

Paciente pluripatológico/Edad avanzada

EA-1

DIABETES MELLITUS EN PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS ¿ESTÁN BIEN TRATADOS Y CONTROLADOS?

B. Escrivá Cerrudo¹, S. Abad¹, E. González¹, E. Linares¹,
A. G. Herola¹, F. Camarasa¹, M. Serrano¹ y J. Manzanero²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Informática. Hospital San Vicente del Raspeig. Alicante.

Objetivos. La edad media de la población está aumentando y con ello, los pacientes octogenarios con diabetes (DM). La evidencia ha demostrado que es importante tratar la DM independientemente de la edad, sobre todo, pacientes con otros factores de riesgo cardiovascular asociados. Así mismo se sabe que las cifras de glucemia en pacientes ingresados marcan su pronóstico. Actualmente, se dispone de nuevos tratamientos (tto) orales y nuevas pautas de insulinización para el manejo de la DM en este rango de edad. Por ello, hemos realizado un estudio de pacientes mayores de 80 años diabéticos, con la intención de determinar si están adecuadamente tratados y qué tratamiento es el óptimo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes ingresados de Enero a Diciembre de 2010 en un Hospital de mediana estancia, de 80 años o mayores con diagnóstico de DM. Los datos fueron extraídos a través de la historia clínica y del informe de alta hospitalaria. Las variables fueron: edad, sexo, año del diagnóstico, HbA1c en el ingreso, tipo de tratamiento (oral vs insulina), complicaciones y otros factores de riesgo cardiovascular asociados a la DM. Se examinó la relación entre la variable "tipo de tratamiento" y el valor de HbA1c > 7,5% mediante un análisis de varianza. Con el mismo objetivo, se efectuó un análisis en base a tablas de contingencia. De manera complementaria, se amplió dicho análisis aplicando el estadístico chi-cuadrado.

Resultados. Muestra total: 154 pacientes, edad media de 85,4 años, el 61% mujeres. El tratamiento oral más prescrito fue la metformina con un 51% del total de pacientes en tratamiento oral. 64 personas estaban en tratamiento con Insulina, de los cuales el 64% utilizaba I. basal. Un 37,7% de los pacientes había sufrido un accidente cerebrovascular, seguida de la c. isquémica con un 30,5%. La de menor incidencia fue la retinopatía. En cuanto al control metabólico, en un 23% no se solicitó la HbA1c. Se estableció como valor de corte, una HbA1c de 7,5%, presentando el 22% una cifra mayor, teniendo la mayoría una cifra inferior a dicho valor. Se realizó una prueba de Anova para establecer la relación entre el tipo de tratamiento y el valor elevado (> 7,5%) de la HbA1c y no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de tratamiento y el buen control de la DM (HbA1c < 7,5%). Se realizó un chi-cuadrado y en base a esto, se determinó que el tratamiento con insulina predice mejores valores de HbA1c con respecto al tratamiento oral.

Discusión. Actualmente se tiende a tratar de forma precoz y de manera más estricta a los pacientes diabéticos independientemente de la edad, hecho que mejora la calidad de vida y el pronóstico. A pesar de la tendencia a la insulinización, la aparición de nuevas pautas de tratamiento oral y la intensificación del mismo hace que el control de la enfermedad haya mejorado en los últimos años. Como en otros estudios, vemos que en este rango de edad las complicaciones asociadas a la DM son similares a las presentes en adultos más jóvenes. En base al análisis realizado se observa que ambos tipos de tratamiento se muestran eficaces para el control de la DM en octogenarios y en nuestra muestra se pone de manifiesto que la mayoría de los pacientes ingresados estaban bien controlados.

Conclusiones. En los diabéticos octogenarios las complicaciones y los factores de riesgo cardiovascular asociados son similares a los pacientes más jóvenes, siendo el ACVA la complicación más frecuente. La mayoría de los pacientes presentan más de dos factores de riesgo asociados, siendo la HTA el más habitual. Nuestros pacientes octogenarios presentan un buen control de su DM durante el ingreso. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento oral e insulínico para el control de la DM. El tratamiento con insulina predice mejores valores de HbA1c con respecto al tratamiento oral.

EA-3 DEPENDENCIA EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS AGUDOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

V. Martínez Pagán¹, E. Garcés de los Fayos Ruiz²
y M. Campos Aranda³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia). ²Facultad de Psicología, ³Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia.

Objetivos. Valorar la repercusión en la capacidad funcional (física y cognitiva) de la hospitalización en los pacientes ancianos (de 70 o más años) ingresados agudos por patologías médicas.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo, utilizando como instrumentos de medida el índice de Barthel (para valorar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)), el Cuestionario Abreviado del Estado Mental Pfeiffer (SPMSQ), que valora el deterioro cognitivo y la Escala de Fuerza Muscular del Medical Research Council (MRC), que mide la fuerza global. La muestra al comienzo del estudio fue de 37 pacientes, llegando al final del mismo 20, cuyos criterios de inclusión eran: edad de 70 o más años, nacionalidad española, motivo de ingreso patología médica y cuyo Barthel aplicado al ingreso es mayor de 20. Los instrumentos se aplicaron al ingreso y una segunda vez al alta.

Resultados. Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas para las medias de ABVD y fuerza muscular ($p < 0,0001$), también comparando la toma de mórficos y la fuerza muscular ($p < 0,03$).

Discusión. Sería conveniente evitar el deterioro funcional de los ancianos hospitalizados agudos mediante el desarrollo de un protocolo multidisciplinar intrahospitalario de ejercicio físico y mental para así evitar el deterioro funcional "iatrogénico" que provocamos los profesionales sanitarios debido a la disminución de la actividad habitual de los ancianos hospitalizados agudos.

Conclusiones. Existe una disminución de la fuerza muscular y de capacidad para realizar las ABVD consecuencia del ingreso hospitalario. También existe mayor disminución de fuerza muscular en los pacientes a los que se les administran derivados mórficos durante el mismo.

EA-4 VARIACIÓN EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA ESTRATEGIA ANTIHIPERTENSIVA SEGÚN EDAD Y ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE

C. Sierra¹, A. Coca¹, M. Doménech¹ y G. Muñoz², en representación de los investigadores del Estudio Expresion

¹Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Objetivos. Evaluar el control de la presión arterial (PA) y las estrategias terapéuticas adoptadas por los médicos según la edad y el estado funcional del paciente.

Material y métodos. Estudio multicéntrico, transversal y nacional que incluyó pacientes con hipertensión arterial esencial de al menos un año de evolución en atención primaria o consulta especializada. La población final analizable fueron 6.453 pacientes, estratificados en tres grupos: A (< 65 años) = 2.190; B (65-79 años) = 2.184; y C (≥ 80 años) = 2.079. Se estableció control de PA por debajo de 140/90 mmHg.

