habitual en la práctica clínica para el tratamiento de la artrosis de rodilla. Las variables de este estudio incluyeron el dolor, la rigidez articular y la funcionalidad de rodilla, medidas mediante la Escala verbal numérica (EVN) y el cuestionario WOMAC, la movilidad, el equilibrio funcional, el equilibrio monopodal, la capacidad funcional de los miembros inferiores, la fuerza de miembros inferiores, la velocidad de la marcha, la marcha funcional, la fuerza de agarre y la capacidad aeróbica.

Resultados: Los resultados del ANOVA de dos factores de medidas repetidas no mostraron cambios significativos, en la interacción grupo \times tiempo, en ninguna de las variables estudiadas al comparar ambos grupos de intervención. El análisis intra-grupo mostró cambios significativos en la EVN [GM diferencia de medias (DM) -0,7, $p = 0,022$; GC (DM -1,4), $p < 0,001$], cuestionario WOMAC [GM (DM -3,1), $p = 0,031$; GC (DM -3,2), $p = 0,022$], velocidad de la marcha [GM (DM 0,8), $p = 0,004$; GC (DM 0,8), $p = 0,011$], marcha funcional [GM (DM 0,7), $p = 0,006$; GC (DM 0,8), $p = 0,004$] y capacidad aeróbica [GM (DM 30), $p = 0,005$; GC (DM 31), $p = 0,005$] en ambos grupos de intervención, mientras que el equilibrio funcional [GC (DM 1), $p = 0,04$] y la movilidad [GC (DM -0,5), $p = 0,04$] solo mejoraron significativamente en el GC.

Conclusiones: Ambos programas de ejercicios domiciliario multimodal pueden reducir los niveles de dolor, rigidez articular y funcionalidad de rodilla, además de mejorar la capacidad funcional en adultos mayores diagnosticados con artrosis crónica de rodilla.

OC-060. BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO MULTICOMPONENTE EN ANCIANOS CON CAÍDAS

R. García Molina, M.C. Ruiz Grao, A. Noguero García, I. Huedo Ródenas, M. López Utiel, M. Esbrí Víctor y P. Abizanda Soler Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Analizar los resultados de un programa de entrenamiento multicomponente intrahospitalario en ancianos con caídas durante el último año.

Métodos: 41 personas mayores de 65 años con 1 o más caídas en el último año, valoradas en la Unidad de Caídas del CHUA. Fueron 4 meses de intervención con 2 sesiones semanales de entrenamiento multicomponente. Se determinó SPPB, velocidad de marcha, fragili-

dad, caídas, FES-I, fuerza prensora y de piernas, GDS Yesavage y masa magra por BIA antes y después. Seis meses después, se registró la presencia de caídas y fracturas. La efectividad de la intervención se determinó mediante comparación de medias para datos apareados y chi cuadrado cuando convino.

Resultados: Edad media 77,07 (DE 5,7). 32 mujeres. 2,10 (DE 1,1) criterios de fragilidad de Fried. FES-I 32 (DE 11,3). Se produjo una mejoría en el SPPB (8,1 pre y 9,6 post; diferencia 1,5, IC95% 0,7 a 2,1, $p < 0,001$), en la velocidad de marcha 4 metros (6,6 s pre y 5,1 s post; diferencia 1,5 s, IC95% 0,9 a 2, $p < 0,001$), en la sintomatología depresiva (5,5 pre y 4,3 post; diferencia 1,2, IC95% 0,3 a 1,9, $p < 0,01$), y en la fuerza de piernas medida con 1RM (66 kg pre y 87 kg post; diferencia 21 kg, IC95% 15 a 26, $p < 0,001$). Hubo un incremento en el IMC (28,6 kg/m² pre y 29,0 kg/m² post; diferencia 0,4 kg/m², IC95% 0,0 a 0,5, $p < 0,001$) aumentando su masa libre de grasa (43,4 kg pre y 44,1 kg post; diferencia 0,7 kg, IC95% 0,9 a 1,2, $p < 0,05$). Solo 12 (29,3%) presentaron alguna caída durante los 4 meses de la intervención, en un caso con fractura de Colles. Ninguno de los robustos se cayó, y el porcentaje de caídas fue similar para frágiles y prefrágiles.

Conclusiones: Con la implantación de nuestro programa de ejercicio multicomponente en ancianos con caídas, obtuvimos una mejora en fuerza y función física, reduciendo la sintomatología depresiva, mejorando la composición corporal y disminuyendo las caídas. Este programa fue igual de efectivo en frágiles y prefrágiles.

OC-061. IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO FÍSICO DE BAJA INTENSIDAD EN PACIENTES FRÁGILES INSTITUCIONALIZADOS

B. Garmendia Prieto¹, B. Perdomo Ramírez¹, J. Gómez-Pavón¹ y J.M. Ávila²

¹Hospital Central de la Cruz Roja Española-San José y Santa Adela, Madrid. ²Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada, Madrid.

Objetivos: Analizar la repercusión del entrenamiento físico de baja intensidad durante doce semanas en variables funcionales, mentales, nutricionales y de calidad de vida en pacientes frágiles institucionalizados.

Métodos: Estudio cuasiexperimental no aleatorizado de casos y controles de pacientes frágiles (velocidad de la marcha $< 0,8$ m/s) de dos residencias de Villanueva de la Cañada, Madrid, con capacidad de desarrollar ejercicio. En el grupo de intervención se realizó un entrenamiento físico de baja intensidad dirigido, dos veces por semana en sesiones de una hora. Las variables se recogieron previamente al inicio del programa y a los tres meses posteriores (marzo y junio de 2015). Parámetros analizados: sociodemográficos, síndromes geriátricos, situación mental, funcional, nutricional (MNA short) y calidad de vida (EuroQold5D). El análisis estadístico χ^2 para variables categóricas y t-Student (pareada e independiente) para variables cuantitativas ($p < 0,05$, IC95%).

Resultados: N = 46 (69,6% mujeres, edad media de 86,30 \pm 6,72 años). 35 casos y 11 controles sin presentar diferencias estadísticamente significativas excepto en la situación cognitiva (GDS grupo intervención de 2,51 \pm 1,12 vs 3,73 \pm 1,35 grupo control, $p 0,005$). Tras el programa de entrenamiento el grupo intervención presentó mejoría estadísticamente significativa en velocidad de la marcha (0,66 \pm 0,26 vs 0,80 \pm 0,31, con un porcentaje de mejora del 25%, $p < 0,001$), SPPB (6,5 \pm 3,1 vs 7,6 \pm 3,1, con una mejora del 40%, $p 0,002$), EuroQuold-5D (7,11 \pm 1,43 vs 6,31 \pm 1,23 con una mejoría del 9,45%, $p 0,001$), MNA (11,40 \pm 2,05 vs 12,46 \pm 1,27, mejoría del 11,2%, $p < 0,001$) y Yesavage (3 \pm 2,44 vs 3,83 \pm 3,00, con una mejoría del 46%, $p 0,001$). El grupo control no presentó ninguna mejoría en los parámetros analizados.

Conclusiones: La realización de ejercicio físico de baja intensidad en pacientes institucionalizados mejora la velocidad de la marcha, el estado nutricional, su estado anímico y percepción de calidad de vida.

OC-062. TEST DE ALUSTI: PRESENTACIÓN DE UN NUEVO TEST DE EVALUACIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL EN MAYORES

J.J. Calvo¹, J. Alustiza², J. Uranga³, O. Bueno⁴, T. Marcellán⁵, C. Sarasqueta⁶ y J.L. Azuara Laguía⁷

¹Servicios Sociosanitarios Gipuzkoa (SESOSGI), San Sebastián. ²Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregi, Alsasua. ³Residencia Zorroaga, San Sebastián. ⁴Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ⁵Casa de Misericordia de Pamplona, Pamplona. ⁶Instituto Biodonostia, San Sebastián. ⁷Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: Para valorar la situación funcional y física de los mayores, existen diversas escalas, pero la gravedad de la limitación funcional o la limitada capacidad cognitiva, restringen su utilidad. Consideramos necesario disponer de una escala de valoración física, aplicable a todas las personas mayores, incluyendo como tales los niveles de máxima dependencia funcional y de máximo deterioro cognitivo. Esta escala universal, debiera permitir realizar un seguimiento más adecuado a la capacidad y evolución funcional de los mismos.

Métodos: El "test de Alusti", consta de 10 áreas de evaluación en su versión completa y de 5 en la abreviada. Valora la movilidad articular pasiva, la muscular activa, las transferecias, el tronco, la bipedestación, la marcha y su radio de acción, y con ojos cerrados, tándem y apoyo unipodal. La puntuación máxima en su versión completa es de 100 puntos y en la abreviada de 50 puntos. Su administración se realiza en 8 minutos en el test completo y en 5 minutos en el abreviado. Para valorar la fiabilidad interobservador, hemos evaluado de forma consecutiva y con dos profesionales diferentes, a 60 personas mayores institucionalizadas. A toda la población se les ha aplicado los dos test de forma consecutiva utilizando el alfa de Cronbach para valorar la concordancia interobservador (CCI). Se realiza una valoración multicéntrica en 3 Centros Gerontológicos, una Clínica Psicogeriátrica y población mayor comunitaria. Han sido evaluadas 363 personas con una edad media es de 83.25 años. La muestra es representativa de todos los niveles de funcionalidad física y cognitiva.

Resultados: El CCI ha sido de 0.992 para el Test Alusti completo y de 0,998 para su versión abreviada. El coeficiente de correlación intraclass de medidas únicas ha sido de 0,902 (IC95%: 0,879-0,921) y de medidas promedio ha sido de 0,948 (IC95%: 0,935-0,959). El análisis descriptivo de la población evaluada tiene los siguientes valores medios: Test de Alusti completo: 54,8; Test de Alusti abreviado: 29,8; Índice de Barthel: 47,1; SPPB: 6,5; TUG: 17,9. Velocidad de la marcha: 0,61.

Conclusiones: El "test de Alusti" ha demostrado facilidad y factibilidad para su administración y una excelente fiabilidad interobservador.

OC-063. TEST DE ALUSTI: FACTIBILIDAD Y CORRELACIÓN CON OTROS TEST FUNCIONALES

J.J. Calvo¹, J. Alustiza², J. Uranga³, O. Bueno⁴, T. Marcellán⁵, C. Sarasqueta⁶ y J.L. Azuara Laguía⁷

¹Servicios Sociosanitarios Gipuzkoa (SESOSGI), San Sebastián. ²Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregi, Alsasua. ³Residencia Zorroaga, San Sebastián. ⁴Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ⁵Casa de Misericordia de Pamplona, Pamplona. ⁶Instituto Biodonostia, San Sebastián. ⁷Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El test de Alusti de evaluación física y funcional, precisa ser contrastado para conocer su nivel de correlación con otros test funcionales.

Métodos: Realizamos una valoración multicéntrica en 4 Centros Gerontológicos y en población mayor comunitaria. Han sido evaluadas 363 personas (edad media: 83.25 años). La muestra es representativa de todos los niveles de funcionalidad física y cognitiva. Estudiamos la factibilidad de administrar diferentes test a los usuarios de la muestra. Posteriormente, se realiza el análisis de correlación

de Pearson entre las dos versiones del test de Alusti, el Índice de Barthel (IB), el Short Physical Performance Battery (SPPB), el Timed Up and Go (TUG), la escala Tinetti y la velocidad de la marcha (VM). Con la población con un IB de 95-100 puntos, realizamos un análisis correlacional con los resultados obtenidos en el test de Alusti. Evaluamos la sensibilidad del test de Alusti mediante los resultados obtenidos en 268 personas atendidas para realizar tratamiento rehabilitador, comparándose los mismos al ingreso y tras intervención.

Resultados: 1) Aplicabilidad; el Test de Alusti abreviado se ha podido administrar al 100% de la población al igual que el IB. En su versión completa se ha podido aplicar al 85% de la muestra. El resto de test han tenido una menor aplicabilidad: Tinetti 69,4%, SPPB 50,9%, VM 49,3%, TUG 49%. 2) Correlación con otros test; la media del índice de correlación de Pearson entre los 7 test evaluados, ha sido: Tinetti: 0,823, Alusti completo: 0,815, Alusti abreviado: 0,806, IB: 0,749, SPPB: 0,743, TUG: 0,678 y VM: 0,667. 3) Correlación del test de Alusti en población independiente según el IB; 57 personas cuyo IB oscila entre 95-100 puntos, obtienen unos resultados para el test de Alusti completo entre 66 y 100 puntos. 4) Sensibilidad; la recuperación física y funcional tras intervención ha sido de 18,1% tras aplicar el test de Alusti.

Conclusiones: El "test de Alusti" muestra: 1. Máxima aplicabilidad. 2. Excelente correlación con otras escalas de valoración funcional, cuya aplicabilidad es más limitada. 3. Buena capacidad discriminativa en población independiente. 4. Buena sensibilidad para el seguimiento evolutivo, tras intervención.

OC8: Fracturas

OC-064. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA A LO LARGO DE 10 AÑOS

C. Sáez Nieto, P. Pérez Rodríguez, P. Matovelle, I. Martín Maestre, R. Velasco Guzmán, T. Alarcón Alarcón y J.I. González Montalvo Hospital General Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Existen datos de que el perfil de los pacientes con fractura de cadera (FC) podría estar cambiando con un aumento de la edad y la comorbilidad en los mismos. Si fuera así, el sistema sanitario debería adaptarse a esos cambios.

Objetivos: Conocer los cambios en las características de los pacientes con FC y la evolución de los indicadores asistenciales en la Unidad de Ortogeriatria (UOG) a lo largo de 10 años.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron por FC desde 2007 a 2016 en la UOG de un Hospital General Universitario. Se analizaron de manera retrospectiva los registros de la base de datos de la Unidad de Ortogeriatria. Se incluyeron variables clínicas (edad, tipo de fractura, riesgo quirúrgico, situación funcional basal, situación mental, toma de anticoagulantes/antiagregantes, número de diagnósticos) e indicadores asistenciales (estancia prequirúrgica, estancia total, porcentaje de pacientes que cargan durante el ingreso, precedencia, destino al alta).

Resultados: Durante los 10 años de estudio la edad media osciló entre 84,4 y 86,2, el número de diagnósticos entre 8 y 9,9 y el índice de Barthel entre 72,3 y 79,3. El porcentaje de casos con alto riesgo quirúrgico osciló entre 64,6% y 82,6%. No se objetivó una tendencia en las características de los pacientes a lo largo de los años de estudio. Respecto a los indicadores, se produjo una reducción en la estancia media prequirúrgica y total (Desde 4,7 hasta 2,3 días y desde 12,1 hasta 7,8 días, respectivamente). Se mantuvo la tasa de pacientes intervenidos (entre el 95,9% y 93,9%) pero hubo un aumento del porcentaje de pacientes que cargaron durante el ingreso (83,5 en 2007 a

95,6% en 2016). No hubo un aumento en las derivaciones a la Unidad de Recuperación Funcional (29,9% en 2007 a 32,9% en 2016).

Conclusiones: A pesar de no haber cambios en el perfil de los pacientes con fractura de cadera en los 10 años de estudio, se produjo una mejora de los indicadores asistenciales de la Unidad de OrtoGeriatría, disminuyendo la estancia y mejorando la tasa de pacientes que deambulan al alta.

OC-065. EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO ASISTENCIAL HACIA LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA DE FRACTURA DE CADERA E ICTUS (ESTUDIO FRILBCN)

M. Mesas Cervilla, M. Colominas Callejas, A. Calle Eusquiza, L.M. Pérez Bazán, J. Castro Díez, N. Torrents Sese y M. Inzitari
Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona.

Objetivos: Las expectativas de personas mayores con discapacidad repentina, secundaria a una fractura de fémur (FF) o un ictus (I), son factor clave en la recuperación. Evaluamos diferencias entre las expectativas de rehabilitación del equipo sanitario respecto los pacientes.

Métodos: Estudio de cohortes. Pacientes ingresados por FF e I en unidades de rehabilitación geriátrica (2014-2016). Recogimos al ingreso: datos demográficos, diagnóstico principal, estado funcional previo: Índice de Lawton (IL), Índice de Barthel previo (IBp) y al ingreso (IBi). Las prioridades del paciente valoradas fueron; control del dolor, retorno a domicilio, marcha independiente y autonomía. Se midieron las expectativas de lograrlo (0-100) por el paciente y el equipo asistencial.

Resultados: Incluimos 202 pacientes, 102 FF y 100 I, mayoría mujeres (81,4% y 57%), edad media \pm DE = 85,4 \pm 5,9 y 79,7 \pm 13 años. El grupo FF presentaba peor situación funcional previa (IBp = 87,9 \pm 17,7 vs 91,5 \pm 13,3 e IL = 4 \pm 2,1 vs 3,9 \pm 2) aunque menor discapacidad al ingreso (IBi = 46,6 \pm 2,1 vs 38,6 \pm 18). Casi la mitad tenían estudios primarios (44% vs 41%), y había diferencia en estado civil (viudo 62,7% vs 46%) y vivir solo (46,1% vs 34%). Ambos grupos (FF vs I) priorizaron la recuperación de la marcha (29,4% vs 33%), seguida por controlar el dolor (24,5% vs 29%), recuperar autonomía (26,5% vs 24%), y regresar al domicilio (18,6% vs 12%). En FF, la expectativa de recuperación de autonomía del paciente fue superior al equipo (78,9 \pm 16,9 vs 73,5 \pm 21,5, $p = 0,03$) no había diferencias en dolor (89,8 \pm 15 vs 88,5 \pm 13,3, $p = 0,5$), mientras fueron inferiores en recuperación de marcha (80 \pm 18,5 vs 84,6 \pm 16,8, $p = 0,025$) y regreso a domicilio (83,7 \pm 17,5 vs 90 \pm 17, $p = 0,017$). En I, las expectativas para marcha (74,2 \pm 20,6 vs 74,1 \pm 25,9, $p = 0,976$), retorno domicilio (77,6 \pm 22,7 vs 79,6 \pm 26, $p = 0,583$) y control del dolor (92,4 \pm 16,5 vs 89,4 \pm 14,9, $p = 0,173$) no diferían, mientras los pacientes tenían significativamente más expectativas de recuperar autonomía, respeto al equipo (73,3 \pm 21,9 vs 63,4 \pm 25,7, $p = 0,004$).

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes en rehabilitación geriátrica, el equipo presentó expectativas inferiores que los pacientes sobre la recuperación de autonomía, sobretodo en un proceso de alto impacto discapacitante como el ictus. Esto refuerza la necesidad de trabajar la adaptación y el consenso con el paciente.

OC-066. EVOLUCIÓN DE LA ORTOGERIATRÍA EN HUESCA

A. Narvió Carriquiri¹, E. Ubis Díez¹, R. Rodríguez Herrero², J. Galindo Ortiz de Landazuri¹, I. Peralta Gascón³, L. Morlans Gracia¹ y R. Sander¹

¹Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca. ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ³Hospital San Jorge, Huesca.

Objetivos: Describir la evolución de la actividad de OrtoGeriatría en el Servicio de Traumatología del Hospital San Jorge de Huesca.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad realizada por geriatría y recogida en bases de datos Excel desde el año 2011 al

2016. Variables analizadas: edad, sexo, patología que motiva ingreso (fractura de cadera, artroplastias...), estancia, destino al alta (hospital de recuperación funcional, residencia, HDG...).

Resultados: N° 2.250 pacientes mayores de 70 años que ingresan en Servicio de Traumatología del Hospital San Jorge de Huesca durante los años 2011 al 2016. Ingresos por fractura de cadera: n° 945 (42%). Edad media 83,82 años. El 72,4% eran mujeres. En 2011 la estancia media fue de 12,88 días y la estancia prequirúrgica de 3,83 días, frente a 9,3 días y 2,85 días en el año 2016. El 56,67% se trasladaron a la Unidad de Recuperación Funcional en 2011 frente al 53,71% en 2016; al alta fueron a residencia el 11,38% en 2011 frente al 17,7% en 2016. Ingreso por artroplastia de cadera o rodilla: n° 478 (21,2%). En 2011 el 27% de los pacientes tenían más de 80 años frente al 47,54% en 2016. La estancia media de 10,49 días en 2011, frente a 8,31 días en 2016. Ingreso por resto de patología: n° 827 (36,8%). Edad media 77,89 años siendo el 70,6% eran mujeres.

Conclusiones: En estos años se ha objetivado una disminución de la estancia media así como de estancia prequirúrgica. Se aumenta el porcentaje de pacientes > 80 años a los que se realiza artroplastia sin repercusión en la estancia media.

OC-067. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CENTENARIOS INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE POR FRACTURA DE CADERA EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

V. Romero Estarlich, N. Montero Fernández, A. Benjumea Carrasco, I. López Torres, F.J. Vaquero Martín, M.T. Vidán Astiz y J.A. Serra Rexach

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Revisión y descripción quirúrgica, clínica y funcional de pacientes centenarios ingresados en Traumatología por fractura de cadera durante los años 1996-2016.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con datos de los registros de la Unidad de OrtoGeriatría y de la historia clínica desde el año 1999 hasta el 2016. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de procedencia), comorbilidad (Índice Charlson), características quirúrgicas (tipo de fractura, retraso quirúrgico, intervención quirúrgica, complicaciones), complicaciones médicas, situación funcional (Índice de Barthel) y de la marcha (FAC) pre y posquirúrgica, estancia media, mortalidad intrahospitalaria, así como la mortalidad al mes y al año de la cirugía.

Resultados: Se analizaron un total de 51 mujeres y 9 varones con una edad media de 101,32 años (DE 1,70). El tipo de fractura más frecuente fue la pertrocanterea con 31 casos (51,7%) seguida de la subcapital con 16 casos (28,4%). El retraso quirúrgico medio fue de 48 horas. El Índice de Barthel medio al ingreso fue de 61,71 (DE 29,10) con FAC 3,28 (DE 1,49). El índice de Barthel al alta fue de 27,66 (DE 14,07). Sufrieron complicaciones médicas el 71,4% (43) y quirúrgicas el 20,75% (12), con necesidad de reintervención en un 3,6% de los casos. Las principales complicaciones médicas fueron: cuadro confusional agudo que apareció en el 53,4% (32), fracaso renal agudo en el 23,3% (14), infección del tracto urinario en el 21,7% (13) e infección respiratoria en el 28,7% (17). La supervivencia media fue de 12,25 meses con un 10,7% (6) de mortalidad intrahospitalaria. A los 30 días había fallecido el 13,3% (8) frente al 68,3% (41). Al año la mortalidad fue del 36,7% (22) frente al 45,0% (27). Al alta el 61,7% (37) regresaron a domicilio previo, el 20% (12) se institucionalizó y el 1,7% (1) a Unidad de Media Estancia.

Conclusiones: Los pacientes centenarios son cada vez más frecuentes en nuestra práctica clínica. La situación funcional basal y el tipo de fractura condicionan la decisión quirúrgica. Recuperar su situación funcional previa y salvar las distintas complicaciones constituye un reto que requiere el abordaje interdisciplinar de las unidades de OrtoGeriatría.

OC-068. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN HOSPITALARIA DE UNA RUTA ASISTENCIAL TERRITORIAL DE LA FRACTURA DE CADERA. RESULTADOS PRELIMINARES

J.M. Cancio Trujillo¹, M. Trullols Cardona¹,
J.M. Pérez-Castejón Garrote¹, J. Cunill Oller¹
y S. Santauegenia González²

¹CSS el CARME. Badalona Serveis Assistencials (BSA), Badalona.

²Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 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. Etxebarria-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. Se aplica en el 2015.

Resultados: En el estudio observacional retrospectivo entre los años 2013-2015, se ha producido un aumento de su incidencia de 388 a 417 casos en el 2015. Con una disminución progresiva de la Estancia Media en los hospitales de agudos de 2 días, 9,5 días en 2015. Mejorando su derivación a centros de convalecencia del 27,8% al 43,2%. También destacar la mejora de la supervivencia a los 30 y los 365 días del 1%. Disminuyendo los reingresos a los 30 días en el 2%. Manteniéndose las cifras de mortalidad hospitalaria en torno al 5%. Y destacar como las medidas de prevención secundaria de la osteoporosis han mejorado, como medida imprescindible de cara a evitar nuevas fracturas. Así la suplementación con vitamina D ha pasado del 42,7% al 69,3%, y la medicación antiosteoporosis al alta del 16,9 al 39,5%.

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. Ha aumentado la derivación desde el hospital de agudos a las unidades de convalecencia. La mortalidad se mantiene estable. Incrementado de forma notable el tratamiento de la prevención secundaria de la osteoporosis al alta.

OC-069. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRESORTIVO/OSTEOFORMADOR PARENTERAL AL AÑO DE UN INGRESO POR FRACTURA DE CADERA

A. Gamboa Arango¹, E. Duaso¹, F. Formiga², P. Marimón¹,
M. Sandiumenge¹, E. Escalante¹ y C. Lumbreras¹

¹Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada. ²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: De los pacientes atendidos en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) por fractura de cadera por fragilidad ósea (FCFO) (periodo 2010-2013) al año de seguimiento, solo el 65% tomaban el tratamiento con bifosfonato oral semanal prescrito al alta.

Objetivos: Prescribir, al alta de la UGA por FCFO, medicación parenteral antirresortiva/osteofomadora (en lugar de antirresortiva oral) en prevención secundaria posfractura, seguimiento en la Unidad de Fractura Osteoporótica (UFO) y conocer la adherencia al año. Analizar los factores pronósticos con dicha adherencia.

Métodos: Estudio prospectivo de análisis de datos bivalente para los factores relacionados y multivariante para los predictores de adherencia en la muestra prospectiva (año 2015). Se recogieron variables demográficas, Índice Lawton; Índice Barthel previo, ingreso y alta -IBp, IBI, IBa-; capacidad de la marcha previa y alta -FACp, FACA-; cognición -GDS-, Índice de Charlson -IC-; déficits sensitivos, espera

quirúrgica; ASA; estancia hospitalaria; destino alta, nº fármacos previos y alta; prescripción farmacológica antiosteoporótica (antirresortiva/osteofomadora) alta y 12 meses de seguimiento. Estudio estadístico con SPSS 19.0.0.

Resultados: De 1 marzo a 31 diciembre 2015, al alta, se prescribió tratamiento antirresortivo/osteofomador parenteral a 91 (93,81%) pacientes de los 97 atendidos por FC. De estos 91 pacientes, a los 12 meses vivían 69 (75,82%); 60 (86,95%) con adherencia al tratamiento parenteral y 9 (13,05%) sin adherencia. La edad media era de 85,37 ± 4,940 con 81,7% de mujeres. En el análisis bivalente se asociaron con adherencia al tratamiento, el no haber presentado *delirium* durante el ingreso (No/Si): 28 (46,7%)/32 (53,3%)/1 (11,1%)/8 (88,9%) (p = 0,044) y un mejor IBI: 11,67 ± 10,279/6,11 ± 3,333 (p = 0,002). Ninguna de las dos variables se mantuvo en el análisis multivariante.

Conclusiones: El tratamiento parenteral con antirresortivo/osteofomador al alta de la UGA por FCFO y el seguimiento en la UFO, consiguen aumentar los porcentajes de adherencia en los pacientes ancianos con FCFO. De los factores evaluados, solo el no haber presentado *delirium* durante el ingreso y un mejor IBI se relacionan con la adherencia al año de tratamiento. En nuestro modelo, no hallamos factores pronósticos predictivos de adherencia a dicho tratamiento.

OC-070. UTILIDAD DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL PARA PREDECIR EL RIESGO DE FRACTURA DE CADERA. ESTUDIO TRANSVERSAL DE 1.824 PACIENTES

R. Ramírez Martín¹, M.V. Castell Alcalá², T. Alarcón¹,
P.P. Ríos Germán¹, M. Díaz de Bustamante Ussia¹, R. Queipo³
y J.I. González Montalvo¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Centro de Salud Doctor Castroviejo, Madrid. ³Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Introducción: La fractura de cadera (FC) es la fractura por fragilidad que conlleva mayor gravedad. Su atención supone un reto para la atención sanitaria, por lo que sería útil conocer los factores de riesgo de la misma.

Objetivos: Conocer las características de las personas mayores obtenidas mediante una Valoración Geriátrica Integral (VGI) que sirvan para detectar el riesgo de padecer una FC.

Métodos: Se realizó un estudio transversal. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados por FC en un Hospital Universitario durante 1 año (Cohorte FONDA). Como controles se incluyó una muestra representativa de la población > 65 años del mismo área de salud (Cohorte Peñagrande). Se recogieron las variables demográficas y de la VGI: Deterioro funcional, deterioro cognitivo, índice de masa corporal (IMC) y fuerza de prensión manual. Se realizó un análisis bivalente entre las variables anteriores y la variable "Fractura de cadera" y un análisis multivariante de regresión logística incluyendo las variables con significación estadística en el análisis bivalente. Se analizó el número de factores de riesgo presentes en cada individuo.

Resultados: Se incluyeron 509 pacientes con FC y 1315 controles. Las variables asociadas con la presencia de FC fueron: deterioro funcional OR 6,74 (4,76-9,53), IMC < 22 Kg/m² [OR 2,87 (1,83-4,52)], sexo [OR 2,56 (1,87-3,50)], edad [OR 2,51 (1,81-3,46)], fuerza prensión manual [OR 2,09 (1,40-3,11)] y deterioro cognitivo [OR 1,8 (1,28-2,54)]. Se agrupó a los pacientes según el número de factores de riesgo (FR) que sumaban: 0 FR (4,3% de casos vs 95,7% de controles), 1 FR (8,1% vs 91,9%), 2 FR (16,3% vs 83,7%), 3 FR (46,9% vs 53,1%), 4 FR (70,8% vs 29,2%), 5 FR (73,8% vs 26,2%) y 6 FR (87,5% vs 12,5%).

Conclusiones: La VGI aporta ítems cuya presencia permite detectar a los ancianos con mayor probabilidad de padecer una FC. La presencia de deterioro funcional previo, bajo IMC, sexo femenino, edad > 85 años, la baja fuerza muscular y deterioro cognitivo se asocian fuertemente con la presencia de esta patología. Cuando están presentes 3 o más factores la probabilidad de esta fractura aumenta 13 veces.

OC-071. ARTROPLASTIA TOTAL O PARCIAL EN LA FRACTURA INTRACAPSULAR DE FÉMUR: 2 PROCEDIMIENTOS, 2 REALIDADES

M. Moreno Ariño, C. Ferrer Ferrer y P. Alcalde Tirado

Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Objetivos: La fractura intracapsular (IC) de fémur es una entidad común en el anciano que asocia una importante carga de mortalidad y dependencia. Históricamente ha existido controversia en la elección del tipo de artroplastia de cadera, total (ATC) o parcial (HA). El objetivo de este estudio es identificar los factores diferenciales en el perfil de paciente sometido a cada técnica, y posteriormente corroborar la existencia de diferencias en cuanto a resultados al seguimiento.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de cohorte histórica de pacientes atendidos en un hospital general con fractura IC intervenida mediante artroplastia en el periodo 2014-2015. Se describen las características basales, el tipo de cirugía, aspectos relacionados con el ingreso y se realiza un seguimiento a los 6 y 12 meses.

Resultados: Se han evaluado 155 casos. Un 58,7% se someten a HA y el resto a ATC. El primer grupo son mayores (edad media 87,79 vs 78,73 años, $p = 0,000$), con mayor comorbilidad (índice de Charlson abreviado 2,26 vs 1,52 sobre 10, $p = 0,002$), previamente existe una peor situación cognitiva (demencia 57,14% vs 25%, $p = 0,000$) y funcional (índice de Barthel - IB 59,62 vs 86,33 sobre 100, $p = 0,000$) con menor proporción de deambulación extradomiciliaria (48,35% vs 89,06%, $p = 0,000$). Se observa una mayor demora quirúrgica en las ATC (2,52 vs 3,25 días $p = 0,008$), sin hallar diferencias en la necesidad de transfusión de hemoderivados. Existe una mayor mortalidad al año en la HA (32,97% vs 10,94%, $p = 0,007$), con similar tasa de reingresos y reintervenciones. Hay mayor pérdida funcional en el grupo de HA (-26,05 vs -13,47 puntos IB, $p = 0,000$) así como mayor tasa de institucionalización (25,93% vs 8,33%, $p = 0,002$).

Conclusiones: La elección de la prótesis se ajusta claramente a un distinto perfil de paciente, existiendo diferencias en cuanto a resultados al año. Delante de una misma patología, nos encontramos con dos realidades muy distintas según el procedimiento quirúrgico empleado.

OC-072. UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA D EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

E. Lueje Alonso, L.D.R. Evangelista Cabrera, V. Garay Airaghi,

L. Fernández Arana y J. Mora Fernández

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar la efectividad de un protocolo de manejo de la deficiencia de Vitamina D durante el ingreso por fractura de cadera y la respuesta al mismo a corto plazo.

Métodos: Estudio prospectivo, se incluyeron 203 pacientes > 65 años ingresados por fractura de cadera por fragilidad (septiembre 2015-diciembre 2016). Se seleccionaron pacientes con niveles de Vitamina D < 30 ng/mL ($n = 188$). Se obtuvieron variables funcionales (I. Barthel, FAC), comorbilidad (CIRS-G), tipo de fractura, riesgo quirúrgico (ASA), tratamiento al alta. Se realizó seguimiento a 75 pacientes valorando funcionalidad (I. Barthel), y relación entre variables basales y niveles de Vitamina D (VitD) a los 90 días en función de la pauta de reposición aplicada. Análisis estadístico: chi-cuadrado, t-Student, ANOVA. SPSS 23.0.

Resultados: $n = 203$, VitD ingreso 11,2 (RI 6,9-18,1): < 10 41,4%, 10-20 35,5%, 20-30 15,8% y ≥ 30 6,9%. De los pacientes con VitD < 30: 76,1% mujeres, edad media 85,4 (DE 6,6). I. Barthel 90 (RI 75-95). I. Barthel > 80 68,1%, FAC > 3 77,7%, CIRS-G ≥ 12 56,9%. Fractura subcapital 43,1%, pertrocantérea 43,6%. ASA ≥ 3 66,5%. Suplementación con calcifediol durante ingreso: 180.000 UI 79,3%, 64.000 UI 11,3%, no recibió 9,6%. Tratamiento antiosteoporótico al alta 78,7% (96,6% antirresortivo, 3,4% osteoformador), calcio-VitD 91,0%. Seguimiento a 90 días ($n = 75$): Mediana de I. Barthel de 74 (RI 50-90) que corresponde al 82,2% del I. Barthel basal. VitD: 30,2 (RI 23-42). Se objetivó

un incremento significativo de niveles de VitD a los 90 días ($p = 0,004$). El incremento se asoció a usar suplementos de calcio-VitD y dosis extras de VitD al alta, respecto a usar sólo calcio-VitD y no usar suplementos ($p = 0,001$). No hubo diferencias significativas entre la dosis de VitD durante el ingreso y el incremento de VitD. Se encontraron diferencias significativas entre usar suplementos de calcio-VitD a los 90 días y alcanzar VitD > 20 ng/mL ($p = 0,004$).

Conclusiones: La suplementación con calcifediol durante el ingreso hospitalario no es suficiente para conseguir niveles normales de VitD a los 90 días de la fractura. La suplementación con calcio-VitD tras el ingreso hospitalario sería insuficiente y precisaría de dosis extras de vitamina D para asegurar dichos niveles. Este tipo de pauta parece segura en nuestra muestra sin observar ningún caso de toxicidad en el seguimiento.

OC9: Fragilidad y factores relacionados

OC-073. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE PERFILES DE PACIENTES FRÁGILES EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Machón Sobrado¹, M. Mateo-Abad², F. Rivas-Ruiz³, A. Díez⁴, E. Contreras-Fernández⁵, M. Padilla-Ruiz³ e I. Vergara¹

¹Unidad de Investigación de AP-OSIs Gipuzkoa, Osakidetza, Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, San Sebastián. ²Unidad de Investigación de AP-OSIs Gipuzkoa, Osakidetza, Kronikgune, San Sebastián. ³Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Unidad de Investigación, Hospital Costa del Sol, Málaga. ⁴Centro de Salud de Beraun, Osakidetza, Rentería, Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, San Sebastián. ⁵Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Distrito Atención Primaria Costa del Sol, Málaga.

Objetivos: Identificar y describir perfiles de pacientes frágiles en atención primaria a través de variables sociodemográficas, de estado de salud y de herramientas de fragilidad.