Resultados. El 51,3% de pacientes fueron varones. La edad media fue 55,1 \pm 7,5 años (grupo A), 71,7 \pm 4,0 (B) y 83,7 \pm 3,2 (C). Los valores medios de PAS por grupo fueron 142,6 \pm 15,4 (A), 143,3 \pm 16,2 (B) y 143,9 \pm 16,9 (C) mmHg y de PAD 85,1 \pm 9,8 (A), 82,2 \pm 10,4 (B) y 80,6 \pm 11,3 (C) mmHg. Un 32,7% de pacientes eran obesos, un 49,1% tenían sobrepeso, 33,5% diabetes mellitus y 77,5% dislipemia. En el 38,9% de casos se estableció la existencia de enfermedad cardiovascular (ECV) o renal previa y en un 41,5% lesión de órgano diana (LOD). La evaluación de la capacidad funcional mediante Índice de Barthel mostró que el grupo de mayor edad presentaba niveles de dependencia moderada o severa mayores ($p < 0,0001$). El control de la PA fue similar: 40,0% (A), 41,2% (B) y 41,1% (C), aunque los porcentajes de PAD por encima de 90 mmHg descendían en función de la edad. La prevalencia de ECV aumentó con la edad: 22,6% (A), 39,1% (B) y 55,9% (C). La misma tendencia se observó en la prevalencia de LOD: 26,7% (A), 40,8% (B) y 57,8% (C). La inercia terapéutica (falta de modificación del tratamiento antihipertensivo cuando era necesario) se situó en 47,1% (A), 51,6% (B) y 57,9% (C). Entre pacientes > 80 años con inercia terapéutica, la PAS/PAD media fue 157,2/87,5 mmHg en pacientes sin diabetes y 156,4/85,9 mmHg en diabéticos. El cumplimiento terapéutico fue del 94,3% y la dificultad declarada por el paciente para tomar la medicación dependía de la edad ($p < 0,0001$).

Conclusiones. Los hipertensos de edades avanzadas presentan peor control de PA junto con peor estado funcional. La edad avanzada del paciente se asocia a mayores prevalencias de LOD y ECV, así como a peor capacidad funcional global, cumplimientos terapéuticos disminuidos y mayor inercia clínica por parte del médico.

Tabla 1 (EA-3). Prueba t de Student para los test Barthel, Pfeiffer y Fuerza en EESS y EEII

	Media	D. típica	Error típico de la media	Significación
Barthel previo-	80,75	16,32	3,65	0,0001
Barthel al alta	56,75	24,30	5,43	
Pfeiffer al ingreso-	2,95	2,2	0,5	0,38
Pfeiffer al alta	3,2	1,8	0,4	
Fuerza EESS al ingreso-	4,0	0,72	0,16	0,009
Fuerza EESS al alta	5,55	0,76	0,17	
Fuerza EEII al ingreso-	4,15	0,67	0,15	0,0001
Fuerza EEII al alta	3,50	0,08	0,2	

EA-5 ALTA PREVALENCIA DE HIPONATREMIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA

J. Franco, S. Cuerpo, M. Rubio-Rivas, F. Formiga Pérez, D. Chivite y R. Pujol Farriols

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Objetivos. Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en una Unidad de agudos de Geriatria, con especial atención a la presencia de hiponatremia.

Material y métodos. Se recogieron durante el ingreso los datos clínicos y analíticos de 257 pacientes consecutivos atendidos en nuestra Unidad desde el 1 de junio de 2010 a 31 de diciembre de 2010.

Resultados. La cohorte consta de 257 pacientes con una edad media de 83,88 años, ingresados principalmente por patología cardiovascular (47,1%), pulmonar (21,8%) y neurológica (7%). 66 pacientes (26,4%) presentaron hiponatremia < 135 mmol/l en Urgencias o ya en planta de hospitalización. Curso de forma asintomática en el 71,9%, confusión en un 20,3% y náuseas en 7,8%. El 57,4% de los casos fue hipervolémica, 23% hipovolémica y 19,7% normovolémica. Se debió a insuficiencia cardíaca en el 49,2%, a fármacos un 24,6%, a trastorno digestivo un 11,5% y a SIADH 9,8%. Los fármacos asociados a SIADH fueron ISRS y IECAs. Hemos encontrado diferencias significativas entre el Barthel previo al ingreso y la supervivencia a los 4 meses también entre la albúmina y Charlson con la supervivencia al alta, así como entre creatinina y el nº de reingresos en los primeros 4 meses y entre albúmina y Pfeiffer con la estancia media.

Discusión. En nuestro estudio hemos encontrado una alta prevalencia de hiponatremia y una cierta relación con una mayor estancia hospitalaria que resulta significativa en el estudio univariante pero no se mantiene en el multivariante. No hemos encontrado relación con una mayor mortalidad ni aumento de reingresos precoces.

Conclusiones. La hiponatremia es un trastorno analítico muy prevalente y produce un aumento de la estancia media hospitalaria en pacientes geriátricos agudos, aunque no significativa.

EA-6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNCOPE QUE INGRESA EN MEDICINA INTERNA

E. Lambán Ibor, L. Cabrero Pascual, G. Baclini Rodríguez, M. Díez Cornell, C. López Lapuerta, E. Martínez Pagán, L. Bolea Laderas y C. Ramos Paesa

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Valorar si se establece de forma correcta el diagnóstico de síncope (S) en pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna (MI) y describir sus características clínicas.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de los casos ingresados con diagnóstico de S en el servicio de MI del Hospital Miguel Servet de Zaragoza desde julio a diciembre de 2010. Mediante un cuestionario se estableció quiénes cumplían realmente criterios de síncope según la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo del síncope de la Sociedad Europea de Cardiología de 2009. Se recogieron variables clínicas relacionadas y el diagnóstico final del tipo de S. Se utilizó el programa informático Gstat 2.0.

Resultados. Se registraron 74 casos de S, con una mediana de edad de 78 años (IQ 14). Solo el 64,8% (48) cumplían criterios clínicos de S; supusieron el 2,75% de los ingresos en MI, y el 81,2% (39) tenían más de 65 años. La estancia media hospitalaria fue de 8,6 ± 4,1 (3-21) días, sin que ningún paciente muriera en este grupo. El S en todos los casos se produjo en bipe o sedestación y en el 25% (12) con el cambio postural a bipedestación, existiendo pródomos en el 43,7% (21). Se produjo caída brusca en el 54,1% (26) y traumatismo craneoencefálico en el 29% (14) de los casos. En el 41% (20) había antecedentes de S previo; en el 29% (14) de patología cardiaca, el 35% (17) neurológica y el 20% (10) diabetes. El 66% (34) tomaba algún medicamento y más de uno en el 43% (21), siendo los más habituales los hipotensores: diuréticos 39,5% (19) y vasodilatadores. En cuanto a la etiología, el S reflejo (SR) fue el más frecuente, en el 27% (13) de los casos y se asoció de forma independiente directa a presencia de pródomos (OR: 33 IC95% 3,6-296,2; p < 0,01), sensación inminente de desmayo (OR: 33,09 IC95% 3,02-361,5; p < 0,01) y mareo sin componente rotatorio (OR: 8,3 IC95% 1,1-60,5; p < 0,01); el S por hipotensión ortostática se asoció con la toma de fármacos betabloqueantes (OR: 11,3 IC95% 1,6-76,2; p < 0,01).

Discusión. Aunque la incidencia de S en el Servicio de MI fue baja, su diagnóstico suele resultar complejo, precisando la realización de varias pruebas complementarias, que no siempre aportan datos relevantes al diagnóstico. En un número importante de casos

Tabla 1 (EA-5). Comparativa uni y multivariante

	Na < 135 mmol/l	Na > 135 mmol/l	p univariante	p multivariante
Edad (años)	84,12 (6,29)	83,84 (5,89)	0,747	0,226
Pfeiffer	3,56 (2,39)	3,72 (2,69)	0,683	0,810
Barthel previo	63,94 (28,41)	65,41 (26,07)	0,702	0,392
Charlson	2,92 (1,68)	2,79 (1,68)	0,585	0,893
Sexo (mujeres)	59,1%	50%	0,562	0,287
Albúmina (g/l)	32,75 (4,44)	34,22 (4,61)	0,038	0,052
Creatinina (micromol/l)	149,25 (107,71)	127,96 (66,84)	0,063	0,156

Tabla 2 (EA-5). Comparativa de end-points entre pacientes normonatremicos e hiponatremicos

	Na < 135 mmol/l	Na > 135 mmol/l	p univariante	p multivariante
Supervivencia al alta	83,3%	87,8%	0,356	0,938
Supervivencia tras 4 meses	81,25%	75,73%	0,517	0,375
Estancia hospitalaria	15,5 (17,446)	11,77 (10,81)	0,046	0,122
Reingresos a los 4 meses	0,35 (0,55)	0,46 (0,79)	0,488	0,417

este se establece sin cumplir los criterios definitorios, lo que puede suponer un uso inadecuado de los recursos. Las características clínicas, edad avanzada, comorbilidad y polifarmacia de muchos pacientes de MI dificultan la evaluación inicial, son causas potenciales de S y pueden implicar una mayor realización de exámenes complementarios. En todos los casos se produjo en bipe o sedestación, con el cambio postural a bipedestación, con síntomas predictores en un buen número, a pesar de lo cual se produjo caída brusca y traumatismo craneoencefálico de forma no despreciable, con el subsecuente riesgo de fractura en este tipo de pacientes de edad elevada. En casi la mitad de los casos existían antecedentes de síncope previo y tomaban algún medicamento, sobre todo hipotensores, lo que sugiere que la instauración de algún tipo de medida preventiva y un mejor ajuste farmacológico podría evitar un relevante número de casos.

Conclusiones. El 35,2% de los pacientes que ingresaron en MI con el diagnóstico de S estaban incorrectamente diagnosticados al no cumplir criterios clínicos. Fueron pacientes de edad avanzada y tuvieron antecedentes de síncope previo, patología cardíaca, neurológica y diabetes. Se asoció a factores ortostáticos, presencia de pródomos, caída brusca con traumatismo craneoencefálico en un importante número de casos y a la toma de fármacos, sobre todo betabloqueantes y vasodilatadores. El SR fue el más frecuente, acompañado en muchos casos de pródomos. No ha sido posible definir factores clínicos predictores del tipo de S.

EA-8 TRATAMIENTO CON DIGOXINA EN PACIENTES ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

I. Martínez, M. de Juan García, M. Adrover Rigó
y M. Crespi Monjó

Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Objetivos. Seguimiento de uso de digoxina en pacientes ancianos institucionalizados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) y/o fibrilación auricular (FA).

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de un año de duración. La población incluida fueron los ancianos ingresados en dos residencias públicas. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, diagnósticos, tratamiento farmacológico, digoxinemia, frecuencia cardíaca e ingresos hospitalarios. Los datos demográficos y diagnósticos se obtuvieron de la historia clínica del paciente y el tratamiento farmacológico de la hoja farmacoterapéutica del servicio de farmacia. Las digoxinemias se obtuvieron de la base de datos de análisis clínico del hospital de referencia.

Resultados. Se completó el seguimiento de 898 ancianos (edad media de $83,4 \pm 8,4$ años, 60% mujeres). Treinta y cinco pacientes recibían digoxina (3,9% de la población); de ellos 13 estaban diagnosticados de FA, 5 de ICC y 17 con diagnóstico mixto (FA e ICC). La dosis semanal recibida fue de 1,25 mg para el 61,7% de los pacientes, de 0,875 mg para el 20,6% e inferior a 0,875 mg para el 17,6%. La digoxinemia media fue $1,1 \pm 0,4$ ng/mL. La frecuencia cardíaca fue de $75,4 \pm 13,5$ latidos/minuto. El 23,5% tenía prescrito un betabloqueante. De los pacientes con FA (12), el 66,7% estaba anticoagulado con acenocumarol, el 23,3% antiagregado con ácido acetilsalicílico y el 10% no estaba tratado con ningún anticoagulante/antiagregante. Durante el período de estudio, 2 pacientes ingresaron en el hospital de referencia con diagnóstico clínico de intoxicación digitalica (asociados a gastroenteritis e infección respectivamente). Las digoxinemias en el momento del ingreso fueron de 2,01 y 3 ng/mL respectivamente.

Discusión. Los criterios STOPP/START recomiendan dosis diaria de digoxina en ancianos de 0,125 mg, independientemente del diagnóstico (dosis semanal de 0,875 mg). En el mercado español no hay disponible una presentación que facilite la dosis de 0,125, por lo

que la dosis diaria administrada suele ser superior, con periodos de descanso variables que dificultan el cumplimiento farmacoterapéutico. La población estudiada, aunque es muy anciana y presenta heterogeneidad en las pautas de tratamiento, han sufrido menor número de intoxicaciones de las descritas previamente. La explicación a esta divergencia es que al estar institucionalizados tienen asegurado un correcto cumplimiento.