Métodos: Estudio transversal descriptivo anidado en una cohorte prospectiva multicéntrica (Málaga y Gipuzkoa) de dos años de individuos de ≥ 70 años, autónomos (Barthel > 90) y no institucionalizados. En la valoración basal se recogieron las siguientes variables mediante entrevista personal: características sociodemográficas, fragilidad (índice de fragilidad de Tilburg-IFT; Gerontopole Frailty Scale-GFS; velocidad de la marcha-VM; test de levántate y anda cronometrado-LAC), salud percibida, polifarmacia y enfermedades, entre otras. Se realizó un análisis de correspondencias múltiple (ACM) para sintetizar la información contenida de las variables anteriormente descritas en dimensiones y un análisis de cluster para identificar grupos de sujetos a partir de los resultados obtenidos en el ACM. Posteriormente, se desarrolló un análisis comparativo de los sujetos agrupados en clusters.

Resultados: Se incluyeron 867 individuos (52,7% mujeres) con una edad media de 78,2 (4,95) años. La prevalencia de fragilidad oscilaba entre un 23% (VM) y un 38% (LAC). En el ACM se obtuvieron dos dimensiones que explicaban el 75% y el 10% de la varianza, respectivamente: la primera distinguía entre frágiles y robustos y la segunda diferenciaba dos tipos de fragilidad (una basada en el rendimiento físico y la otra en la carga de enfermedad y la salud percibida). Al considerar estas dos dimensiones, los pacientes se distribuyeron en tres clusters: 1. Pacientes robustos; 2. Pacientes frágiles con un bajo nivel de rendimiento físico; 3. Pacientes frágiles con un alto grado de comorbilidad y un mal estado de salud percibida. Al comparar los 3 clusters se vio que los pacientes del cluster 3 eran los más jóvenes (edad media

C1 77,6; C2 80,5; C3 77,3, $p < 0,001$), presentaron con mayor frecuencia polifarmacia (C1 58%; C2 85%; C3 93%; $p < 0,001$) y percibían peor su salud (C1 10%; C2 38%; C3 86%; $p < 0,001$), entre otros.

Conclusiones: En este estudio se identificaron tres grupos diferentes de pacientes (uno robusto y dos tipos de fragilidad), cuyas características pueden ser utilizadas para la identificación y abordaje de la fragilidad en atención primaria.

OC-074. VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD: KIHON CHECKLIST

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

Objetivos: La fragilidad como concepto multidimensional y principal predictor de discapacidad y calidad de vida, tiene una gran relevancia en los sistemas de atención a la persona mayor. Por ello, la valoración de la fragilidad desde diferentes perspectivas es un factor clave para detectar la prevalencia de este síndrome geriátrico en personas de 65 o más años que residen en la comunidad. Una de estas herramientas, con carácter multidominio, es la Kihon Checklist, muy utilizada en población mayor japonesa. El objetivo de este trabajo fue traducir dicha herramienta al español para poder identificar la presencia de fragilidad en personas mayores.

Métodos: Se realizó la traducción y adaptación de la versión inglesa del instrumento Kihon Checklist al español. En el procedimiento de traducción inversa participaron 12 profesionales de la salud. Para la concordancia entre los conceptos se llevaron a cabo grupos de discusión para asegurar la adecuación y comprensión de la versión traducida al español por el colectivo de personas de 65 o más años. Posteriormente, para comprobar la validez de los términos utilizados, se tradujo directamente dicha versión a japonés mediante un programa informático de traducción.

Resultados: La versión española de la Kihon Checklist incluye 25 preguntas con respuesta dicotómica sí/no que evalúa el estilo de vida-referido a las actividades instrumentales de la vida diaria, la fuerza física, el estado nutricional, la función oral, la reclusión en el hogar y la función cognitiva, así como el riesgo de depresión. Puntuaciones superiores a 9 puntos en el área referida a estilo de vida implica presencia de fragilidad.

Conclusiones: La traducción al español de la Kihon Checklist representa una medida diferente para la evaluación multidimensional de la fragilidad e identificación de posibles efectos adversos al clasificar a las personas en situaciones de "riesgo de caída", "pre-fragilidad", "fragilidad oral", "aislamiento", y "fragilidad severa". Por lo tanto, una detección efectiva del síndrome puede prevenir consecuencias negativas en el colectivo de personas mayores. Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-075. IMPORTANCIA DE LA TRANSICIÓN ENTRE LOS NIVELES DE FRAGILIDAD EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA

R. López-López¹, L. Lorenzo-López¹, A. Maseda¹, V. Vilar¹, L. Regueiro-Folgueira¹, M. Gandoy-Crego² y J.C. Millán-Calenti¹
¹Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.
²Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública, Facultad de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivos: Los sujetos pre-frágiles presentan un riesgo aumentado de convertirse en frágiles, sin embargo la evidencia sugiere que respon-

den mejor a la aplicación de intervenciones preventivas. Con su detección precoz se logra reducir la prevalencia de fragilidad, gracias a su carácter dinámico y reversible. Basándose en esta premisa, el principal objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de pre-fragilidad en individuos sanos.

Métodos: Se realizó un estudio transversal observacional en una muestra comunitaria representativa de personas ≥ 65 años, estratificada en rural ($n = 375$) y urbana ($n = 374$), reclutada en asociaciones de Galicia. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas. La fragilidad se definió según el índice de fragilidad de Fried: pérdida de peso $> 4,5$ kg/año no intencionada, cansancio, bajo nivel de actividad física, lentitud en la velocidad de la marcha y debilidad muscular. La prefragilidad se definió por la presencia de 1-2 de estos criterios, y la fragilidad por la de ≥ 3 . La asociación de variables cualitativas se determinó por medio del estadístico chi cuadrado y la comparación de medias a través de análisis de varianza (ANOVA), con una significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: El 71,2% del total de la población urbana, y el 72,5% de la rural fueron catalogados como pre-frágiles, siendo la debilidad muscular el principal criterio alterado: 94,8% en zonas urbanas ($\chi^2(2, n = 375) = 310,31, p < 0,0001$) y 95,2% en rurales ($\chi^2(2, n = 374) = 311,60, p < 0,0001$). La prevalencia de pre-fragilidad fue mayor en mujeres y en edades comprendidas entre 75-84 años, disminuyendo con el aumento de la edad a favor de la fragilidad ($\chi^2(10, n = 749) = 73,44, p < 0,0001$).

Conclusiones: La pre-fragilidad puede utilizarse como marcador preventivo para identificar la población diana sobre la que enfocar estrategias de manejo y control de la fragilidad. Del mismo modo, la alta prevalencia de pre-fragilidad obtenida en nuestro estudio aporta información sobre posibles factores de riesgo y protectores, como puede ser el asociacionismo. Nos alerta además, de la necesidad de desarrollar intervenciones tempranas que eviten la progresión en un corto periodo de tiempo a estados de fragilidad, de las tres cuartas partes de nuestra población de estudio.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OC-076. FACTORES RELACIONADOS CON FRAGILIDAD COMO PREDICTORES DE LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA. THE SARCOPENIA AND FUNCTION IN AGING REHABILITATION (SAFARI) ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A. Calle¹, G. Onder², A. Morandi³, G. Bellelli³, E. Ortolani², L.M. Pérez¹ y M. Inzitari¹

¹Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona. ²Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Rome.

³Department of Rehabilitation and Aged Care of the Fondazione Camplani, Ancelle Hospital, Cremona.

Objetivos: Condiciones relacionadas con fragilidad como sarcopenia, desnutrición y deterioro cognitivo se han descrito como predictores de recuperación funcional. Quisimos identificar aquellos factores relacionados con la fragilidad asociados a la mejoría funcional en pacientes post-ictus y post-cirugía ortopédica.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico realizado en tres unidades de rehabilitación geriátrica (Barcelona, Cremona, Roma) (diciembre 2014-abril 2016), incluyendo pacientes ≥ 65 años post-ictus y post-cirugía ortopédica. Variables independientes: datos demográficos, diagnóstico principal, índice de Charlson (IC), número de fármacos, estado funcional previo y al ingreso (Índice de Barthel (IB)), velocidad de la marcha (VM), desnutrición (MNA), estado cognitivo (MMSE), presencia de delirium (CAM)), fuerza de prensión, masa muscular y sarcopenia (criterios EGWSOP y SAFARI). Fue reevaluado el IB a los 30 días. Variables dependientes: Ganancia Funcional Absoluta (GFA) (IB30d-BI ingreso) y Ganancia Funcional Relativa

(GFR) (GFA/BI previo-BI ingreso \times 100). GFA \geq 20 y GFR \geq 60, se consideraron clínicamente relevantes. Se realizó un análisis bivariado y las variables significativas y clínicamente relevantes se incluyeron en el análisis multivariante de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 459 pacientes (80,6 \pm 8,7 años), 66% mujeres, 69,5% post-cirugía ortopédica. La comorbilidad (IC = 4, IQR5-2) y la discapacidad (IB = 40, IQR60-25) fueron moderadas. Tendencia a deterioro cognitivo (MMSE = 22,9 \pm 5,6) y riesgo de desnutrición (MNA = 12, IQR9-12). La sarcopenia fue prevalente (EGWSOP 86,6% y SAFARI 74,3%). Más de la mitad consiguió una ganancia funcional (GFA 6,6% y GFR 53,5%). En el análisis multivariado, post-ictus ($p < 0,001$), mejor estado funcional al ingreso (posible efecto techo) ($p < 0,001$) y baja masa muscular ($p = 0,015$) redujo la GFA, mientras que una mejor situación funcional previa ($p < 0,001$) y cognitiva al ingreso ($p = 0,045$) aumentó la probabilidad de mejora funcional. El ingreso post-ictus ($p = 0,009$) se asoció negativamente con GFR y un mejor IB al ingreso ($p = 0,018$) y VM ($p = 0,015$) aumentaba la probabilidad de mayor GFR.

Conclusiones: Pacientes post-ictus sometidos a rehabilitación geriátrica con una baja masa muscular se asoció con menor recuperación funcional. Por el contrario un mejor estado cognitivo y funcional previo al ingreso, se asocian con mejoría funcional. La sarcopenia y desnutrición no mostraron ninguna asociación con mejoría funcional. Considerar las variables relacionadas con la fragilidad en la rehabilitación geriátrica podría ser importante.

OC-077. FRAGILIDAD Y RESULTADOS DE SALUD ESPECÍFICOS POR ENFERMEDAD: ESTUDIO FRADEA

L. Plaza Carmona, I. Huedo Ródenas, S. Lozoya Moreno, M. López Utiel, M. León Ortiz, L. Romero Rizos y P. Abizanda Soler
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Analizar si el estado de fragilidad modula los resultados de salud específicos de la insuficiencia cardiaca (IC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus (DM) en mayores.

Métodos: 866 mayores de 70 años incluidos en la cohorte FRADEA, seguidos durante la tercera ola. Se analiza el efecto ajustado de la fragilidad con criterios Fried sobre la mortalidad o discapacidad incidente en ABVD de los participantes con EPOC, IC y DM mediante regresión logística y Kaplan-Meier. La categoría de referencia fue la de aquéllos sin patología y robustos, y frente a ella se compararon los Prefrágiles sin enfermedad (G1), los Frágiles sin enfermedad (G2), los Robustos con enfermedad (G3), los Prefrágiles con enfermedad (G4) y los Frágiles con enfermedad (G5).

Resultados: Edad 78,7 (DE 6). 514 mujeres (59,4%). Robustos 216 (24,9%), Prefrágiles 482 (55,7%), Frágiles 168 (19,4%). Charlson 1,2 (DE 1,5). El riesgo de mortalidad o discapacidad incidente durante el seguimiento fue el siguiente para cada grupo. EPOC: G1 (OR 2,5; IC95% 1,5-4,3), G2 (OR 7,2; IC95% 3,7-14,1), G3 (OR 0,7; IC95% 0,2-2,3), G4 (OR 1,9; IC95% 0,7-5,1) y G5 (OR 5,3; IC95% 1,4-19,5). IC: G1 (OR 2,5; IC95% 1,5-4,1), G2 (OR 7,5; IC95% 4,0-14,1), G3 (OR 0,0; IC95% 0,0-0,0), G4 (OR 5,2; IC95% 1,6-16,4) y G5 (OR 7,6; IC95% 2,2-26,8). DM: G1 (OR 2,4; IC95% 1,3-4,2), G2 (OR 6,4; IC95% 3,2-12,8), G3 (OR 0,6; IC95% 0,2-2,1), G4 (OR 2,1; IC95% 0,8-5,5) y G5 (OR 8,1; IC95% 2,4-27,3). La media de supervivencia para cada grupo en cada enfermedad fue en EPOC (referencia 1.618 días, G1 1.316 días, G2 1.007 días, G3 1.689 días, G4 1.318 días y G5 776 días; Log Rank 172,8; $p < 0,001$), en IC (Log Rank 168,6; $p < 0,001$) y en DM (referencia 1.633 días, G1 1.359 días, G2 979 días, G3 1.603 días, G4 1.253 días y G5 952 días; Log Rank 162,9; $p < 0,001$).

Conclusiones: La presencia de fragilidad confiere un riesgo ajustado aumentado de mortalidad o discapacidad incidente en ABVD a la presencia o ausencia de EPOC, insuficiencia cardiaca o diabetes en mayores de 70 años.

OC-078. FRAGILIDAD EN LOS PACIENTES MAYORES SOMETIDOS A RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO EN FUNCIÓN DE LA TÉCNICA DE TRATAMIENTO (TRANSCATÉTER VS. QUIRÚRGICA)

J. Albéniz, P. Fernández Montalbán, C. Lozano, L. Salido, M. Michelena, E. Sánchez y A. Cruz Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Comparar la prevalencia de fragilidad basal según el fenotipo de Fried entre los pacientes mayores con diagnóstico de estenosis aórtica grave sintomática tratados mediante TAVI frente a los sometidos a cirugía.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, unicéntrico. Criterios de inclusión: todos los pacientes admitidos de forma consecutiva (programada o urgente) para someterse a un recambio valvular aórtico mediante TAVI (por estenosis aórtica) o cirugía (por estenosis o doble lesión aórtica) en un plazo de 16 meses. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales y clínicas (EuroSCORE 1, NYHA). La fragilidad se diagnosticó según los cinco criterios de Fried en tres niveles (robustos, prefrágiles, frágiles). Se registró también la estancia media y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes (58,9% sometidos a TAVI y 41,1% a (70,5% por estenosis aórtica, 13,6% por doble lesión aórtica y 15,9% sometidos simultáneamente a cirugía coronaria). Los pacientes de TAVI fueron mayores (edad media 82,0 \pm 8,3 años vs 78,0 \pm 4,7, $p = 0,01$), sin diferencias en la distribución de sexo ni la situación social (viviendo en su mayoría en domicilio con cónyuges). El grupo tratado con TAVI era más dependiente (número medio de ABVD 5,3 \pm 0,9 vs 5,8 \pm 0,4, $p = 0,06$, de AVD instrumentales 5,3 \pm 2,2 vs 5,8 \pm 1,5, $p = 0,27$). El EuroSCORE medio fue mayor en estos pacientes (12,3 \pm 7,4 vs 8,2 \pm 5,0, $p = 0,03$), que mostraban peor clase funcional cardiaca (73% vs 24,4% en clase NYHA III-IV, $p = 0,01$). La prevalencia de fragilidad fue similar en ambos grupos: frágiles 30,2% en TAVI vs 27,3% en cirugía, prefrágiles 28,6% vs 43,2%). Tampoco existieron diferencias en la velocidad de la marcha o el grado de debilidad muscular. La estancia media fue menor en los sometidos a TAVI (9,3 \pm 11,7 vs 10,9 \pm 16,2 días, $p = 0,045$) sin observarse diferencias en mortalidad hospitalaria 1,6% vs 2,7%, $p = 0,7$).

Conclusiones: Los pacientes mayores sometidos a una TAVI para tratar una valvulopatía aórtica son mayores y más dependientes para las ABVD que los sometidos a cirugía valvular. Tienen además mayor puntuación en el EuroSCORE y peor clase funcional de la NYHA. Sin embargo, la prevalencia de fragilidad, que fue elevada en ambos grupos, fue similar en ambos grupos.

OC-079. PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

P. Fernández-Montalbán, J. Albéniz, E. Sánchez, V. Rodríguez, A. Martínez, A. Merello y A.J. Cruz-Jentoft
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir prevalencia de sarcopenia en pacientes ancianos al ingreso en una Unidad de Agudos de Geriátría (UAG), sus características y las diferencias entre sarcopénicos frente a no sarcopénicos.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional de todos los pacientes ingresados en una UAG de un hospital terciario desde diciembre 2016 a febrero 2017. Se diagnosticó de sarcopenia a los pacientes con baja masa muscular medida con bioimpedanciometría (usando la fórmula de Jansen) y baja fuerza muscular (medida con un dinamómetro de Jamar). Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales, clínicas, mediciones antropométricas, estancia media y mortalidad intrahospitalaria. Se comparó el grupo de sarcopénicos frente a los no sarcopénicos.

Resultados: Ingresaron 147 pacientes, de los cuales, se incluyeron 81 (60% mujeres, edad media 93 \pm 4 años). Estancia media 7 \pm 5 días. Mortalidad intrahospitalaria 7%. Prevalencia sarcopenia al ingreso 67%, edad media 94 \pm 3 años. El porcentaje de mujeres fue mayor en pacien-

tes sarcopénicos (74% vs 26%, $p < 0,01$). De los sarcopénicos, casi 30% estaban institucionalizados y de los que vivían en domicilio, 41% lo hacían con cuidador. 31% no caminaba (FAC = 0). 69% eran dependientes para ABVDs (Katz < 5). 52% estaban malnutridos (MNA ≤ 7) pero casi la mitad presentaban IMC > 28. 54% presentaba demencia siendo el 38% grave (GDS ≥ 6). 72% índice de comorbilidad moderado (CIRS > 2 y ≤ 3). 72% presentaban diagnóstico principal de infección seguido del 18% con ICC. Por tanto, los pacientes sarcopénicos tenían el perfil habitual de un paciente geriátrico hospitalizado y no encontramos diferencias con el grupo de no sarcopénicos exceptuando el sexo. En analítica al ingreso, 90% de los sarcopénicos presentaban hipoalbuminemia, 50% hipoproteinemia, 50% anemia, 49% leucocitosis y 90% ERC (20% estadio ≥ 4) sin diferencias con no sarcopénicos. Si encontramos diferencias en que, los sarcopénicos, presentaron menor fuerza muscular al ingreso que los no sarcopénicos (10 ± 2 vs 30 ± 3 kg, $p = 0,01$) y menor ángulo de fase medido mediante BIA ($4 \pm 1^\circ$ vs $6 \pm 4^\circ$, $p < 0,01$). De los pacientes que ingresaron sin sarcopenia, 39% la presentaron al alta.