Conclusiones. 1. La digoxina en los pacientes institucionalizados se emplea para las indicaciones aprobadas de FA y/o ICC. Sin embargo, las dosis prescritas son en global superiores a las recomendadas en los criterios STOPP/START (125 µg/día). 2. Pese a estar sobredosificada, las digoxinemias oscilan dentro del rango terapéutico. Solo 2 pacientes ingresaron con clínica de intoxicación. 3. Factores como deshidratación, hipotiroidismo, alteraciones electrolíticas e interacciones farmacológicas pueden desencadenar una intoxicación digitalica en el paciente anciano. 4. Los pacientes institucionalizados tienen menor riesgo a sufrir intoxicaciones digitalicas porque se facilita el adecuado cumplimiento del tratamiento.

EA-9 PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

B. Llorente Díez, B. Salmón García y J. Escudero Berasategui

Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (Navarra).

Objetivos. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y características clínicas de pacientes iguales o mayores de 90 años ingresados en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Material y métodos. Se estudiaron 644 pacientes ingresados en nuestra Unidad entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de abril de 2011 (16 meses). El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados. De los 644 pacientes ingresados en ese periodo de tiempo el 11,2% (72) correspondían a pacientes iguales o mayores de 90 años. El 76,4% (55) eran mujeres y el 23,6% eran varones (17). El 94,4% (68) de los pacientes fueron valorados en el Hospital y solo un 4,2% (3) fue valorado en el propio domicilio del paciente. El servicio que más pacientes envió a nuestra unidad fue M. Interna con un 68,1% (49), seguido de Urgencias 18,1% (13). En cuanto a la complejidad de cuidados el 66,7% (48) se encuadraban dentro del grado 2 y el 19,4% (14) en el grado 3. 47 pacientes (65,3%) ingresaron por una enfermedad aguda y 24 (33,3%) por agudización de una enfermedad crónica. El diagnóstico más frecuente al alta fue de Insuficiencia cardíaca descompensada con un 30,6% (22), seguido de infección respiratoria 23,6% (17) y de neumonía con un 11,1% (8). Solo 2 pacientes (2,8%) presentaban diagnóstico de síndrome confusional agudo, siendo en ambos el segundo diagnóstico. El 83,3% (60) fueron dados de alta para seguimiento por Atención primaria y solo el 9,7% (7) requirieron seguimiento por Atención especializada. El porcentaje de exitus fue del 4,2% (3) y el de reingreso del 12,5% (9), siendo en un 66,6% (6) por complicaciones no relacionadas con el motivo de ingreso y en un 11,1% (1) por sobrecarga familiar, el resto fue por descompensación del motivo de ingreso (22,2%). La estancia media fue de 8,9 días (1-46) discretamente inferior a la media de los pacientes ingresados en ese mismo periodo (9,7 días). Hasta un 40,3% (29) precisaron antibioterapia intravenosa, un 54,2% (39) oxigenoterapia, un 23,6% (17) aerosolterapia y un 18,1% (13) diuréticos intravenosos. En un 20,8% (15) se realizaron controles de la anticoagulación oral.

Discusión. El porcentaje de pacientes nonagenarios ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio no es despreciable constituyendo un 11,2% del total de los pacientes atendidos. Una alta proporción ingresaron por una enfermedad aguda y hasta un 40,3% precisaron antibioterapia intravenosa. Llama la atención el

bajo porcentaje de síndrome confusional agudo (2,8%) frente a un 42,5% en el paciente ingresado en un hospital de agudos que por otra parte resulta lógico ya que el paciente se encuentra en su entorno habitual. En cuanto a la mortalidad durante el ingreso en nuestra unidad fue de 4,2% inferior a la de un hospital de agudos (14,5%).

Conclusiones. La tasa de envejecimiento de la población española no ha dejado de crecer en los últimos años. Este fenómeno demográfico tiene una importante repercusión sobre el sistema sanitario. La hospitalización a domicilio resulta una opción muy viable para atender correctamente a personas de edad avanzada con patología aguda y con factores de riesgo que recomienden evitar un ingreso hospitalario convencional. La hospitalización a domicilio conlleva ventajas indiscutibles en el ámbito de su bienestar físico, de su psiquismo y de su situación funcional.

EA-10 DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN LOS PACIENTES PORTADORES DE SONDAS DE ALIMENTACIÓN INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

S. Elgeadi Saleh¹, G. Sotres Fernández¹, C. Granda París¹, A. Zapatero Gaviria², R. Barba Martín³ y J. Marco Martínez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

³Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid.

Objetivos. Utilizando una base de datos de más de 1,5 millones de sujetos analizamos las diferencias debidas a la edad y al sexo entre los pacientes portadores de sondas de alimentación ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) españoles.

Material y métodos. Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales públicos entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación de los Grupos Diagnósticos Relacionados -AP-GDR - en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes en cuyo informe constara como procedimiento la colocación de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (GEP). Se controla con la población ingresada en MI.

Resultados. Se analizan un total de 1.673.188 episodios en los que se identifican 14.164 (0,84%) pacientes portadores de SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 sujetos eran portadores de SNG y 3.380 de GEP. Durante el ingreso se colocaron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media de estos pacientes fue de 75,3 años (rango 14 a 116,5). La estancia media de estos pacientes fue de 20,14 días, DE 34,43, (rango 0 a 875).

Discusión. La mayoría de SNG (91,2%) se colocan en mayores de 60 años (57,7% mayores de 80) con clara predominancia de mujeres. El 58,5% de ingresos con SNG son mujeres y el 56,9% de las SNGs que se colocan durante el ingreso son también a mujeres lo que supone que el 58% de los pacientes ingresados con SNG son del sexo femenino. Difiere de las GEP donde un 76,9% se colocan en mayores de 60 años (35,1% en mayores de 80) con una inversión de la tendencia en lo que respecta al sexo: aunque el 58,6% de los pacientes que ingresan con GEP son mujeres, el 57,4% de las GEP que se colocan en el hospital es a hombres. El resultado final es que el 54,2% de las GEP hospitalarias son portadas por varones.

Conclusiones. Las sondas de alimentación son dispositivos utilizados mayoritariamente en población geriátrica ingresada en MI. Existen diferencias significativas entre la SNG y la GEP. Mientras las primeras se colocan predominantemente en mujeres muy ancianas, en las segundas, la edad media no es tan alta y predominan los varones entre la población hospitalizada.

Tabla 1 (EA-10). Distribución por edades de las SNG y GEP colocadas durante el ingreso

Rango de edad	Sonda nasogástrica SNG	Gastrostomía (GEP)
0-19	0,4	1,2
20-39	2,3	6,9
40-59	6,2	15,1
60-79	33,4	41,8
> 80	57,7	35,1

EA-11 DIFERENCIAS ENTRE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG) Y GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (GEP) ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA (MI)

G. Sotres Fernández¹, R. Sanz Lorente¹, C. Granda París¹, R. Barba Martín², A. Zapatero Gaviria³ y J. Marco Martínez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Dirección Médica. Hospital Infanta Cristina. Madrid. ³Servicio de

Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada*. Madrid.

Objetivos. La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 20% y el 50% dependiendo de los criterios empleados y las series consultadas. La nutrición enteral mediante SNG o GEP es un método eficaz de administrar nutrientes aunque su empleo puede producir complicaciones. La neumonía es una causa importante de morbimortalidad en la población institucionalizada y se ha observado cómo la alimentación por sonda es un factor de riesgo para esta entidad con una prevalencia de neumonía del 14,2% entre los sujetos portadores de SNG o GEP. Utilizando una base de datos de más de 1,5 millones de pacientes analizamos la relación entre alimentación enteral y broncoaspiración en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (MI) españoles.

Material y métodos. Se analizan los datos del CMBD de los pacientes dados de alta por todos los Servicios de MI de los Hospitales públicos entre 2005 a 2008. Para la codificación de los diagnósticos y procedimientos se usa la 5ª ed del CIE-9-MC. Para la agrupación de las altas el sistema de clasificación de los Grupos Diagnósticos Relacionados -AP-GDR - en su versión 21.0. Para determinar la comorbilidad el índice de Charlson. Se analizaron los pacientes en cuyo informe constara como procedimiento la colocación de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía percutánea (GEP). Se controla con la población ingresada en MI.

Resultados. Se analizan un total de 1.673.188 episodios en los que se identifican 14.164 (0,84%) pacientes con SNG o GEP. Al ingreso, 2.220 sujetos llevaban SNG y 3.380 GEP. Durante el ingreso se colocaron 5.832 SNG y 2.732 GEP. La edad media de estos pacientes fue de 75,3 años (rango 14 a 116,5). La estancia media de estos pacientes fue de 20,14 días, DE 34,43, (0 a 875). El 20,9% con uno de los dos tipos de sonda murió durante el ingreso. El peso medio es de 2,63, DE 2,79 (0 a 34,36). El coste medio de 5.306€, DE 5.309 (0 a 68.625). El 58% de los pacientes ingresados con una SNG son mujeres y la mayoría (91,2%) > 60 años (57,7% > 80). El 54,2% de los pacientes con GEP ingresados en los hospitales son varones y un 76,9% se colocan en > 60 años (35,1% > 80). De los que vienen de residencia, el 13,1% trae una SNG colocada y el 10,8% una GEP. Durante el ingreso hospitalario se coloca SNG al 9,5% y GEP al 8,7% de los pacientes de MI. La incidencia media de broncoaspiración es de 21,6% en el caso de la SNG y de 26,03% en GEP. Para la neumonía secundaria en sujetos con SNG la incidencia media es del 12,15% y del 12,45% con GEP.

Discusión. El 58% de los pacientes ingresados con SNG son del sexo femenino mientras que el 54,2% de las GEP hospitalarias son portadas por varones. La incidencia acumulada de complicaciones

broncopulmonares de las SNG o GEP, ya sea hospitalaria o previa al ingreso, alcance una tasa acumulada del 38,8%. Esta cifra está entre las más altas de las series descritas que se sitúan entre el 9-27%. Las GEP colocadas en el hospital conducen casi al doble de episodios de broncoaspiración que las que ocurren en pacientes que ya las traían colocadas (33,2% vs 19,5%), algo que no ocurre con las SNG (21,5% vs 21,7%). En el caso de la neumonía aspirativa se da el mismo fenómeno para los dos dispositivos: 9,0% vs 16,2% para las SNG y 8,8% vs 17,1% para las GEP.

Conclusiones. Existen claras diferencias entre la SNG y la GEP respecto a la edad y al sexo de los pacientes portadores. También en lo que concierne a los dispositivos colocados en el hospital y al riesgo de complicaciones broncopulmonares, lo que indudablemente incide sobre la mortalidad de estos pacientes.

EA-12 ¿ES ADECUADA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CRÓNICOS DE NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA?

M. Gómez Hernández, C. Escorial Moya, R. Fernández Ojeda, E. Lacal María, J. Delgado de la Cuesta, J. Fernández Rivera, A. Mata Martín y Y. Marín Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Sevilla.

Objetivos. Conocer el grado de adherencia a tratamiento de los pacientes crónicos de nuestro medio.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo observacional a aquellos pacientes que acudían a consulta externa de medicina interna, seleccionados al azar durante un periodo de 3 meses. De forma voluntaria y anónima hicieron un cuestionario para conocer su cumplimiento terapéutico. Las variables analizadas fueron sexo, edad, residencia habitual, núcleo familiar, forma y método de administración de la medicación, adherencia terapéutica, seguimiento en consultas, comorbilidad, herramientas consideradas para mejorar el cumplimiento.

Resultados. Obtuvimos una muestra de 129 pacientes, 58% varones y 42% mujeres con una edad media de 71 años. Tan solo el 6% de la muestra estaba institucionalizado. El 55% de los pacientes con domicilio familiar se administraban solos la medicación, a pesar de que el 91% residía con algún familiar. Las enfermedades crónicas de mayor prevalencia fueron la HTA, dislipemia y diabetes. El 76% de los pacientes estaba polimedicado, de ellos el 61% (n = 60) reconocían adherencia al tratamiento, frente al 45% (n = 14) de los no polimedicados (p = NS). El 51% de los pacientes no utilizaba ningún método como recordatorio de la medicación, y entre los utilizados el más frecuente fue la rotulación en el envase de las dosis diarias. A pesar, de que solo el 57% de la población estudiada mantenía buen cumplimiento terapéutico, el 84% de los pacientes no consideraba necesario ninguna herramienta para mejorar la adherencia.

Discusión. En la práctica médica, una parte del cumplimiento del tratamiento es responsabilidad de los pacientes y su incumplimiento se convierte en un verdadero problema de salud aumentando la morbi-mortalidad y el gasto sanitario. Al igual que otros autores, encontramos un porcentaje elevado de pacientes con mal cumplimiento terapéutico. Diferentes estudios observan una menor adherencia al tratamiento de los pacientes polimedicados, a diferencia de lo encontrado en nuestro trabajo. Debemos integrar estrategias para mejorar el cumplimiento y reducir así las complicaciones y los costes que supone el incumplimiento terapéutico.