Conclusiones: Los pacientes al ingreso en nuestra UAG presentaron una prevalencia de sarcopenia muy elevada, especialmente las mujeres. Las características de pacientes sarcopénicos y no sarcopénicos fueron similares así como mortalidad y estancia media. Casi la mitad de los que ingresaron sin sarcopenia la desarrollaron durante el ingreso.

OC-080. INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD EN LAS CAUSAS DE REINGRESO TRAS HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ANCIANOS

N.M. González-Senac¹, V. Blaya-Novakova², E. Sánchez-García³, F.J. Martín-Sánchez⁴, G. Mendieta Facetti¹, M. Martínez-Sellés⁵ y M.T. Vidán Astiz⁶

¹Servicio de Geriátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, Madrid.

³Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

⁴Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Servicio de Cardiología; ⁶Servicio de Geriátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación IISGM, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Objetivos: Evaluar la influencia de la fragilidad en el tiempo hasta el primer reingreso y la causa del mismo tras ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) en ancianos.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de ancianos > 70 años ingresados por IC en Geriátrica, Medicina Interna y Cardiología (Cohorte FRAIL-HF). Se excluyeron aquellos pacientes con demencia, dependientes para tres o más actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o institucionalizados. Se recogieron variables sociodemográficas, funcionales y clínicas y se evaluó la fragilidad según los criterios de Fried tras estabilización clínica previa al alta. Se registraron la fecha y causas de la primera rehospitalización durante un año tras el ingreso índice.

Resultados: Se incluyeron 450 pacientes con una edad media de $80,1 \pm 6,1$ años, 49,6% mujeres. El índice de comorbilidad de Charlson fue ≥ 3 en 276 pacientes. El 70% cumplía criterios de fragilidad y los frágiles eran mayores, más comúnmente mujeres pero sin diferencias en co-morbilidad, FEVI o Nt-proBNP con los no frágiles. Diez pacientes murieron durante el ingreso. La tasa de reingreso fue del 19% de los frágiles y 17,3% de los no frágiles durante el primer mes, al cabo del año reingresaron el 57% de los frágiles y el 46,4% de los no frágiles, $p = 0,069$. La fragilidad no se asoció de manera independiente a menor tiempo hasta el reingreso, tras ajustar por edad, sexo, comorbilidad, enfermedad aguda, FEVI y NT-proBNP: (HR ajustada 1,23; IC95% 0,85-1,77). La principal causa del primer reingreso fue la IC (41%), seguida de infecciones o reagudización de EPOC (19%). Los pacientes con fenotipo frágil presentaron una mayor tasa de reingreso por alteraciones renales o electrolíticas (3,5% vs 0%, $p = 0,09$) y anemia o hemorragia (7,0% vs 0%, $p = 0,06$).

Conclusiones: La presencia de fragilidad es muy frecuente en los ancianos ingresados por IC, con una tendencia a mayor tasa de rehospitalización tras el alta, aunque el riesgo asociado a fragilidad no es independiente de otros factores pronósticos. La mayoría de los pacientes ingresan por causas distintas a IC. Los pacientes frágiles presentan mayor riesgo de reingreso por alteraciones electrolíticas, anemia o sangrado.

OC-081. ¿DEBEMOS INCLUIR LA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD A LA HORA DE DETECTAR Y DE DEFINIR LA FRAGILIDAD?

M. Bermúdez, G. Guzmán, B. Camara, O. Saavedra, J.F. García, M. Fernández y J.J. Solano

Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Objetivos: Detectar la prevalencia de presentación clínica atípica de la enfermedad en el paciente frágil. Si el paciente frágil se define como un estado de vulnerabilidad, con una menor reserva funcional y una peor respuesta ante un factor estresante, esto tendrá probablemente consecuencias a la hora de la presentación clínica ante un proceso infeccioso.

Métodos: Prospectivo descriptivo sobre manifestaciones clínicas 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 detectó fragilidad según la Escala de Frail. Se realizó análisis estadístico (SPSS) para comparaciones mediante χ^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%. El 51,4% eran frágiles. 73,6% presentaron atipicidad (neumonía 66,3%, ITU 84,7%). La presencia de sintomatología exclusivamente atípica fue del 27% (neumonía 11,2%, ITU 51%). La presencia de síntomas atípicos estuvo presente en el 100% de los pacientes frágiles y sólo en el 45,8% de los no frágiles. El 98,6% de los no frágiles tenían algún síntoma típico, frente al 48,7% en los frágiles. El 51,3% de los pacientes frágiles presentaron exclusivamente clínica atípica, frente al 1,4% en los no frágiles. Probabilidad de presentar atipicidad fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en pacientes frágiles, al igual que la probabilidad ($p < 0,001$) de presentar exclusivamente clínica atípica sin síntomas típicos. Un paciente frágil tiene 74 veces más probabilidad de presentar únicamente clínica atípica ante un proceso infeccioso.

Conclusiones: Los pacientes ancianos frágiles ante un proceso infeccioso suelen presentar una forma de presentación clínica atípica, con mayor dificultad a la hora de su valoración. Ante esta situación, la presentación clínica de la enfermedad nos puede ayudar a la hora de identificar y definir a pacientes frágiles.

ÁREA SOCIAL

OS1: Cuidados y cuidadores

OS-001. LA CARA OCULTA DEL TRABAJO DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES

J. Rivera-Navarro, A. del Rey Poveda y T. Paniagua
Universidad de Salamanca, Salamanca.

Introducción: España es uno de los países más envejecidos del mundo y Castilla y León una de las comunidades autónomas, junto

con Asturias, que mayor población tiene en este país. El aumento de la población anciana va asociada a problemas de dependencia, enfermedades crónicas y cuidados. Hasta hace pocos años, los cuidados informales eran casi exclusivos, y estos eran dispensados por miembros de la familia, sin embargo, recientemente se está dando un proceso de "sustitución" de cuidados informales por cuidados de personas contratadas, donde destaca la presencia de inmigrantes, una parte importante procedente de Latinoamérica.

Objetivos: Describir y analizar los cuidados de las mujeres inmigrantes a ancianos/as con algún tipo de dependencia.

Métodos: Realización de 36 entrevistas semi-estructuradas a cuidadoras inmigrantes. La selección de las cuidadoras fue a través de organizaciones como Cruz Roja y Caritas, iglesias evangélicas, parroquias católicas, empresas privadas dedicadas a la contratación de personas inmigrantes en los hogares y redes informales. La contactación con mujeres inmigrantes dedicadas a estas labores de cuidado conllevaba cierta dificultad por su compatibilidad con el trabajo doméstico y la falta de un registro de cuidadoras inmigrantes. En el análisis de datos cualitativos se aplicó como marco de dicho análisis la teoría hermenéutica-interpretativa.

Resultados: El sustrato cultural de gran parte de las cuidadoras inmigrantes daban lugar a una implicación con la persona receptora de cuidados que iba más allá de una relación profesional. Esta implicación producía un impacto parecido al que sufrían las cuidadoras informales, como por ejemplo la existencia de sobrecarga. Además, en la mayoría de las entrevistadas se explicitaban situaciones de maltrato por parte de los ancianos cuidados, en los que se detectaba atisbos de racismo y xenofobia, por otra parte, tampoco eran infrecuentes la explotación laboral.

Conclusiones: El hecho de que cada vez más personas mayores sean cuidadas por personas inmigrantes hace necesario reconocer y visibilizar esta situación. El propósito de esta visibilización sería que los programas y políticas sociales enfocadas al cuidado tengan en cuenta la situación específica de esta relación entre cuidadoras inmigrantes-receptores de cuidado-cuidadoras informales para mejorar la calidad de vida de todos los agentes.

OS-002. PERSONALIDAD, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DISTRÉS PSICOLÓGICO EN CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA

I. González-Abraldes¹, A. Buján², L. Lorenzo-López², C. de Labra², N. Cibeira², A. Maseda² y J.C. Millán-Calenti²

¹Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña. Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña. ²Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

Objetivos: Investigaciones previas ofrecen hallazgos contradictorios en cuanto a si las estrategias de afrontamiento están o no asociadas con un mayor distrés psicológico en el cuidador. El objetivo de este trabajo fue obtener nuevos datos sobre la asociación entre las estrategias de afrontamiento, la personalidad y el distrés psicológico en cuidadores de personas con demencia.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 41 cuidadores que acudían al Complejo Gerontológico "La Milagrosa" de A Coruña o eran atendidos por la Asociación de Familiares de Alzheimer de A Coruña (AFACO). Debían completar la evaluación autoadministrada, de acuerdo con las recomendaciones dadas por el psicólogo con experiencia clínica en personas con demencia y sus cuidadores informales. El nivel de sobrecarga se eva-

luó con la Escala de carga del cuidador de Zarit (ZBI). La personalidad se valoró con el Inventario NEO reducido de 5 factores (NEO-FFI), utilizándose únicamente las escalas de neuroticismo y extraversión. La depresión y la ansiedad fueron evaluadas respectivamente con el Inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El Cuestionario COPE Abreviado (Brief-COPE Inventory), se utilizó para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador informal.

Resultados: Las variables de personalidad tuvieron efectos importantes en la sobrecarga del cuidador y consecuencias en su salud mental. El neuroticismo se correlacionó significativamente con la sobrecarga ($R = 0,57$, $p < 0,01$), la depresión ($r = 0,68$, $p < 0,01$) y con ambas medidas de ansiedad estado ($r = 0,57$, $p < 0,01$) y rasgo ($r = 0,73$, $p < 0,01$). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el afrontamiento centrado en la emoción, se correlacionó significativamente con la sobrecarga ($r = 0,47$, $p < 0,01$), con el neuroticismo ($r = 0,52$, $p < 0,01$) y con la depresión ($r = 0,54$, $p < 0,01$) y ansiedad rasgo ($r = 0,48$, $p < 0,01$).

Conclusiones: A la vista de estos resultados, es importante diseñar intervenciones clínicas y psicoeducativas, que incrementen el uso por parte de los cuidadores de estrategias de afrontamiento efectivas, que mejoren el bienestar del cuidador y reduzcan su ansiedad y depresión.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OS-003. ¿PUEDE SER LA CULPA GENERADA POR TERCERAS PERSONAS? EL ESTUDIO DE LOS PROCESOS DE INDUCCIÓN DE CULPA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA

L. Gallego-Alberto¹, M. Márquez González¹, A. Losada², R. Romero Moreno², I. Cabrera¹, C. Vara García² y J. Aguilar Álvarez¹
¹Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ²Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Introducción: A pesar de que en la literatura científica sobre el cuidado familiar de personas con demencia la culpa se asocia con mayor malestar psicológico, el número de estudios dedicados a estudiar los factores que contribuyen a su desarrollo es muy limitado. Una de las vías a través de las cuáles se pueden generar los sentimientos de culpa es a través de procesos de inducción de culpa a los que los cuidadores están expuestos. Estos procesos consisten en los intentos llevados a cabo por una persona para promover la experimentación de sentimientos de culpa en otro individuo. Hasta donde sabemos, no se ha realizado ningún trabajo que explore este tipo de fenómeno ni existe ningún instrumento que evalúe este constructo en la población de cuidadores familiares.

Métodos: A través de entrevistas individuales con 40 cuidadores familiares de personas con demencia se evaluarán diversas variables sociodemográficas del cuidador (por ej., edad, género), la frecuencia y malestar asociado a los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias, sentimientos de culpa y sintomatología depresiva y ansiosa. A su vez, para la evaluación de los procesos de inducción de culpa se construirá un cuestionario que evalúe la frecuencia con que los cuidadores familiares están expuestos en su entorno a este tipo de procesos y el malestar que les genera.

Resultados: Se describirá el cuestionario creado para la evaluación de los procesos de inducción de culpa y se presentarán datos preliminares acerca de sus propiedades psicométricas, así como datos descriptivos de su relación con otras dimensiones relevantes para el cuidado.

Conclusiones: Los sentimientos de culpa generan un importante malestar emocional en los cuidadores familiares de personas con demencia. Conocer los procesos a través de los cuáles la culpa es inducida en los cuidadores puede aportar pistas relevantes para el diseño de intervenciones dirigidas a reducir su malestar.

OS-004. FAMILISMO Y DEPRESIÓN EN MUJERES CUIDADORAS FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA: PAPEL MEDIADOR DE LA AUTOEFICACIA PARA PEDIR AYUDA

N. Martín Martínez¹, A. Losada Baltar¹, R. Romero Moreno¹, C. Vara García¹, L. Gallego Alberto², S. Barrera Caballero¹ y M. Márquez González²

¹Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: El cuidado familiar de personas con demencia es una actividad que se relaciona con consecuencias negativas psicológicas para la salud de los cuidadores. Un mayor familismo (dimensión de obligación familiar) se relaciona con un aumento de sintomatología depresiva en cuidadores. Esta es una relación que puede estar mediada por otras variables. Actualmente se desconoce cuál es el papel de la autoeficacia en este proceso. Tomando el modelo de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado como referencia, el objetivo del presente estudio es analizar el papel de la autoeficacia en la relación entre las obligaciones familiares y la sintomatología depresiva.

Métodos: El estudio fue realizado a 154 cuidadoras familiares de personas con demencia. Se recogió información sociodemográfica y relativa a comportamientos problemáticos del familiar a través de entrevistas telefónicas y se evaluó el componente obligación familiar del familismo, la autoeficacia (para pedir ayuda, responder a comportamientos problemáticos y para controlar pensamientos perturbadores) y la depresión mediante entrevistas individuales. El análisis de datos se realizó mediante una regresión lineal por pasos, controlando variables sociodemográficas y estresores.

Resultados: Se han encontrado correlaciones significativas ($p < .01$) entre las variables obligación familiar, autoeficacia para pedir ayuda y la sintomatología depresiva. Una vez introducida en el análisis de regresión la variable autoeficacia, el efecto de la obligación familiar se reduce, aunque mantiene su significación ($\beta = 0,18$; $p < 0,05$). De las diferentes dimensiones de autoeficacia, únicamente la autoeficacia para pedir ayuda muestra una asociación significativa y negativa con la sintomatología depresiva ($\beta = -0,29$; $p < 0,01$). Los resultados muestran que las obligaciones familiares no solo afectan de forma directa y significativa a la sintomatología depresiva, sino que también parece existir influencia a través de la autoeficacia para pedir ayuda. El modelo final explica un 32% de la varianza de la sintomatología depresiva.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la dimensión de autoeficacia para pedir ayuda muestra un papel relevante, actuando como mediador parcial en la relación entre familismo (obligación familiar) y depresión. Una mayor obligación familiar se asocia con menor autoeficacia para pedir ayuda y consecuentemente con una mayor sintomatología depresiva.

OS-005. EFECTO DEL CONOCIMIENTO ACERCA DEL ALZHEIMER EN LA PRESIÓN SANGUÍNEA DEL CUIDADOR: MODELO TEÓRICO

C. Vara-García¹, A. Losada¹, R. Romero-Moreno¹, M. Márquez-González², I. Cabrera², L. Gallego-Alberto² y J. Aguilar Álvarez²

¹Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: El cuidado familiar de personas con demencia es una situación vital de estrés crónico con consecuencias negativas para la salud de los cuidadores, como por ejemplo, un mayor riesgo cardiovascular. Sin embargo, los mecanismos por los cuales se produce este aumento del riesgo cardiovascular apenas han sido estudiados. Una posible vía podría tener que ver con el nivel de conocimientos del cuidador sobre la enfermedad de Alzheimer (EA). Partiendo del modelo de estrés y afrontamiento, el objetivo de este estudio es analizar los efectos de esta variable sobre la presión sanguínea del cuidador, así como posibles mecanismos mediadores existentes entre ellas.

Métodos: Se realizaron entrevistas individuales a 123 cuidadores familiares de personas con demencia, siendo un 79,7% mujeres, con una media de edad de 60,3 años. Se diseñó un modelo de senderos para analizar la relación entre la edad, los conocimientos sobre la EA, los pensamientos disfuncionales, la evitación experiencial del cuidado y la presión sanguínea de los cuidadores. Además, se realizó un análisis de bootstrap de 1000 muestras para analizar los efectos de mediación de las variables del modelo.

Resultados: Los análisis realizados sugieren que existe una relación entre los conocimientos sobre la EA y la presión sistólica de los cuidadores, la cual está mediada por los pensamientos disfuncionales y la evitación experiencial. Específicamente, los resultados muestran que mayores conocimientos sobre la EA se asocian a menos pensamientos disfuncionales y a una menor evitación experiencial del cuidado, y ésta, a su vez, a una menor presión sistólica. La edad del cuidador también parece tener un efecto significativo sobre la tensión arterial sistólica. El modelo planteado presenta un buen ajuste a los datos ($\chi^2 = 5,256$; $p = 0,262$; $\chi^2/df = 1,314$; RMSEA = 0,051; CFI = 0,990, y TLI = 0,970)

Conclusiones: Parece existir una relación entre los conocimientos sobre la EA que tiene el cuidador y su salud cardiovascular, a través de un mayor número de pensamientos disfuncionales y una mayor evitación experiencial del cuidado. Se discutirán las implicaciones prácticas de los resultados.

OS-006. BENEFICIOS DE UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SOBRE EL NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE USUARIOS DE CENTROS DE DÍA

F. Moreno Sánchez¹, C. Huelbes Palencia¹, P. Jorge Martín¹, A. Gallo González², G. Martínez Ordoñez³ y A. Martín García²

¹Centro de Día Municipal La Magdalena, Madrid. ²Centro de Día Municipal Loyola de Palacio, Madrid.

Objetivos: Analizar el nivel de sobrecarga de los cuidadores de personas mayores usuarias de dos centros de día: uno de referencia con el MIACP implantado (CM) y otro control con el modelo asistencial habitual (CL).

Métodos: Estudio transversal de la sobrecarga en cuidadores de los dos centros en 2016.

Resultados: En el CM participaron 48 cuidadores (22 cónyuges y 26 hijos) y en el CL 52 cuidadores (15 cónyuges y 37 hijos). En el CM, de los cónyuges, 8 eran mujeres (36,4%) con una media de 79,00 (DE 5,13) años. El 68,1% (15) tenían estudios primarios y un 68,1% (15) estaban jubilados. Respecto a los hijos, 19 eran mujeres (73,1%) con una media de 53,54 años (DE 6,19). Un 46,2% (12) tenían estudios universitarios y 84,6% (22) se encontraban en activo. En el CL, de los cónyuges, 10 eran mujeres (66,7%) con una media de 78,67 (DE 7,56) años. Un 40,0% (6) tenían estudios primarios y un 53,3% (8) estaban jubilados. Respecto a los hijos, 25 eran mujeres (67,6%) con una media de 54,16 años (DE 7,62). Un 32,4% (12) tenían estudios primarios y 59,5% (22) se encontraban en activo. En relación a los cónyuges, en el CM se obtuvo una media de 40,00 puntos en el Zarit (DE 18,93) mientras que en el CL fue de 41,27 (DE 19,28) sin obtenerse diferencias estadísticamente significativas (sig: 0,843). Con respecto a los hijos, en el CM se obtuvo una media de 30,80 puntos (DE 10,73) mientras que en el CL fue de 39,56 (DE 15,36) obteniéndose diferencias estadísticamente significativas (sig: 0,028). El nivel educativo de los hijos era mayor en CM que en CL. La mayor escolarización favorece la adquisición de mejores estrategias de afrontamiento y aumenta la visión crítica respecto a los cuidados generando un mayor grado de exigencia. En el Congreso se presentarán datos sobre bienestar subjetivo de los cuidadores.

Conclusiones: El Modelo Integral de Atención Centrada en la Persona (MIACP) también contempla acciones destinadas a los cuidadores: información y formación individualizada, profundización de expec-

tativas, búsqueda de recursos complementarios e inclusión en programas específicos. El MIACP, con el enfoque y las intervenciones que promueve, parece cubrir las demandas y responder a las necesidades de atención de los cuidadores hijos de personas con deterioro cognitivo.

OS-007. ¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE PREGUNTAR A LAS PERSONAS SI LES GUSTA CÓMO LES ATENDEMOS?

A. Uriarte Méndez¹, E. Aldaz Arroyo², P. Díaz Veiga², M. Leturia Arrazola² y M.F. Cerdó Pascual¹

¹Matia Fundazioa, Donostia-San Sebastián. ²Matia Instituto Gerontológico, Donostia-San Sebastián.

Indagar el grado de satisfacción de las personas usuarias de centros gerontológicos que desarrollan un Modelo de Atención centrado en las personas. Se realizaron 5 grupos focales, 8-10 personas, 3 de familias y 2 de residentes, en dos centros residenciales que cumplen los siguientes criterios en relación con el Modelo ACP: 1) Prácticas profesionales adecuadas, 2) Ambientes hogareños, 3) Bajo grado de rotación. El contenido de las sesiones fue analizado por 3 jueces en relación con el significado que para los participantes tenían distintos componentes del modelo ACP. El análisis permitió generar unas preguntas con las que se configuraron dos cuestionarios, para personas usuarias y familiares. Cada uno de ellos tenía 13 ítems con 9 preguntas tipo Likert de 4 opciones de respuesta, 2 ítems dicotómicos, un ítem de 0-10 y 1 pregunta abierta. Se administraron a 21 familiares y 21 residentes con un MEC > 20, seleccionados aleatoriamente. Residentes y familias participantes en los grupos indican que la estabilidad de los profesionales, el ambiente doméstico y vivir en entornos reducidos contribuyen a un conocimiento de las personas usuarias, y éste a favorecer una atención personalizada. Los familiares resaltan los beneficios de los ambientes hogareños. En algunos casos, se identifican lagunas en la información entre familiares y profesionales. Las relaciones con los profesionales son mencionadas como un elemento central para el bienestar. En relación con los cuestionarios, el trato (95%), el respeto a la intimidad (100%) y los espacios (90%) fueron los aspectos mejor valorados por las personas residentes, y los peores, la solicitud de opinión (77%), la capacidad de decisión (75%) y la información. Las familias valoraron positivamente el respeto a la intimidad (86%), la atención rápida (86%) y los espacios (86%) y más bajo en la participación en las decisiones (55%), en la atención a los detalles (19%) y la información (14%). El procedimiento utilizado ha permitido establecer un notable grado de coincidencia entre las opiniones de los grupos focales y los resultados de los cuestionarios. Los grupos, sin embargo, son la opción preferida de los usuarios para expresar opiniones, permitiendo expresar un análisis pormenorizado y personalizado acerca de la atención.

OS-008. PERFIL FUNCIONAL DEL CUIDADOR MAYOR DE PERSONAS MAYORES: DIFICULTADES Y NECESIDADES EN EL CUIDADO

S. Postigo Mota¹, L. Muñoz Bermejo¹ y F. de Llanos Peña²

¹Universidad de Extremadura, Badajoz. ²Univesidad de Sevilla, Sevilla.

Objetivos: Conocer la capacidad funcional del cuidador mayor de personas mayores así como el las dificultades y necesidades percibidas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, donde la muestra tomada son los cuidadores mayores de personas mayores de la zona rural del área de salud de Badajoz (España). El número total de la muestra coincide con el de la población total, 107 sujetos. La recogida de datos se ha realizado mediante un cuestionario estructurado, compuesto por ítems referentes al perfil de la persona mayor cuidadora donde se incluyen ítems específicos de dificultades y necesidades percibidas. Además, se incluyó en el cuestionario el Índice de

Katz para valorar las actividades básicas de la vida diaria. Para la elaboración del cuestionario se ha tenido como referencia el Cuestionario de Cuidadores/as principales, incluido en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008).

Resultados: El perfil del cuidador mayor se corresponde con un 59,8% de mujeres y el 40,2% restante son hombres, con edades comprendidas entre los 65 y los 92 años. Respecto a la capacidad de los cuidadores mayores para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el 29% de los encuestados se muestra dependencia en el desarrollo de actividades. Además, el 75,7% de las personas encuestadas reconocen tener dificultad para la ejecución de los cuidados y el motivo principal de dificultad es la falta de fuerza física (71%) de los casos. Por otro lado, las personas que señalan tener dificultades y necesitar ayuda para realizar los cuidados, son quienes puntúan más en la escala de actividades básicas de la vida diaria y que, por tanto, son dependientes en la realización de alguna de las actividades básicas. La diferencia es significativa ($p = 0,003$) según la prueba t de Student.

Conclusiones: Las personas mayores que desarrollan tareas de cuidado de otras personas mayores presentan limitaciones en labores del cuidado por falta de fuerza física. Además la capacidad funcional del cuidador está relacionada con la necesidad de ayuda en los cuidados.

OS-009. ESTUDIO CUIDEM: VALIDACIÓN Y ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL ESTRUCTURADA PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

S. Poudevida, N. Gramunt, G. Huesa y A. Brugulat
Fundació Pasqual Maragall, Barcelona.

Introducción: El cuidador de una persona con enfermedad de Alzheimer dedica una parte importante de su tiempo a velar por su allegado. Afrontar esta situación genera problemas psicológicos en el 90% de los cuidadores reflejándose en distintas dimensiones. Las intervenciones orientadas al apoyo y la formación psicoeducativa para este tipo de cuidadores (grupos de ayuda mutua, seminarios informativos...) tienen una larga trayectoria, pero son escasos los estudios destinados a analizar su estructura y validez.

Objetivos: Evaluar el impacto de una intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual grupal, en la percepción de sobrecarga de los cuidadores. Adicionalmente, se mide el impacto de la intervención sobre el estado anímico, la calidad de vida, la resiliencia y el apoyo social funcional percibido.

Material y métodos: Brazos de estudio: Grupo de Intervención (GI): 16 sesiones terapéuticas semanales de una hora y media de duración, lideradas por un psicólogo. Grupo de intervención con seguimiento (GIS): idéntico al grupo GI, más 11 sesiones de seguimiento mensual. Grupo de control activo (GCA): actividad grupal de acompañamiento (grupo de ayuda mutua) moderada por un cuidador o voluntario (no necesariamente profesional), de idéntica estructura temporal que el GIS. Participantes: 221 cuidadores familiares usuarias de 13 centros de día, en su mayoría pertenecientes a asociaciones de familiares, de distintas localidades españolas. Variables e instrumentos de medición: Sobrecarga del cuidador: Zarit; Estado anímico: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg-EADG; Calidad de vida: CASP-19; Resiliencia: CD-RISC; Apoyo social funcional percibido: Duke-UNC.

Resultados: Los participantes evaluables tras las sesiones de seguimiento a los 16 meses fueron 115. La intervención terapéutica con seguimiento (GIS), mostró un efecto positivo significativo respecto a los otros brazos de intervención en todas las variables, excepto en la percepción de sobrecarga. El cuestionario final de satisfacción de los cuidadores refleja resultados altamente positivos.

Conclusiones: La intervención terapéutica grupal con seguimiento tiene un impacto positivo en el bienestar de los cuidadores familiares reflejado en distintas dimensiones.

Proyecto de la Fundación Pasqual Maragall y la Fundación Bancaria "la Caixa".

OS2: Psicopatología y psicoterapia

OS-010. PERSONAS MAYORES DE 85 AÑOS: ¿QUÉ VARIABLES PREDICEN LA REGULACIÓN EMOCIONAL DE LA TRISTEZA?

I. Etxeberria Arritxabal

Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián.

Conocer las variables que tienen valor predictor en la regulación emocional de la tristeza en las personas mayores de 85 años es de suma importancia por las evidentes implicaciones en la práctica clínica. Esta investigación analizó la relación del funcionamiento cognitivo, diversas variables emocionales (afecto positivo y negativo, satisfacción con la vida y soledad), la capacidad funcional (ABVD y AIVD), la salud (índice de comorbilidad y número de fármacos) la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la personalidad y el apoyo social, con diversas estrategias de regulación emocional en una situación evocadora de tristeza. Participaron 102 personas mayores de 85 años sin deterioro cognitivo. La edad media de los participantes fue de ($M = 92,53$, $DT = 5,91$). Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos en el que las variables criterio fueron cada una de las siguientes variables: estrategias proactivas (expresión emocional y búsqueda de consejo), estrategias pasivas (aceptación, supresión y evitación) y la solución de problemas. En expresión emocional, la variable que más peso tuvo fue el funcionamiento cognitivo que explicó el 6% de la varianza. En la búsqueda de consejo fue el afecto negativo el que explicó el 7,1%. Con respecto a las estrategias pasivas, el funcionamiento cognitivo que llegó a explicar el 8% de la varianza. Por último, en cuanto a la solución de problemas, el afecto negativo explicó el 19% de la varianza. En conclusión, el funcionamiento cognitivo y el afecto negativo son las variables que mayor peso predictivo tienen sobre las estrategias de regulación emocional en las personas mayores de 85 años y a la hora de regular la tristeza.

OS-011. RELACIÓN ENTRE CAPACIDADES COGNITIVAS Y HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA MEDIDAS A TRAVÉS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO AMSTERDAM DE HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA

M.A. Ruiz Carabias, D. Facal Mayo, O. Juncos Rabadán, A.X. Pereiro, M. Campos Magdaleno y C. Lojo Seoane
USC, Santiago de Compostela.

Introducción: En el contexto actual, con perfiles emergentes de personas mayores y mayor atención a los estudios preclínicos previos a las demencias significativas, son necesarios nuevos instrumentos de evaluación de las AVDS que cubran un mayor rango de actividades y sean más sensibles a las alteraciones leves.

Objetivos: Explorar el tipo de relaciones entre el rendimiento cognitivo medido con cuestionario CAMCOG-R y las puntuaciones en actividades de vida diaria (AVDs) medidas con el cuestionario Amsterdam en muestra de personas mayores con diferentes estatus cognitivos y funcionales.

Métodos: El estudio incluye 222 participantes divididos en 5 grupos: 44 controles, 51 con quejas de memoria, 46 con deterioro cognitivo ligero, 25 con demencia en centros de día terapéuticos y

56 con demencia en centros residenciales. Se realizó una evaluación psicológica incluyendo el CAMCOG-R para valorar el estatus cognitivo general y el rendimiento en diferentes dominios, y la versión española del Cuestionario Amsterdam de AVDs. El Amsterdam es un cuestionario de 70 ítems cubierto por un informador, con preguntas sobre el uso de electrodomésticos, teléfono, ordenadores, finanzas o conducción. Desarrollado en base a la teoría de respuesta al ítem, permite aplicación individualizada. Se estudiaron las diferencias entre grupos y correlaciones bivariadas entre las variables estudiadas. Se realizó una regresión lineal tomando como V.D. la puntuación del Amsterdam y como predictores las subescalas del CAMCOG-R.

Resultados: Existen diferencias significativas entre grupos tanto en CAMCOG-R como en el cuestionario Amsterdam. En el Amsterdam, estas diferencias se producen entre los grupos con demencia y el resto. Existen correlaciones significativas y negativas entre el Amsterdam y las subescalas del CAMCOG-R, excepto Orientación, indicando que una mayor dependencia funcional se corresponde con menor rendimiento. Sin embargo, Orientación junto con las subescalas Memoria y Funciones ejecutivas entran en el modelo de regresión lineal como predictoras de las AVDS.

Conclusiones: Los análisis muestran una fuerte relación entre el deterioro cognitivo y funcional a lo largo del continuo del envejecimiento cognitivo. Los procesos mnésicos y ejecutivos parecen desempeñar un rol central en esta relación, mientras que el rol de la capacidad de orientación podría ser más específico para determinadas actividades.

OS-012. CONCEPTO SUBJETIVO DE SOLEDAD EN PERSONAS DE 60 AÑOS EN ADELANTE DE LA COMUNA DE SANTIAGO

D. Sequería Daza, C. Pezoa Carrillos, J. González Cuevas y C.A. Muñoz Rubilar

Universidad Central de Chile, Santiago de Chile.

Introducción: Según la Encuesta de Caracterización Social 2015 realizada en nuestro país, Chile es el segundo país más envejecido de América Latina con un Índice de Envejecimiento de 86 (86 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años). El envejecimiento de la población es un fenómeno que ha influido en los cambios estructurales, sociales y culturales que ha experimentado la sociedad al modificar el estilo en que las personas establecen sus contactos personales, uno de los rasgos definitorios de nuestra época es la soledad como un fenómeno habitual, impactando fuertemente en el bienestar emocional, asociado con problemas de salud mental (depresión, suicidio) y enfermedades crónicas. La soledad tiene una diversidad de significados relacionados con la percepción que éste tiene de sus relaciones, expresando tanto aislamiento, como retiro, abandono, incomunicación, separación, desamparo, clausura, destierro, melancolía, nostalgia, añoranza, tristeza. La investigación tuvo como objetivo describir el concepto y los significados asociados a la soledad que tienen las personas mayores de 60 y más años de la comuna de Santiago.

Métodos: Estudio cualitativo de diseño flexible de carácter fenomenológico, buscó abordar el significado de la soledad expresado en una muestra no probabilística de 40 personas de 60 y más años de la comuna de Santiago de ambos sexos, voluntarios en programas comunales. La información se obtuvo mediante entrevistas breves, buscando que emergieran los contenidos fundamentales asociados a la palabra soledad. Se utilizó como estrategia de análisis la Categorización Emergente de codificación abierta.

Resultados: Del análisis de las entrevistas, se obtienen conceptos de soledad asociados a la espiritualidad (como un estado sublime y consciente), falta de interacción con otras personas (como estado de olvido y/o no sentirse integrado), relaciones con los hijos y vivir solo; se le asigna tanto un significado positivo (minoritario y asociado a personas

laboralmente activas) como negativo (mayoritario y asociado a sentimientos de tristeza, aburrimiento, depresión, entre otros).

Conclusiones: Existe más de una conceptualización de soledad, se encuentra fuertemente asociada con carencias afectivas y a la incapacidad para establecer relaciones sociales, tiene tanto significados positivos como negativos, siendo favorablemente valorado experiencias de voluntariado.

OS-013. FIABILIDAD DE LA FORMA B DEL MOCA TEST EN UNA POBLACIÓN GALLEGA

C. Bugallo Carrera¹, D. Facal Mayo², C. Lojo Seoane², M. Campos Magdaleno² y A.X. Pereiro Rozas²

¹Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras Demencias de Fisterra e Soneira, CEE. ²Department of Developmental Psychology, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción: El *Montréal Cognitive Assessment* (MoCA) se ha diseñado para el cribado del Deterioro Cognitivo Ligero (DCL). Existen baremos para la población gallega (Pereiro et al, en prensa) y para la española (Ojeda et al, 2016) pero desconocemos las propiedades psicométricas de sus formas paralelas. Asimismo, conviene analizar la pertinencia de realizar una adaptación del MoCA al contexto socio-cultural de Galicia. Se analiza la mejora de la fiabilidad con ítems alternativos en los dominios visuoespacial, identificación y atención-sustracción.

Objetivos: Analizar la fiabilidad de una versión paralela del MoCA (versión B). Analizar la concordancia entre los ítems alternativos propuestos para mejorar la adaptación cultural del instrumento y los originales de la versión B del MoCA. Comparar la fiabilidad de la versión original MoCA (versión B) con la de la versión culturalmente adaptada.

Métodos: Participan 114 participantes de 50 o más años que viven en la comunidad área geográfica de Costa da Morte, reclutados a través de asociaciones socioculturales, profesionales y cívicas. Las evaluaciones se realizaron en los domicilios de los participantes o en centros socioculturales. Se aplicaron las versiones A y B del MoCA, así como distintos ítems alternativos, dentro de una exploración cognitiva y neuropsicológica más amplia. Se estudiaron la concordancia entre el ítem de la versión B original y el ítem alternativo propuesto a través del coeficiente kappa de Cohen, y la fiabilidad a través del alfa de Cronbach.

Resultados: La concordancia entre el ítem original de la versión B y los ítems alternativos es moderada para el ítem visuoespacial, y escasa para los ítems de identificación y sustracción. La fiabilidad de la versión B original fue de 0,809, aumentando ligeramente al utilizar los ítems alternativos en los dominios visuoespacial (0,839), identificación (0,847, 0,844 y 0,827 respectivamente) y sustracción (0,821).