Conclusiones. Existe un alto porcentaje de pacientes con baja adherencia al tratamiento, sin encontrar diferencias significativas en los pacientes que cumplen criterios de polifarmacia.

EA-14 NEUMONÍA ASPIRATIVA EN PACIENTES MUY ANCIANOS CON DETERIORO COGNITIVO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

B. Rosón¹, S. Cuerpo¹, B. Torres², D. Chivite¹, A. López-Soto² y F. Formiga¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona

Objetivos. Describir las características y presentación clínica de la NA en pacientes muy ancianos con demencia. Evaluar los factores asociados a mortalidad hospitalaria.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo de 120 pacientes consecutivos con deterioro cognitivo que ingresaron en la unidad de geriatría de agudos de dos hospitales terciarios de la provincia de Barcelona (60 de cada centro) con el diagnóstico de NA durante el año 2010. Se recogieron datos sociodemográficos y comorbilidades. Se realizó una valoración geriátrica con índice de Barthel (IB) y de gravedad de la neumonía con índice de gravedad de la neumonía (PSI) y se valoraron datos presentación y evolutivos. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas standard con un nivel de significación de p < 0,5.

Resultados. La edad media fue de 86 ± 9 años, 61 pacientes (51%) eran mujeres. Sesenta y cuatro pacientes (53%) seguían viviendo en la comunidad y 47% en residencia. El 93% tenía diagnóstico previo de demencia, antecedentes de AVC 27%, HTA 67%, DM 26%. Dependencia total o grave (IB previo < 40) 78 pacientes (65%), moderada (IB 40-60) 24 (20%), leve o independiente (> 60) 18 (20%). Índice de Charlson 2,65 ± 1,51. Precisaban ayuda para comer 68% y utilización espesantes 26%. En 34 (28%) pacientes existía un ingreso previo por una NA, con una media de 1,8 ± 1,2 episodios previos. Gravedad de la NA según clase funcional PSI III 7 pacientes (6%), IV 66 (55%) y V 47 (39%). Ochenta y cuatro (70%) presentaron tos y 30 (25%) fiebre (T^a ax > 37,5 °C), 15% derrame pleural y 22% afectación multilobar. Se identificó el microorganismo en 6 pacientes, en 4 por hemocultivos. Durante el ingreso 44% presentaron delirium y 34% presentaron otras complicaciones. Ningún paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos ni recibió ventilación asistida. Treinta y dos (27%) pacientes recibieron tratamiento paliativo. En total, 40 pacientes (33%) fallecieron durante el ingreso. La mortalidad según PSI fue III 29%, IV 33%, V 34% (p = 0,96). Los pacientes que fallecieron estaban más taquicárdicos presentaron al ingreso cifras significativamente más elevadas de hematócrito, menores de linfocitos y mayor porcentaje de afectación de más de un lóbulo pulmonar. No se observaron diferencias en el IB, PSI, comorbilidades, disfagia o NA previa. En el modelo multivariante final la única variable asociada a mortalidad intrahospitalaria fue la afectación multilobar (OR 3,051, IC95% 1,248-7,458, p < 0,01).

Discusión. La pacientes con demencia ingresados por NA presentan un cuadro paucisintomático, siendo esta una limitación de nuestro estudio ya que con frecuencia los episodios de aspiración no han sido observados y el diagnóstico debe inferirse cuando el presenta imágenes radiográficas compatibles. En nuestro estudio, la NA se asocia a elevada mortalidad (33%). Esta está dentro del amplio rango encontrado en otros estudios, con valores que oscilan entre el 7,5-62%. El PSI no evalúa correctamente el riesgo de mortalidad en estos pacientes por lo que deberían desarrollarse otras escalas más adecuadas. La afectación multilobar fue el único factor independiente de riesgo de mortalidad detectado en nuestra serie. Otros factores de riesgo descritos previamente como hipoalbuminemia, comorbilidad global y deterioro físico no han sido detectados en nuestro estudio.

Conclusiones. Los pacientes con demencia ingresados por NA presentan alta dependencia y deterioro físico y con frecuencia están en situación terminal. La mortalidad es superior a la esperada se-

gún el PSI, que no es útil en la predicción de riesgo en estos pacientes. La afectación multilobar es el único factor de riesgo de mortalidad hospitalaria identificado. Esta información puede ayudar a decidir el lugar y el tipo de tratamiento más adecuados para estos enfermos y para informar adecuadamente a sus familiares.

EA-16 PROGRESIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN 10 AÑOS

C. Aguilera González, J. Galindo Ocaña, V. Alfaro Lara, R. Parra Alcaraz, L. Rivero Rivero, J. Romero Mena-Bernal y R. Cía
Unidad Clínica de Atención Médica Integral. UHD. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Describir la actividad asistencial de nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (UHD/ESCP) en el periodo de tiempo comprendido desde enero 2000 y abril 2010.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en una UHD/ ESCP desde enero 2000 a abril 2010. Se analizaron las siguientes variables: número de ingresos, estancias generadas, estancias medias, número de visitas en domicilio de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros), frecuencia de visitas, motivo de alta en la unidad, derivación posterior y porcentaje de mortalidad en domicilio.

Resultados. 8.378 ingresos; media ingresos 67,5/mes; estancia media 18,2 días. 106.452 visitas domiciliarias totales, media mensual 858,5. Un 39% de las visitas fueron realizadas por facultativos y el resto por enfermería. Durante 2006-2010 fueron incrementándose la frecuentación de visitas por cada 10 días (de 6,1 a 7,8), reduciéndose la estancia media discretamente (más llamativo desde 2000) desde un 16,6 ± 18,3 a un 14,6 ± 17,7. Un 59,6% fueron alta por mejoría o estabilización, un 19,8% por exitus y un 16,5% por ingresos programados y no programados. Estos han aumentado durante los 5 últimos años, predominando en el último año los ingresos programados (187 programados vs 70 no programados).

Discusión. Mientras el número de ingresos anuales ha permanecido estable, la estancia media se ha reducido y ello puede ser causado por una mayor continuidad asistencial con atención primaria, que asegura un mejor seguimiento y el paciente puede ser alta antes. El incremento de visitas cada 10 días puede suponer una mayor complejidad de los pacientes. El número elevado de ingresos programados es un marcador de calidad y supera en el 70% de los ingresos. También ha aumentado el porcentaje de exitus en domicilio, ahora puede resultar más sencillo fallecer donde se ha elegido.

Conclusiones. El patrón evolutivo asistencial de una unidad de soporte de cuidados paliativos del sur de España refleja la mayor optimización de recursos, calidad asistencial y cumplir las expectativas de estos frágiles pacientes.