Conclusiones: La versión B del MoCA presenta una buena fiabilidad y superior a la que se obtuvo para la versión A. La inclusión de ítems alternativos diseñados para mejorar la adaptación socio-cultural del instrumento mejora ligeramente la fiabilidad del instrumento.

OS-014. APATÍA Y COGNICIÓN EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADAS

R. Mouriz Corbelle¹, J. Caamaño-Ponte¹, D. Facal² y C. Dosil¹

¹Complexo Terapéutico Xerontolóxico A Veiga, Láncara, Lugo. ²Departamento de Psicología Evolutiva e da Educación, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivos: La apatía es uno de los síntomas psicológicos más frecuentes en demencias. Diversos estudios sitúan su prevalencia entre el 17 y el 84%. En la práctica diaria en los centros de atención residencial, supone un obstáculo en la intervención y afecta a la calidad de vida, tanto del residente como de su entorno. El objetivo es identifi-

car patrones de apatía en pacientes con demencia institucionalizados, y su relación con el proceso de la demencia y el funcionamiento cognitivo.

Métodos: Se seleccionó una muestra de 174 residentes del CTX A Veiga en Láncara, Lugo. Se crearon grupos de acuerdo a las puntuaciones de *Clinical Dementia Rating* (CDR) y del total de los evaluados, 39 participantes presentaron CDR-1, 55 CDR-2 y 80 CDR-3. La apatía fue medida con el Apatía en Demencia-Nursing Home (APADEM-NH), y el rendimiento cognitivo con la versión española del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) y con el *Severe MMSE* (SMMSE). Se realizaron correlaciones bivariadas y comparaciones de grupos mediante pruebas no paramétrica.

Resultados: Se encontraron diferencias de grupo para la puntuación total del APADEM-NH y para cada una de sus subescalas, con puntuaciones más altas de apatía en el grupo de CDR-3. En las comparaciones entre grupos dos a dos, las diferencias entre CDR-1 y CDR-2 solo se producen en la puntuación total y en la subescala de apatía cognitiva, mientras que las diferencias entre CDR-3 y el resto de los grupos de produce para todas las puntuaciones. Existe asociación lineal significativa entre todas las variables estudiadas. La correlación entre variables de apatía y cognitivas es negativa, siendo la más alta entre el SMMSE y la subescala de apatía conductual.

Conclusiones: En un centro residencial de mayores se pueden observar diferentes patrones de apatía, según el proceso del deterioro cognitivo de sus residentes. Estos hallazgos en datos transversales deben de ser corroborados por futuros análisis longitudinales.

OS-015. SINTOMATOLOGÍA COMÓRBIDA ANSIOSO-DEPRESIVA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA: RELACIÓN CON LA FRECUENCIA DE OCIO

J. Aguilar Álvarez¹, R. Romero Moreno², M. Márquez González¹, L. Gallego-Alberto¹, C. Vara García², I. Cabrera¹ y A. Losada²

¹Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ²Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Cuidar de un familiar con demencia a menudo tiene efectos negativos sobre la salud física y psicológica del cuidador. Aunque muchos estudios han analizado la sintomatología depresiva de los cuidadores, apenas se ha estudiado la sintomatología ansiosa y, menos aún, la presentación simultánea (comórbida) de sintomatología ansiosa y depresiva. Hipotetizamos que la comorbilidad puede estar relacionada con un menor nivel de frecuencia de ocio por parte del cuidador. El objetivo del presente estudio es analizar la existencia de relaciones entre el perfil emocional (comórbido, ansioso, depresivo y sano) diferentes estresores objetivos (horas cuidando y tiempo que lleva el cuidador cuidando de su familiar) y la frecuencia de ocio del cuidador.

Métodos: Se realizaron entrevistas individuales a 577 cuidadores familiares de personas con demencia. De acuerdo con sus puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa, los cuidadores fueron agrupados en los siguientes perfiles emocionales: comórbido (n = 274), ansioso (n = 109), deprimido (n = 35) y sano (n = 159). Se realizaron diferentes análisis de varianza (ANOVAs).

Resultados: Los resultados mostraron que los perfiles de cuidadores comórbido y depresivo presentaron significativamente mayores puntuaciones en la variable horas diarias cuidando al familiar en comparación con el perfil ansioso y el sano. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la variable tiempo cuidando. Por último, en la variable frecuencia de ocio, el perfil comórbido presentó significativamente menores puntuaciones en comparación con el perfil ansioso y sano. Además, se encontraron significativamente menores puntuaciones para el perfil depresivo y ansioso en comparación con el sano.

Conclusiones: Si bien una menor realización de actividades de ocio se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión en cuidadores,

parece asociarse especialmente con una sintomatología comórbida. Los resultados de este estudio respaldan la importancia de las actividades de ocio en la explicación del malestar psicológico de los cuidadores familiares de personas con demencia.

OS-016. PATOLOGÍAS ASOCIADAS A DESNUTRICIÓN. ¿A QUIÉN SUPLEMENTAMOS?

M.I. Porras Guerra¹, M.N. Gómez González¹, K. Clerger Thomas², M.L. García-Nieto Alonso¹, C. Santos Pinto¹, S. Pérez González¹ y M.J. Pérez Pérez¹

¹Complejo Asistencial de León, León. ²Hospital la Regla, León.

Introducción: La desnutrición es una complicación frecuente en población mayor. Está asociada a diversas patologías y las consecuencias que se derivan de ella empeoran de forma considerable la situación funcional de los pacientes y también su calidad de vida. Numerosos trabajos han demostrado que ante una ingesta inadecuada, la suplementación oral mejora la situación de los pacientes pero... ¿basta sólo con suplementar?

Objetivos: Determinar la prevalencia de las patologías asociadas a desnutrición en una muestra de pacientes mayores derivados a nuestra consulta por esta causa. Características de la muestra.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, descriptivo. Datos obtenidos de la historia clínica de los pacientes que acudieron a consulta externa de geriatría para valorar suplementación por desnutrición. Variables: sexo, edad, motivo de consulta, domicilio, Barthel, MiniMental, patologías previas, toma de fármacos, tratamiento prescrito y actuaciones realizadas. Seguimiento: 1 año. Tratamiento estándar: SPSS v.15.0.

Resultados: n = 837 pacientes. Por desnutrición 11,4% varones 34,7%, mujeres 65,3%. Medias: edad 85 años; patologías previas: 6,3, toma de fármacos: 6,4. Barthel: 39,3. MiniMental 14. Motivo de consulta más frecuente: Baja ingesta 41,1%. Viven en Residencia 64,2%. 100% de los pacientes presentaban patologías previas, la demencia, la HTA, las neoplasias y la cardiopatía las más frecuentes. 35% presentaban tumores, mayor prevalencia en varones, sobre todo neoplasias hematológicas, colon, próstata y mama. 2% no tomaba ningún fármaco; lo más consumido inhibidores de bomba de protones, antidepressivos, benzodiazepinas/hipnóticos, neurolépticos y antiagregantes. 57,6% de la muestra tomaban fármacos sin diagnóstico. 20% de la muestra no tenía indicación real de suplementar. 4% no se prescribió nada, 15% precisó espesante, 8% espesante y suplementos y al resto suplementación oral.

Conclusiones: El deterioro cognitivo es la patología más frecuente entre los pacientes con desnutrición, seguida de HTA, tumores, cardiopatías, arritmias y trastornos ansioso depresivos. Pluripatología y polifarmacia condicionantes importantes de la ingesta. Baja ingesta motivo principal de desnutrición, sobre todo por restricciones dietéticas (sin sal, sin grasa, rica en fibra, baja en azúcares, poco condimentada, forma de cocinar). Suplementar en desnutrición sí, pero ¿por qué no comen nuestros pacientes? Presentan baja ingesta alimenticia pero alta de pastillas y una dieta poco apetecible.

OS-017. EL PAPEL MEDIADOR DE LA FUSIÓN COGNITIVA EN LA RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS DE LAS DEMENCIAS Y LOS SENTIMIENTOS DE AMBIVALENCIA DE LOS CUIDADORES

S. Barrera Caballero¹, A. Losada Baltar¹, R. Romero Moreno¹, C. Vara García¹, L. Gallego Alberto², N. Martín Martínez¹ y M. Márquez González²

¹Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: Recientemente se ha evidenciado la asociación significativa entre los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias

(BPSD) y los sentimientos ambivalentes de los cuidadores. Además, la variable BPSD se asocia también con los niveles de fusión cognitiva en cuidadores, esto es, el grado en el que los pensamientos dominan la conducta y atención de los cuidadores. A través del presente estudio se pretende analizar la relación entre las tres variables mencionadas y, en concreto, estudiar si la variable fusión cognitiva actúa como mediadora en la relación entre los BPSD y la ambivalencia.

Métodos: La muestra estuvo formada por un total de 149 cuidadores de un familiar con demencia. Se realizaron entrevistas para evaluar variables sociodemográficas (por ej., género y edad), estresores (BPSD, tiempo cuidando y horas diarias dedicadas al cuidado), fusión cognitiva y sentimientos de ambivalencia. Se realizaron análisis de correlación y análisis de regresión jerárquica siguiendo el modelo de estrés y afrontamiento.

Resultados: Se encontraron correlaciones significativas positivas entre las variables BPSD, fusión cognitiva y ambivalencia ($p < 0,05$). En un primer análisis de regresión, las variables sociodemográficas y los BPSD contribuían significativamente a la explicación de los sentimientos de ambivalencia, explicando un 19% de la varianza de esta variable. Sin embargo, en un segundo análisis, en el que se incluía la fusión cognitiva, la variable BPSD deja de contribuir de forma significativa al modelo, lo que sugiere que la fusión cognitiva podría estar actuando como una posible variable mediadora en la relación entre los comportamientos problemáticos y la ambivalencia. El modelo final explica un 29% de la varianza de la ambivalencia, mostrando la fusión cognitiva un efecto significativo sobre la ambivalencia ($\beta = 0,35$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que la ocurrencia de BPSD no incrementa de forma directa los sentimientos ambivalentes de los cuidadores. La influencia de los BPSD sobre la ambivalencia parece estar mediada por la fusión cognitiva. Altos niveles de BPSD podrían situar a los cuidadores en una situación de vulnerabilidad a sentimientos ambivalentes, al dificultarles tomar distancia de sus pensamientos y llevar a cabo un afrontamiento más adaptativo de cuidado.

OS-018. COMPARATIVA DEL PERFIL DE AFECTACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE UBICADOS EN 2 UNIDADES RESIDENCIALES SOCIOSANITARIAS Y 2 UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN, UNA DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA Y OTRA PSICOGERIÁTRICA

O. Arrese Iturbe¹, B. Echazarreta Luna¹, N. Caro Idarreta², M. Fernández Maiztegui¹ y A. Elejalde Arana¹

¹Hospital San Juan de Dios, Mondragón. ²Centro Sociosanitario Cruz Roja, Donostia.

Objetivos: Comparar tres dispositivos asistenciales (dos socios sanitarios y una unidad de rehabilitación psiquiátrica), con una muestra significativa de la población hospitalizada, mayor de 65 años, a través de los perfiles de afectación psicosocial.

Métodos: Valorar las cuatro muestras, un total de 110 pacientes diagnosticados de trastorno mental grave con dos escalas, REHAB (escala de rehabilitación) y EVDP (escala de valoración del desempeño). Ver la correlación entre los datos obtenidos.

Resultados: Los datos muestran una p significativa (0,001) y que existe una correlación significativa entre los datos obtenidos en las dos pruebas utilizadas, de las cuatro muestras analizadas. Existe una diferencia significativa de la unidad de psicogeriatría frente a los demás dispositivos, una pérdida de iniciativa por parte de los pacientes tal y como indican los datos de la escala REHAB. El deterioro en la capacidad de comunicarse, condiciona las habilidades sociales, y la interacción con los demás (a la hora de iniciar la conversación, el contenido de del discurso, la claridad del habla). Esa falta de iniciativa afecta a sus autocuidados, ya sea en el cuidado de sus pertenencias, ropa, y afecta también a los modales en la mesa, situación que es explicada por el mimetismo de las personas, en un ingreso prolongado. Ciertamente un

ingreso prolongado puede facilitar el deterioro de estas habilidades. En el caso de los pacientes de la unidad de hospitalización psicogeriatrica, en la escala EVDP, el uso del dinero y del transporte siguen una curva diferente respecto a las otras unidades analizadas. Estas habilidades, también se ven afectadas en un ingreso prolongado.

Conclusiones: No existe ninguna referencia que excluya a la población "mayor" de 65 años, de ser evaluada con los criterios que define la rehabilitación psicosocial. Los resultados obtenidos indican que las dos escalas utilizadas en la evaluación, también son significativas, cuando se trata de analizar unidades psicogeriatricas, a priori diferentes, y permite obtener una información útil, a la hora de elaborar los programas de intervención con esta población.

OS3: Intervenciones

OS-019. EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO DE LA AGITACIÓN EN PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

I. González-Abraldes, C. de Labra, A. Maseda, A. Buján, C. Diego-Díez, N. Cibeira y J.C. Millán-Calenti
Universidade da Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña. Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña.

Objetivos: La mayoría de los mayores con deterioro cognitivo y demencia desarrollarán trastornos psicológicos y conductuales (SPCD) en etapas intermedias y avanzadas de la enfermedad, lo cual constituye uno de los aspectos más desafiantes y angustiosos de la misma. Estudios actuales constatan cada vez más, la relevancia de las terapias no farmacológicas (TNF) como primera línea terapéutica ya que han demostrado ser eficaces en el manejo de estos síntomas, incluyendo la agitación y evitando los efectos adversos propios de los fármacos. Se ha llevado a cabo un estudio con el objetivo de comparar los efectos de dos de estas técnicas, la estimulación multisensorial (EMS) y la música individualizada (MI), sobre los SPCD y en concreto la agitación, en personas mayores institucionalizados con deterioro cognitivo grave.

Métodos: Se realizó un ensayo controlado aleatorizado en el que los participantes fueron estratificados de acuerdo con su estado cognitivo y posteriormente asignados al azar a cada uno de los 2 grupos de estudio (EMS o MI). La muestra estaba formada por 18 sujetos, 9 participantes en cada grupo. Ambos grupos participaron en dos sesiones semanales de 30 minutos durante 16 semanas. Se evaluaron al inicio, mitad y final de la intervención y 8 semanas después (seguimiento). Se utilizó la versión validada en español del Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (CMAI) para evaluar la frecuencia de comportamientos agitados en los participantes.

Resultados: Con respecto a la agitación, se encontró mejoría en ambos grupos en la puntuación total de CMAI ($F(2,34) = 3,837$, $p = 0,031$, $\eta^2 = 0,166$) entre las intervenciones pre, media y post intervención. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos. Para ambos grupos, las puntuaciones mejoraron en el período de seguimiento en comparación con la evaluación post intervención en el factor de comportamiento físicamente no agresivo ($F(1,16) = 5,518$, $p = 0,032$, $\eta^2 = 0,159$), sin diferencias significativas entre los grupos.

Conclusiones: Se requieren más investigaciones en ensayos clínicos para confirmar la eficacia y los efectos a largo plazo de las intervenciones no farmacológicas para controlar la agitación en las personas mayores con deterioro cognitivo y demencia.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OS-020. RESTRICCIÓN FÍSICA EN PERSONAS MAYORES: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON SU APLICACIÓN

E. Fariña López¹, G.J. Estévez Guerra¹ y E. Penelo Werner²
¹Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Tahiche, Lanzarote.
²Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Explorar si el documento de consentimiento informado figura en el expediente de personas mayores sometidas a una restricción física.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en ocho centros sociosanitarios de Canarias de titularidad y gestión pública que proporcionan cuidados a personas mayores. La muestra estuvo formada por 707 personas. El uso de la restricción se determinó mediante observación directa por parte de dos investigadores ($\kappa = 0,977$; IC95%: 0,931 a 1), quienes también revisaron los expedientes de los usuarios. Se consideró que el consentimiento era correcto cuando, al menos, mencionaba el dispositivo, los motivos por los que debía utilizarse, así como la firma del residente, o su representante legal en el caso de que no estuviese capacitado para ello.

Resultados: Se aplicaron restricciones físicas al 84,1% de los usuarios (N = 595). De estos, el 65,6% eran mujeres con una edad media de 80,5 años (DE = 11,44). El 63,6% (n = 377) de los residentes sometidos a restricción presentaba dependencia total en sus capacidades funcionales y el 46,4% deterioro cognitivo severo. El principal motivo por el que se aplicaron restricciones fue la prevención de caídas (97,1%). Los dispositivos más frecuentes fueron las barras bilaterales (92,4%), los cinturones y los chalecos de sujeción (32,1%). El 95,9% (n = 571) de los casos no disponía de un consentimiento informado.

Conclusiones: La mayoría de los expedientes de los residentes sometidos a una restricción física carecían de un consentimiento informado. Ello podría ser debido a factores organizacionales y al hecho de que los profesionales consideren que la contención no está sujeta a este tipo de garantía. Al igual que ha hecho la Comunidad Foral de Navarra, sería conveniente que las leyes de Servicios Sociales del resto de las comunidades estableciesen con claridad los requisitos a tener en cuenta durante la aplicación de restricciones físicas, incluido el uso de barras laterales, en personas mayores.

OS-021. EVOLUCIÓN DE LA FIGURA DEL PSICÓLOGO EN LA MEJORA DEL CLIMA LABORAL EN LOS EQUIPOS GERONTOLÓGICOS

L.P. Casas Hevia¹ y J. Pérez Loureiro²
¹Centro de Atención Diurna, O Corgo. ²Centro de Atención Diurna, O Ribadeo.

Introducción: Desde el Departamento de Gerontología del Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar existe una preocupación por el bienestar psicológico de sus trabajadores, de ahí la puesta en marcha del Grupo de trabajo "Benestar no traballo", que persigue como principal objetivo: dotar a los equipos gerontológicos de estrategias, habilidades y herramientas que favorezcan las relaciones positivas dentro del equipo.

Objetivos: Dotar a los equipos de estrategias, habilidades y herramientas que favorezcan las relaciones positivas del equipo. Basar las intervenciones en las demandas de los trabajadores. Fomentar de manera individual la responsabilidad en la mejora del clima.

Métodos: Momentos diferentes del perfil profesional. 1. Pensarse como psicólogo en el centro. 2. Pensarse como psicólogo externo al centro. 3. Intervención en los centros, con los equipos. 4. Mejora y participación de las intervenciones (2013-2014). 5. Intervenciones adaptadas a las demandas (2015-2016) 6. Coordinación con otros técnicos.

Resultados y conclusiones: 71,1% considera muy beneficioso que el profesional del grupo de trabajo incida en la mejora del clima laboral. Así mismo se mejora en este resultado en la encuesta del 2016 que pasa a ser un 76,7%. En relación al compañerismo pasando de un 23,7%, a un 26% de los encuestados. Año 2016 87,3% de los trabajadores recomendaría trabajar en sus centros de trabajo a diferencia del 90,9% del año anterior. 53,8% de los encuestados considera que la forma de gestionar las emociones está relacionada con el bienestar del equipo, siendo esta demanda que nos lleva a encaminar las intervenciones futuras en el ámbito emocional. Estos resultados avalan al grupo que cada año se plantea nuevos desafíos de trabajo en aspectos más concretos y personalizados de cada centro.

OS-022. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL MANEJO DEL VAGABUNDEO EN PACIENTES CON DEMENCIA

Y. Rodríguez García, I. Herráez Rodríguez, L. Velayos del Monte, S. Gordo de Castro, M.G. Moreno de la Asunción, M.V. López Gómez y A.M. Rodríguez García
Centro Residencial Geriatros Decanos Ávila, Ávila.

Introducción: Uno de los grandes retos que se plantea la sociedad del siglo XXI es el estudio de los síndromes demenciales y la enfermedad de Alzheimer debido al incremento de la esperanza de vida. Este tipo de enfermedades comportan una gran demanda de atención y cuidados, no solo a la persona que sufre la enfermedad sino también a su entorno más inmediato, la familia; así mismo, son enfermedades que presentan múltiples oscilaciones en su recorrido por lo que es necesario tener unos conocimientos sólidos que nos permitan tratar correctamente los diversos problemas que se puedan presentar y prestar unos cuidados de máxima calidad. La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad muy común entre la población anciana. Su sintomatología conductual y más concretamente el vagabundeo con el que cursan estas personas es de difícil manejo y aceptación para la familia, es uno de los síntomas más duraderos de la enfermedad, por eso se ha creado este programa de intervención en el manejo del vagabundeo en pacientes con demencia, tanto para evitar los riesgos como para mejorar la calidad de vida de las personas que lo sufren, tanto pacientes, como familiares y cuidadores.

Objetivos: General: conocer el manejo correcto del vagabundeo en personas con demencia en domicilios y centros residenciales. Específicos: 1) Formar a profesionales y familiares en el manejo de síntomas conductuales y situaciones de crisis en pacientes con demencia. 2) Conseguir una deambulación segura. 3) Fomentar el buen trato de todos los profesionales y cuidadores del paciente con demencia.

Resultados: La elaboración de un tríptico para facilitar el trabajo de los profesionales que trabajan con personas que padecen la enfermedad de Alzheimer u otros síndromes demenciales y con sus cuidadores familiares.

Conclusiones: Para concluir el vagabundeo: 1) Es una conducta inadecuada frecuente en los pacientes con demencia tipo Alzheimer. 2) Puede estar presente en estos pacientes por largos periodos de tiempo. 3) No es una conducta a corregir, es una conducta a manejar. 4) Se puede manejar con formación específica y con modificaciones en el entorno para evitar riesgos y facilitar la orientación temporoespacial del paciente.

OS-023. DETECCIÓN DE ÁMBITOS PRIORITARIOS EN LA AGENDA POLÍTICA DE EUSKADI A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO EUSKADI LAGUNKOA-EUSKADI AMIGABLE

E. del Barrio¹, A. Tomasena¹, B. Criado¹, M. Sancho¹, E. Allur¹ y S. Pinazo²

¹Matia Instituto, Madrid. ²Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: Una comunidad amigable con el envejecimiento, es aquella en la que las políticas, los servicios y las estructuras relacio-

nadas con el entorno físico y social de la ciudad se diseñan y reorganizan para apoyar y permitir a las personas mayores vivir dignamente, disfrutar de una buena salud y continuar participando en la sociedad de manera plena y activa.

Objetivos: Conocer el grado de amigabilidad de Euskadi por parte de la ciudadanía general a través de indicadores cuantitativos para la consecución de la 1ª Fase del ciclo de mejora continua que marca la OMS.

Métodos: Encuesta. Muestra: 2.775 de 16 y más años (sexo: M 63,2%; edad: > 65 años: 27,2%). ANOVA de 1 factor. Variables: sexo y edad. Ocho dimensiones del modelo de Ciudades Amigables con las personas mayores: espacios al aire libre y edificios; transporte; vivienda; participación y tejido social; participación social y ciudadana; respeto e inclusión; comunicación e información; servicios sociales y sanitarios.

Resultados: El grupo de personas de más de 65 años tiene una red social de familiares, vecinos y comerciantes más fuerte que las personas de otras edades. Aunque existe un elevado índice de desconocimiento de los servicios sociales, se valoran positivamente (media: 6,73); las personas de más edad, más usuarias de estos recursos, dan mejores valoraciones que el resto de la población. La valoración media de respeto e inclusión social es de 6,68%. Los tres aspectos peor valorados y con muchos aspectos a mejorar, son: vivienda (media: 5,40), sobre todo precio y accesibilidad; comunicación e información (media: 5,78), y participación social (media: 5,89). Parece necesario fomentar nuevas oportunidades de participación social para las personas mayores y la sociedad en general haciendo hincapié en actividades intergeneracionales. Respecto al transporte, se destaca el elevado uso del coche particular y de tránsito de vehículos.

Conclusiones: El diagnóstico de amigabilidad sirve para detectar las prioridades en las actuaciones a nivel local y territorial. Según los resultados obtenidos la vivienda, la comunicación e información, la participación social y el transporte, son los ámbitos de actuación prioritarios en la agenda política.

OS-024. ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES RELACIONADAS CON LAS PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS DE LAS RESIDENCIAS A LA HORA DE COMER

Á. García Soler¹, M. Jiménez², V. Oliván³, A. Gómez⁴, O. Arizaga⁵, A. Salaberria⁶ y S. Fernández⁷

¹Matia Instituto Gerontológico, Madrid. ²Centro Residencial Txara Fundación Matia Gerozerlan, San Sebastián. ³Centros Residenciales Birmingham y Fraisoro. Fundación Matia, Donostia-San Sebastián.

⁴Centro Residencial Julián Rezola Fundación Matia, Donostia-San Sebastián. ⁵Centro Residencial Otezuri Fundación Matia, Zumaia.

⁶Centro Gerontológico Lamorous Zubiaurre Fundación Matia, Donostia-San Sebastián. ⁷Centro Residencial Argixao Fundación Matia, Zumárraga.

Introducción: El momento de la comida es un contexto específico y reiterativo de interacción en el entorno residencial: sistematizado en horarios, procedimientos, prácticas asistenciales y de comunicación, aspectos ambientales, planificación nutricional y administración de alimentos. En este contexto priman las prácticas profesionales relacionadas con la salud, mientras que la información relacionada con las prácticas de atención centrada en la persona (ACP) no se encuentra documentada con sistematicidad en los centros residenciales. Este estudio se integra en un proceso de cambio institucional del modelo de atención y se desarrolla desde un enfoque de investigación-acción participativa en el cuál se busca conocer la frecuencia de las prácticas profesionales de ACP y su desarrollo dentro del cambio institucional.

Objetivos: Identificar y favorecer prácticas profesionales dirigidas a la personalización y la promoción y aumento del bienestar y la calidad de vida en los comedores de centros residenciales.

Métodos: Se diseñó un programa de estudio longitudinal de observación no participante a través de grabaciones realizadas en el contexto de las comidas. Se planificó una grabación de una hora y media de duración al mes durante 8 meses del horario de comidas en las unidades psicogeriatricas de 8 centros residenciales. Para el registro se diseñó un sistema de categorías ad hoc que recogiera la frecuencia en un formato Likert de 0-3 opciones de 6 prácticas asistenciales relacionadas con la comunicación, preferencias, elecciones y la involucración de los familiares.

Resultados: Se obtuvieron 54 grabaciones de 7 centros participantes. Las prácticas más frecuentes en promedio de los centros fueron: el uso del lenguaje de acuerdo con las preferencias de los usuarios $x = 2,34$ (2,1-2,5) y dar opciones para expresarse $x = 1,98$ (1,2-2,3). Las prácticas con menor frecuencia promedio fueron: dar opciones sobre actividades, objetos o comida ($x = 1,56$; 1,2-1,9) con una frecuencia promedio entre “alguna vez” y “muchas veces” (Likert 1 y 2, respectivamente).

Conclusiones: Los resultados mostraban que en el entorno de residencia la interacción verbal de acuerdo a las preferencias del usuario era bastante frecuente, mientras que los comportamientos de dar opciones a los usuarios tenían una frecuencia relativamente baja con un rango de posibilidades de incremento amplio.

OS-025. ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE SOLEDAD EN EL PROGRAMA “SIEMPRE ACOMPAÑADOS” DE LA OBRA SOCIAL LA CAIXA

J. Yanguas Lezaun¹, A. Cilveti Sarasola², S. Hernández³, S. Roig Canals³ y C. Segura Talavera²

¹Matia Instituto Gerontológico, Donostia. ²Fundación Bancaria La Caixa, Barcelona. ³Creu Roja a Catalunya, Barcelona.

Introducción: La visión predominante sobre la soledad desde hace décadas es la teoría de la discrepancia cognitiva de Peplau-Perlman, que entiende la soledad como una respuesta a una discrepancia entre las relaciones sociales que una persona desea y las que tiene. Se propone una revisión y puesta al día del concepto de soledad que de respuesta a una visión más “compleja” de la misma.

Objetivos: Analizar la idoneidad de una posible ampliación del concepto de soledad. Proponer una nueva conceptualización de la soledad.

Métodos: Universo de la investigación personas mayores de 20 años que residen en Terrassa, Tortosa y Girona ($n = 1.219$). Error muestral de $\pm 2,81\%$, nivel de confianza del 95,5%, supuesto $p = q = 50$. Intervención: $n = 131$ (con PM que viven solas).

Resultados: La soledad es considerada por el 98% de la muestra del estudio un problema grave por: 30% sensación de desamparo e incomunicación, 20% por problemas instrumentales (apoyo a tareas), 17% por asociación entre salud y soledad, 12% por sentimientos de tristeza y sufrimiento asociados y 9% por problemas económicos ligados a la soledad. 1. El programa “siempre acompañados” haciéndose eco de los datos empíricos propone ahondar en el fenómeno de la soledad incluyendo: a. Tipos distintos de soledad específicos: emocional, social, familiar, “ausencia relación íntimas”, “pérdida relaciones significativas”, “vinculada al cuidado”. b. Incluir otro tipo de variables “cognitivas”, estereotipos y auto-percepciones sobre la soledad en el análisis de la misma. c. Estudiar mecanismos de afrontamiento de la soledad en la vida diaria. d. Ampliar la conceptualización de la soledad, incluyendo una visión “positiva” de la misma.

Conclusiones: La soledad es un fenómeno complejo cuyo abordaje para la intervención va más allá de asimilación entre soledad y aislamiento, o una visión de las diferencias entre expectativas sobre mis relaciones y la realidad relacional. Se necesita al menos examinar: a) tipos de soledad diferentes, b) respuestas de las personas ante las mismas; c) influencia de la soledad en la vida diaria, para d) desarrollar intervenciones multidimensionales efectivas que superen una

visión “simplista” (soledad = aislamiento) en la prestación de servicios y evolucionar hacia intervenciones más complejas.

OS-026. TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES: HERRAMIENTA DE REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UN ACV EN UN CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES

M. Vizcaíno Cela¹, A. Ávila Álvarez², M.A. Rodríguez Irlés¹, G. Torres Tobío², O. Villazala Roca³, A. Paredes Vázquez³ e I. Crespo Romero¹

¹Centro de día Hera, A Coruña. ²Universidade da Coruña, A Coruña.

³Centro Canino Montegatto, A Coruña.

Introducción: La terapia asistida con animales es una técnica de intervención formal en la que un animal, que cumple ciertos criterios de selección, pasa a formar parte del proceso terapéutico y educativo. Se trata de una intervención con unos objetivos específicamente diseñados para cada grupo, y llevada a cabo por un equipo multidisciplinar especializado. La presencia de un animal puede lograr establecer un clima de confianza y motivación para participar en el programa rehabilitador. Una de las afectaciones más prevalentes en la población mayor son los ACV, entendiéndose estos como la pérdida brusca de las funciones cerebrales a consecuencia de una alteración en el flujo de sangre en una parte del cerebro.

Objetivos: Se pretende conocer si el introducir perros en la realización de sesiones de TAA en un centro de día para personas mayores ayuda a mejorar las capacidades cognitivas (memoria, atención y funciones ejecutivas), la socialización y las habilidades psicosociales; contribuyendo a la mejora de la percepción de la calidad de vida.

Métodos: Se trata de un estudio mixto, en el que se usa en enfoque cualitativo y cuantitativo como complementarios uno del otro. Desde el punto de la metodología cualitativa: estudio longitudinal prospectivo antes-después; desde la metodología cuantitativa: estudio desde el enfoque de la fenomenología. Los métodos de recogida de información son: observación participante, test de habilidades psicosociales, batería de evaluación LOTCA-G, Euroqol-5D y entrevista semiestructurada, escala de satisfacción. El grupo está formado por 10 participantes con edades comprendidas entre los 60 y 90 años. Participan en 12 sesiones de TAA de 1 hora de duración, un día a la semana. Estas intervenciones se han diseñado previamente en función a las características y demandas de los propios participantes.

Resultados: Los principales hallazgos de este estudio fueron positivos, observándose una mejora tras el análisis estadístico de los resultados. Se aprecian mejoras en las habilidades cognitivas, de percepción espacial, de integración del lado hemipléjico, las habilidades de comunicación, las habilidades de vocalización, y de la percepción de calidad de vida. El programa tuvo muy buena acogida entre los participantes, obteniéndose resultados muy positivos en la escala de satisfacción.

OS-027. MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

A.I. Ripa de la Concepción, M. Díaz García, M.J. Almazán Calve, M. García Sanz, I. Ponz Flor, D. Martínez Fabre y M. Forcano García Hospital San José, Teruel.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes candidatos a intervención con musicoterapia (MT) en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) hospitalaria y su influencia sobre la percepción del dolor la comunicación con sus familiares y la facilitación de la despedida.

Métodos: Estudio observacional cualitativo con pacientes en ingresados en la UCP del Hospital San José de Teruel. Se recogieron las variables: edad, sexo, tipo de enfermedad y presencia de dolor. Las técnicas MT utilizadas fueron pasivas/receptivas y activas/creativas. La intervención fue, previo consentimiento del paciente, filmada para posteriormente analizarla. Con respecto a la respuesta al dolor se

analizaron: muecas, ritmo de respiración, lamentos, espasmos y apneas. Con respecto a la comunicación con familiares se valoró el contacto ocular, comunicación verbal, sonrisa, canto o participación con instrumento. Sobre la despedida con la familia se valoró si el familiar no quería estar presente en la sesión, si se involucraba, y si se entablaba conversación entre familiar y paciente, si había contacto físico, si el familiar expresaba sus sentimientos y si cantaban o tocaban un instrumento.

Resultados: Incluidos 19 pacientes, 14 hombres y 5 mujeres, edades entre 65 y 92 años; 14 sufrían enfermedad oncológica en fase terminal y el resto otras patologías también en fase muy avanzada o terminal. En un 68% padecían dolor y tras la intervención con MT, el 100% se apreciaron menos muecas, lamentos y espasmos y las respiraciones fueron más rítmicas y calmadas. En un 55% se trabajó la apertura de canales de comunicación. En un 90% el paciente verbalizaba. En cuanto a la familia, 28% permanecía en la habitación pero sin involucrarse, 69% quería estar en la habitación, involucrarse y participar. De estos, en el 80% se estableció una conversación entre paciente y familiar/es. En el 70% hubo contacto físico entre familiar y paciente y en un 75% los familiares expresaban sus sentimientos.

Conclusiones: El cantar o tocar un instrumento facilita la comunicación y el acercamiento físico entre paciente y familiar. La MT parece colaborar en aliviar la percepción del dolor. Sería necesario diseñar programas de intervención de MT hospitalaria para profundizar en la investigación de sus efectos.

OS4: Envejecimiento activo. Calidad de vida

OS-028. PREFRAGILIDAD, SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES

C. Diego-Díez¹, A. Maseda¹, L. Lorenzo-López¹, N. Cibeira¹, I. González-Abrales², D. Facal³ y J.C. Milán-Calenti¹

¹Universidad de Coruña, Grupo de Investigación en Gerontología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña.

²Complejo Gerontológico La Milagrosa, Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados UDP de A Coruña, A Coruña. ³Departamento de Psicología Evolutiva e da Educación, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivos: La fragilidad es un estado dinámico de vulnerabilidad, considerado como un continuo de gravedad. Es, por tanto, un estado intermedio de transición entre la robustez y la fragilidad en el cual el individuo todavía tiene reservas fisiológicas suficientes para responder a potenciales estresores, convirtiéndolo en un estado potencialmente reversible y óptimo para la intervención. Por ello, el objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre la capacidad funcional, los síntomas depresivos y los dominios de la calidad de vida en personas mayores pre-frágiles.

Métodos: Se realizó un estudio transversal observacional, que se desarrolló en la comunidad autónoma gallega, en una muestra comunitaria de 749 individuos de ≥ 65 años. Los aspectos sociodemográficos que se registraron fueron: sexo, fecha de nacimiento, escolaridad y profesión. La fragilidad se evaluó considerando los criterios diagnósticos de Fried, la variable calidad de vida se registró mediante el WHOQOL-BREF, y la sintomatología depresiva con la Escala de Depresión Geriátrica. La dependencia funcional se evaluó mediante el test de Lawton. Mediante regresión logística se analizó si el sexo, la edad, el nivel educativo, las puntuaciones en la Escala de Depresión Geriátrica y en la escala de Lawton estaban relacionados con peores puntuaciones en la calidad de vida, según los individuos cumplieren uno o dos criterios fenotípicos de fragilidad.