EA-17 ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS: UN TRATAMIENTO A TENER EN CUENTA

E. Bustamante Maldonado, M. Royuela Juncadella, F. Ramos Soria, O. Boutrouki, J. Herms Berenguer, J. Roca Solsona, J. Aligué Capsada y R. Pérez Vidal

Servicio de Medicina Interna. Althaia-Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona).

Objetivos. Los pacientes ancianos son grandes usuarios de los servicios sanitarios. Con la mejora de la esperanza de vida, se plan-

tea ampliar la indicación de ciertos tratamientos a la población geriátrica. En nuestro estudio hemos querido analizar una serie de pacientes de 80 o más años, ingresados en un hospital comarcal que van anticoagulados, con el fin de evaluar las características de estos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en la Unidad del Enfermo Frágil a partir del 1 de enero de 2011 y durante un periodo de 6 meses. Se incluyeron todos los pacientes de edad igual o superior a 80 años, que estuvieran anticoagulados en el momento del ingreso. Se recogieron datos como indicación de anticoagulación, tiempo desde el inicio del tratamiento, fármaco utilizado, valoración funcional y cognitiva, comorbilidad y complicaciones.

Resultados. Se recogieron 51 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. La edad media fue de 85,6 años El 39,2% eran hombres y el 60,8% mujeres. El motivo principal de anticoagulación fue fibrilación auricular en el 87,2% (65,9% prevención primaria y 34,1% secundaria). El 17% iba descoagulado por enfermedad tromboembólica. El INR al ingreso era de 2 a 3 en el 11,8%, inferior a 2 en el 21,6% y superior a 3 en el 66,6%. El 29,8% de los pacientes llevaba más de 10 años con la descoagulación; el 25,5% de 5 a 10 años y el 34% de 1 a 5 años, mientras que en el 10,6% se había iniciado la descoagulación durante el último año. En el 93,6% de los casos el fármaco fue acenocumarol, siendo en el 4,3% warfarina y solo en el 2,1% heparina de bajo peso molecular. Respecto a la comorbilidad, el 74,5% eran hipertensos, el 23,5% eran diabéticos, el 31,4% presentaban cardiopatía isquémica y el 29,4% insuficiencia renal crónica. Tan solo el 5,8% había presentado algún tipo de complicación previa en relación a la anticoagulación. El 7,8% murió durante el ingreso (solo 1 caso por hemorragia). En el 11,7% se retiró la descoagulación de manera definitiva durante el ingreso (causas: caídas de repetición, deterioro cognitivo, difícil control de INR, hematoma pared abdominal, hemoperitoneo, hemorragia digestiva). Las escalas de valoración geriátrica mostraron un índice de Barthel de 70/100 puntos de media, índice de Charlson medio de 2,78, El cuestionario de Pfeiffer mostró 0-2 errores en el 51% (sin deterioro cognitivo), de 3 a 7 errores en el 41,2% (deterioro cognitivo leve-moderado), y en el 7,8% restante mostró deterioro cognitivo severo (más de 8 errores).

Discusión. En nuestra serie la media de edad fue de 85,6 años, con clara mayoría de mujeres frente a varones. El motivo principal para anticoagular fue fibrilación auricular. De los datos obtenidos se desprende que la mayoría de pacientes no iba bien descoagulado en el momento del ingreso, tan solo en 11,8% presentaba INR óptimo (2-3), estando subdescoagulados el 21,6% e hiperdescoagulados el 66,6%. La mayoría de pacientes habían iniciado la descoagulación a edades avanzadas, siendo el uso de acenocumarol ampliamente usado en nuestro medio como fármaco anticoagulante (93,6% en nuestra serie). El porcentaje de complicaciones en relación a la anticoagulación fue bajo (5,8%), siendo la mortalidad equiparable a la del servicio, siendo solo en 1 paciente por sangrado (hemorragia digestiva). Las escalas de valoración geriátrica mostraron mayoritariamente una dependencia ligera, comorbilidad baja y buen nivel cognitivo.

Conclusiones. El tratamiento anticoagulante en pacientes ancianos es un tratamiento adecuado desde el punto de vista beneficio-riesgo, siempre que tengamos en cuenta indicaciones, escalas de valoración geriátrica y riesgo de sangrado. Por este motivo debería ser valorado en todo paciente de más de 80 años con indicación de descoagulación, y no rechazarlo únicamente por motivo de la edad.

EA-18 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL PACIENTE ANCIANO. ESTUDIO PROSPECTIVO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE LEÓN (SECCIÓN MONTE SAN ISIDRO)

P. Dios Díez, E. Castelar Delgado, S. García Escudero, J. Llorente, M. Pérez, F. Estrada y J. Herrera Rubio

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Es clara la tendencia de la población al envejecimiento, con casi un 25% mayor de 65 años. Es un grupo frecuentemente atendido en un servicio de M. Interna. Las infecciones del tracto urinario son una causa frecuente de ingreso y de complicaciones en estos pacientes. Este trabajo pretende conocer las características de estas infecciones en la población anciana y determinar si existen peculiaridades para llevar a cabo un mejor manejo.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional prospectivo en el Complejo Universitario Asistencial de León, en la sección de Medicina Interna localizada en el Edificio Monte San Isidro, seleccionando urocultivos positivos en pacientes mayores de 65 años durante 2 meses consecutivos y completando un protocolo prediseñado en el que se recogían datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos, de tratamiento antibiótico y evolución. Se realizó un análisis descriptivo de los mismos, y una comparación de estancia media con un grupo control de los ingresados por causas no infecciosas en ese periodo, que fueron un total de 64 pacientes.

Resultados. Se incluyeron 30 muestras de pacientes con una media de edad 80 años. Todos los pacientes presentaban al menos una comorbilidad asociada. La infección urinaria fue la causa directa del ingreso solo en 7 pacientes. La estancia media fue de 12,9 días. De total de muestras, 18 fueron urocultivos y 12 cultivos de orina de sonda vesical. De estas muestras, 23 correspondieron a infecciones comunitarias y 5 a infecciones nosocomiales. Respecto a los patógenos aislados se distribuyeron de la siguiente manera: 21 aislamientos de *E. coli*, 2 de *Pseudomonas aeruginosa*, 2 de *Corynebacterium*, y una muestra de *Proteus*, *Serratia*, *Citrobacter*, *Enterobacter* y *Klebsiella*. El 30% de los microorganismos aislados fueron resistentes a dos o más de los antibióticos habituales. Esto corresponde al 33% de los cultivos procedentes de sonda urinaria y al 28% de los urocultivos. El tratamiento empírico fue adecuado en el 36.7%, siendo la evolución favorable en el 70% de los casos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la estancia media de los dos grupos, comparadas con t-Student.