Resultados: La sintomatología depresiva fue la única variable identificada como determinante de mala calidad de vida (en sus cuatro dominios), independientemente de la presencia de 1 o 2 criterios de pre-fragilidad. En relación a las variables sociodemográficas, el sexo femenino y un bajo nivel educativo se relacionaron con menor calidad de vida física y peor salud auto-percibida, mientras que la edad solo se asoció con mala salud auto-percibida.

Conclusiones: Es necesario poner en marcha medidas de intervención en los estadios previos a la fragilidad para minimizar el impacto socio-económico y la salud vinculado a este síndrome geriátrico. Es necesario resaltar la importancia de los síntomas depresivos en dicha intervención para así mejorar la calidad de vida en el envejecimiento. Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

OS-029. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE PERSONAS MAYORES CON PARTICIPACIÓN SOCIAL ACTIVA DE LA CIUDAD DE CHILLÁN, CHILE

V. Barrón Pavón y A. Rodríguez Fernández

Universidad del Bío-Bío, Departamento de Nutrición y Salud Pública, Chile.

Objetivos: Determinar hábitos alimentarios y estado nutricional de personas mayores pertenecientes a centros de actividades recreativas y/o cognitivas de estimulación de la memoria de la comunidad de Chillán.

Métodos: Estudio cuantitativo, analítico, de corte transversal. Se trabajó con el universo correspondiente a 183 personas considerando que asistieran al menos 3 veces por semana a dichos centros. Los hábitos alimentarios se evaluaron mediante las Guías Alimentarias Basadas en los Alimentos (GABAs) para la población chilena. La evaluación del estado nutricional se realizó mediante antropometría e IMC para adultos mayores. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva univariada, bivariada y con la prueba de chi-cuadrado en el programa STATA 12.0 con $\alpha = 0,05$.

Resultados: Los 183 adultos mayores estudiados se caracterizaron por ser principalmente mujeres con un 88,5%, no tener pareja un 55% y presentar un nivel de escolaridad medio y superior del 87%. La edad y características antropométricas entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente diferentes ($p > 0,05$), a excepción de la talla ($p = 0,001$). El 65% y 32% realizaba 3 y 4 tiempos de comida respectivamente. En promedio, el 60% consumía 5 porciones de frutas y verduras y el 87% una porción de lácteos/día. Legumbres 2 veces/semana un 95%, pescado con la misma frecuencia un 90%. El 46% consumía 6 a 8 vasos de agua al día. El 80% usaba sal adicional en las comidas y el 42% no consumía grasas saturadas. El estado nutricional predominante fue normal con 52%, el cual se relacionó con el consumo de lácteos ($p = 0,027$).

Conclusiones: La participación social de personas mayores, sería un elemento promotor de buen estilo de vida, relacionado con la alimentación y el estado nutricional normal, favoreciendo un envejecimiento saludable o exitoso.

OS-030. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN GERONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, MÉXICO

I. Gómez Barba y N.M. Mendoza Ruvalcaba

Universidad de Guadalajara, México.

Objetivos: Analizar los conocimientos y las actitudes ante la sexualidad de los mayores en estudiantes de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad de Guadalajara, México.

Métodos: Estudio transversal, se entrevistaron 185 estudiantes de ocho semestres (78,9% mujeres) con una edad media = 22 años,

DT 5,39, (rango 18-68). Para evaluar los conocimientos y las actitudes ante la sexualidad de las personas mayores se utilizó la escala ASKAS (Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale) (White, 1982), es un cuestionario auto administrado, cuenta con 61 ítems, (ítem 1-35) conocimiento, (ítem 36-61) actitudes. Los datos fueron analizados en una base de datos electrónica con el programa SPSS-18. Se realizaron análisis descriptivos y de correlación.

Resultados: En conocimientos se encontró una media = 64,82, DT = 11,25, (rango de 41-97). Respecto a las actitudes se encontró una media = 55,93, DT = 19,73 (rango de 31-120). Los conocimientos mostraron correlación significativa con las actitudes ($p = 0,000$). Se encontró que a mayor edad existe mayor conocimiento sobre la sexualidad de los mayores ($p = 0,000$), también que los estudiantes de cursos más avanzados tenían una actitud significativamente más positiva ante la sexualidad de los mayores ($p = 0,000$). Se identificaron diferencias por sexo, los hombres mostraron mayor conocimiento ($p = 0,000$) y las mujeres mostraron actitud más positiva ($p = 0,000$). El ítem donde se encontró más desconocimiento fue "Los hombres mayores experimentan una disminución de la necesidad de eyacular, y por tanto, pueden mantener la erección por más tiempo que los hombres más jóvenes". El ítem donde se reportó la actitud más positiva fue "Si supiera que un asilo o casa de descanso determinada permite y apoya la actividad sexual entre los usuarios que lo desean, no ingresaría a un familiar mío allí".

Conclusiones: En comparación con otros estudios realizados con enfermeras, trabajadores sociales, se encuentran similitudes en conocimientos, sin embargo, los estudiantes de gerontología mostraron actitudes más positivas ante la sexualidad de los mayores. Este proyecto permite identificar y sensibilizar la relevancia de la formación profesional ante la sexualidad de los mayores, asimismo enfatiza la necesidad de hacer valer el derecho humano universal de la sexualidad, parte integral de todo ser humano.

OS-031. IMPACTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN "SOY ACTIVO" EN LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

N.M. Mendoza-Ruvalcaba¹ y E.D. Arias-Merino²

¹Universidad de Guadalajara CUTONALA, Jalisco. ²Universidad de Guadalajara CUCS, Jalisco.

Introducción: "Soy Activo" es un programa diseñado para promover el envejecimiento activo (EA) en personas de 60 años y más. Basado en el Modelo de Proceso de Adopción de Precauciones (PAP) promueve el cambio en conductas saludables centradas en la actividad física, hábitos nutricionales sanos y entrenamiento cognitivo, que finalmente mejoran la calidad de vida.

Objetivos: Evaluar el impacto del programa "Soy Activo" en las dimensiones e indicadores del envejecimiento activo, la calidad de vida (CV) y el cambio conductual.

Métodos: Diseño experimental longitudinal. Participaron $n = 64$ adultos mayores saludables (experimental $n = 31$, control $n = 33$). El programa (2 meses, 16 sesiones) teórico-práctico se centró en la actividad física, hábitos de nutrición y entrenamiento cognitivo. Se evaluó el pre-post-seguimiento (6 meses), la batería que incluía indicadores de envejecimiento activo, calidad de vida, y algoritmo del PAP. Se calcularon Prueba t, ANOVA de medidas repetidas, tamaño del efecto.

Resultados: Después del programa el grupo experimental mejoró en relación al control en a) Actividad física: riesgo de caídas, equilibrio, flexibilidad, autoeficacia. b) Nutrición: autoeficacia, estado nutricional. d) Cognitivo: velocidad de procesamiento, autoeficacia. d) CV: general, salud-funcionalidad, social-económica. Al seguimiento se mantuvieron mejoras significativas en autoeficacia para actividad física y nutrición, velocidad de procesamiento, estado nutricional, CV. Hubo progreso en el cambio conductual

Conclusiones: El programa "Soy Activo" promueve el EA en sus dimensiones de actividad física, nutrición y funcionamiento cogni-

tivo, así como el cambio en conductas saludables y la CV en adultos mayores. El EA como estrategia política debe involucrar además estrategias centradas en los individuos, con la finalidad de enfrentar exitosamente los retos de nuestra población que envejece.

OS-032. APRENDIZAJE INFORMAL Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ¿QUÉ SE APRENDE PARTICIPANDO?

F. Villar¹, S. Pinazo², M. Celdrán¹, R. Serrat¹, J.J. Zacarés¹ y C. Solé³

¹Universidad de Barcelona, Barcelona. ²Universidad de Valencia, Valencia. ³Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Introducción: El aprendizaje informal a través de la participación social ha sido un área de estudio poco explorada en el ámbito de la gerontología.

Objetivos: En este estudio se exploran y comparan los aprendizajes informales realizados por las personas mayores como producto de su implicación en diferentes actividades de envejecimiento activo.

Métodos: Participaron en el estudio 424 personas que participaban en cuatro tipos de actividades: 122 participaban en actividades de ocio, 116 eran alumnos de universidades para mayores, 89 eran miembros de las juntas de diferentes organizaciones para personas mayores y 97 se encontraban activamente implicadas en organizaciones políticas. Se les aplicó un cuestionario que incluía las siguientes preguntas: 1. ¿Considera usted que ha aprendido alguna cosa importante gracias a su participación? y 2. Si ha respondido afirmativamente ¿Podría explicarnos en pocas palabras qué ha aprendido? Las respuestas se sometieron a un análisis de contenido.

Resultados: La mayoría de participantes afirmó que había realizado algún aprendizaje importante como producto de su implicación. Estos aprendizajes, sin embargo, tendieron a variar según el tipo de actividad considerado.

Conclusiones: La participación en actividades de envejecimiento activo dota a las personas mayores de oportunidades para su aprendizaje y desarrollo personal. Conocer qué tipos de aprendizaje valoran las personas que participan en diferentes tipos de actividades puede ayudar a generar políticas orientadas a retener y mejorar la experiencia de aquellos que ya participan, y atraer a otros que todavía no lo hacen.

OS-033. INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN COMUNIDAD

A.X. Araya y E. Iriarte

Universidad Andrés Bello, Atención Primaria de Salud, Chile.

Objetivos: Evaluar posibles predictores de calidad de vida en una población de personas mayores que viven en la comunidad.

Métodos: Estudio analítico transversal realizado en una muestra aleatoria de 540 personas mayores que viven en la comunidad en Santiago de Chile. Calidad de vida fue evaluada con el cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF), la fragilidad social a través de un score compuesto de preguntas del Indicador de Fragilidad de Tilburg (TFI), Escala Multidimensional de Apoyo Social (MSPSS) y Escala de Soledad (HUGES), la fragilidad física y psicológica fue medida a través de las sub-escalas del TFI. Las variables sociodemográfica (edad, género, estado civil y convivencia), socioeconómica (educación y ocupacional), de salud (comorbilidad) fueron evaluadas a través de un cuestionario. Para el análisis de datos se usaron análisis descriptivo y analítico con modelos de regresión múltiple. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética local.

Resultados: Los factores que predijeron, con significancia estadística, un peor estado de calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad fueron: la existencia de comorbilidad, vivir solo/a, tener menos años de estudio, con fragilidad social, física y psicológica. El modelo de regresión explicó un 98% de la varianza total de las

variables anteriormente señaladas que explican la calidad de vida ($R^2 = 0,9836$; $p < 0,05$), siendo la fragilidad social aquella que más explica en mayor proporción la varianza de la calidad de vida por sobre los otros sub-tipos de fragilidad.

Conclusiones: La identificación de los factores que afectan la percepción de la calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad es uno de los desafíos más importantes la atención de salud centrada en las personas. Los resultados de este estudio enfatizan en la importancia de la influencia de la fragilidad social en la percepción de calidad de vida. La fragilidad social tiene el potencial de ser modificable, pudiendo contribuir a mejorar la percepción de calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad.

OS-034. PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO Y LAS SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES

A. Cilveti¹, S. Hernández², S. Roig², C. Segura¹, R. Canal³ y B. del Valle²
¹Fundación Bancaria “la Caixa”, Barcelona. ²Creu Roja a Catalunya, Barcelona. ³Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP), Barcelona.

Objetivos: Conocer la percepción que tiene la ciudadanía sobre el envejecimiento y sobre las situaciones de soledad de las personas mayores.

Métodos: El universo son personas mayores de 20 años residentes en Terrassa, Tortosa y Girona de los cuales se seleccionaron 1.219 casos. Error muestral para la totalidad de la muestra de $\pm 2,81\%$, con un nivel de confianza del 95.5%, supuesto el nivel máximo de indeterminación $p = q = 50$. Encuestas telefónicas de duración 12-15m.

Resultados: Pérdida de fuerza de la variable edad como definitoria en la percepción sobre el envejecimiento (especialmente entre mujeres), aumentando la importancia relativa del estado de salud (41%), “carácter o mentalidad” de los mayores (24%) y estado físico y psíquico (20%). 1. Las grandes preocupaciones en el envejecimiento tienen un perfil diferencial por género: la preocupación por la salud es la más importante para hombres y mujeres; siendo la necesidad de ayuda la segunda más relevante para las mujeres, y la situación económica para los hombres. 2. Las personas que viven solas se sienten más solas, pero no se puede afirmar que vivir solo predisponga a sentirse solo (no existe una correlación estadísticamente significativa). 3. 4 de cada 10 personas entrevistadas afirman conocer casos de soledad no deseada. 4. El 98% de los encuestados, consideran la soledad un problema (el 90% un problema importante): el 30% por la sensación de desamparo e incomunicación, el 20% por problemáticas instrumentales, el 17% por la asociación entre salud y soledad, el 12% por los sentimientos de tristeza y el sufrimiento asociados y el 9% por problemas económicos. Las intervenciones en soledad deben tener en cuenta las diferentes “aristas” con las que se define. 5. Se considera, de manera mayoritaria, que se debe dar una respuesta conjunta entre: familia, administración y entidades sociales.

Conclusiones: La percepción del envejecimiento es diferencial entre hombres y mujeres: mientras para las mujeres prima la necesidad de cuidados, los hombres otorgan mayor importancia a aspectos socio-económicos. La soledad es un problema prevalente e importante para el conjunto de la sociedad, que preocupa independientemente de la edad. Su abordaje debe de ser integral e interdisciplinar.

OS-035. MODELO DE ABORDAJE DE LAS SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA EN PERSONAS MAYORES “SIEMPRE ACOMPAÑADOS”

A. Cilveti¹, S. Hernández², J. Yanguas³, S. Roig², C. Segura¹, A. Moya⁴ y N. Rosetti⁴

¹Fundación Bancaria “la Caixa”, Barcelona. ²Creu Roja a Catalunya, Barcelona. ³Matia Institut Gerontològic, Donostia. ⁴Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP), Barcelona.

Objetivos: Paliar las causas y consecuencias negativas que la soledad no deseada tiene en la salud de las personas mayores.

Métodos: Modelo de intervención centrado en la persona y con proyección comunitaria, mediante la implicación del conjunto de actores para trabajar desde la complementariedad y optimización de recursos. A través de un grupo de acción social, compuesto por profesionales de servicios sociales, salud, policía, entidades sociales y ciudadanía (asociaciones de personas mayores, vecinos, comerciantes) se articulan acciones a desarrollar sobre: sensibilización e implicación de la ciudadanía, prevención para personas mayores y atención de casos. El modelo se ha implementado como prueba piloto en tres municipios diferenciados de Catalunya (Terrassa, Girona, Tortosa) durante tres años. Evaluado por el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) de la UAB a partir del estudio de caso: análisis de la documentación, entrevistas semi-estructuradas, grupos de discusión. Esta evaluación ha permitido una revisión de la metodología de intervención comunitaria, así como del marco teórico del fenómeno de la soledad, y de las herramientas de valoración de las personas.

Resultados: Se han atendido a 133 personas, en las que se ha producido un proceso de cambio positivo a través del empoderamiento y el refuerzo de vínculos en un contexto de confianza entre iguales. Se han constituido grupos de trabajo con la participación de 31 entidades: espacios inéditos de conocimiento e intercambio que han ayudado a situar a la persona en el centro de la atención, permitiendo un mayor acompañamiento a los casos más vulnerables. Las acciones de sensibilización han permitido la vinculación de las entidades y de la ciudadanía.

Conclusiones: La soledad no deseada es un fenómeno complejo, con una fuerte dimensión emocional; lleva asociadas otras problemáticas de movilidad, inestabilidad emocional, y deterioro de la salud. No puede tener únicamente una respuesta individual o asistencialista, sino que es necesaria una implicación comunitaria y participativa. El trabajo conjunto entre profesionales de diferentes áreas y ciudadanía: permite una mirada y una atención más completa de las personas, interpela a buscar soluciones más complejas y a mirar las posibilidades que tienen las propias personas.

OS-036. PERSONAS MAYORES Y PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD. CÓMO CAMBIA LA REALIDAD EN FUNCIÓN DE LOS INDICADORES UTILIZADOS

S. Marsillas¹, J. Varela², A. Rial², T. Braña², E. del Barrio¹ y M. Sancho¹

¹Matia Institut Gerontològic, Madrid. ²Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

En las últimas décadas, el envejecimiento activo se ha convertido en el foco principal de la política europea para afrontar el envejecimiento poblacional. La participación en la sociedad ha sido promovida en casi todos los países y de hecho, ha sido recogida como indicador del nivel de envejecimiento de los países europeos en la herramienta denominada Active Ageing Index (Zaidi et al, 2013), desarrollada por la Comisión Europea. En este estudio, pretendemos explorar los resultados alcanzados en dos comunidades autónomas del norte de España en función de diferentes criterios en los indicadores de la participación en la sociedad incluidos en el Active Ageing Index (voluntariado, participación política y cuidado de niños o nietos, así como cuidado de personas mayores). Para eso, se ha recurrido a muestras representativas de las personas mayores residentes en la comunidad de Galicia y del País Vasco. Los datos obtenidos siguiendo los criterios originales establecidos se muestran en la siguiente tabla. Estos resultados indican una participación moderada - alta en los indicadores, con notables diferencias cuando se varía el criterio considerado en cada uno de los indicadores.

Tabla OS-036

	Voluntariado	Cuidado de hijos, nietos	Cuidado de personas mayores o con discapacidad	Participación política	Valor total del dominio
Galicia	10,1	16,3	11,6	13,6	12,8
País Vasco	19,0	44,0	9,4	12,3	21,0
España	9,6	36,1	15,7	10,6	18,3
UE 28	14,8	32,5	12,9	12,0	18,1

Teniendo en cuenta la relevancia de la participación social en relación a la política de gestión de la edad a nivel europeo, es necesario una reflexión y discusión sobre los elementos que rodean estas prácticas. Ello permitirá entender las diferencias en función de los crite-

rios utilizados así como las variaciones en estos resultados con relación a otros países. Con ello, se podrá contextualizar el nivel de participación hallada y ofrecer algunas implicaciones y sugerencias para la futura investigación.