Discusión. La población del Hospital Monte San Isidro es una población envejecida y con múltiples comorbilidades y factores de riesgo asociados. Las infecciones descritas son similares a las de estudios previos, con una tasa de resistencias superiores a la media de nuestro centro. Esto puede estar en relación con las características de nuestros pacientes. Según la microbiología de esta serie, el tratamiento empírico debe ser más agresivo para cubrir las posibles resistencias. Sin embargo, no se pueden extrapolar los resultados debido a las peculiaridades de esta población y al pequeño tamaño muestral. Este puede ser el motivo de que no se encuentren diferencias entre la estancia media de ambos grupos, presumiblemente mayor en el grupo de pacientes con infección. En cambio, sí nos permite generar hipótesis y plantear un seguimiento de las infecciones y resistencias en nuestro centro.

Conclusiones. 1. La población de estudio está envejecida, y asocia importante comorbilidad. 2. Los microorganismos y frecuencia son similares a los descritos en la literatura. 3. Las tasas de resistencia son superiores, lo que requiere un tratamiento empírico más agresivo.

EA-20 PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN EL PACIENTE ANCIANO. CRITERIOS DE BEER'S FRENTE A START/STOPP

E. Jove², I. Torrente¹, R. Comet¹, M. Villarino¹, S. Calzado² y L. Morera²

²Servicio de Medicina Interna, ¹UGA. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Objetivos. Analizar los fármacos prescritos de forma crónica en pacientes ancianos, utilizando como herramientas los criterios de Beer's y STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) para detectar prescripción inadecuada (PI) en Geriátrica. Estimar la utilidad de ambos métodos.

Material y métodos. Estudio transversal de 50 pacientes que ingresan en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Revisión de historia clínica y medicación ambulatoria al ingreso. Análisis estadístico de los resultados, tras aplicar los criterios de Beer's y STOPP a cada uno de los pacientes al ingreso. Descripción de datos epidemiológicos, enfermedades crónicas, polifarmacia y valoración geriátrica. Revisión bibliográfica y comparación de resultados con la literatura.

Resultados. CSPT tiene una población de referencia de 420.000 habitantes y 765 camas, 38 de las cuales son de UGA. La edad media de nuestra muestra es de 84,78 años, 52% son hombres y 64% viudos. Como comorbilidades destacan: HTA 76%, IC 46%, DM 40%, insuficiencia renal 36%, FA 32%, AVC y deterioro cognitivo 30%, EPOC 20%, fracturas 18% y depresión 16%. El índice de Barthel previo al ingreso es de 65,24. En el 42% de los enfermos el Pfeiffer al ingreso no es realizable en su mayoría por síndrome confusional y en los que fue posible la media de errores fue de 3,69. Tratamos con una población frágil, con elevada comorbilidad y un grado de dependencia leve. La media de fármacos de prescripción crónica de 9,98 (1-20). La prevalencia de fármacos de uso CV es del 90% y la de fármacos relacionados con el SNC es del 74%. Al aplicar criterios de Beers y STOPP, observamos que la prevalencia de PI con STOPP es del 62% frente al 50% con el clásico Beer's, coincidiendo con la literatura actual que STOPP es un método de cribaje más sensible que Beer's. STOPP detecta PI de 1 fármaco en el 32% de los pacientes, de 2 fármacos en el 18%, de 3 fármacos en el 10% y de 4 fármacos en el 2% de los pacientes. Beer's detecta PI de 1 fármaco en el 46% de los pacientes, de 2 fármacos en el 4% y en ningún caso detecta PI de 3 o 4 fármacos. El grupo terapéutico más frecuentemente implicado en PI tanto con Beer's como con STOPP fueron las benzodiazepinas y en ambos casos la mayor parte de fármacos implicados en PI están en relación con el SNC y CV. Destacamos con STOPP la detección de un 8% de pacientes en tratamiento antiagregante en ausencia de enfermedad CV, cerebrovascular o arteriopatía que lo justifique. Al aplicar STOPP en nuestra muestra encontramos un total de 50 fármacos de PI de los cuales: 16% son benzodiazepinas, 10% neurolepticos, 10% IBP, 10% hipotensores, 8% ADOs, 8% antiagregantes, 4% anticolinérgicos, 4% AINEs y 2% antidepresivos. Con criterios de Beer's la PI es de un total de 27 fármacos de los cuales 14% corresponden al grupo de benzodiazepinas, 12% amiodarona, 8% hipotensores, 6% anticolinérgicos, 4% metildopa, 4% antidepresivos, 2% neurolepticos y 2% AINEs.

Discusión. Las personas de 65 años o más, son aprox. el 17% de la población española y consumen el 73% del gasto farmacéutico. Según estudios se describe desde un 14% de PI con Beer's a un 40% con STOPP. Más de la mitad de nuestra muestra presenta PI (alta prevalencia de PI). La PI es la principal causa de reacciones adversas medicamentosas (RAM), siendo esta la causa de hasta el 30% de los ingresos hospitalarios, por lo que es necesario optimizar la prescripción. Coincidimos con la literatura en que los fármacos más implicados en PI son las benzodiazepinas, en que el mayor volumen de PI está en torno al SNC y CV y en que STOPP es más sensible que

Beer's. Destacamos la elevada aportación de los criterios de STOPP para detectar PI CV

Conclusiones. Aunque los criterios de STOPP parecen tener más ventajas que Beer's, es necesaria más investigación para validar los criterios en diferentes escenarios clínicos y valorar los efectos sobre los pacientes de la mejoría de la prescripción. Son necesarias revisiones de ambas herramientas a fin de adaptarlas a nuestro entorno.

EA-21 EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA/EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DESDE 2000 A 2010

C. Aguilera González¹, V. Alfaro Lara², J. Galindo Ocaña¹, R. Parra Alcaraz², L. Rivero Rivero¹, L. de la Higuera Vila², M. Bernabeu Wittel² y A. Fernández López¹

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, ²UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Descripción de la evolución de la actividad asistencial de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD)/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) del Hospital Virgen del Rocío en un período de 10 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de la actividad asistencial de la UHD/ESCP desde enero de 2000 a abril de 2010. Fueron analizadas las siguientes variables: número de ingresos, estancias generadas, estancias medias, nº de visitas domiciliarias por médicos/enfermeros, frecuentación (nº visitas en 10 días), motivo de alta, porcentaje de ingresos programados, derivación tras el alta y porcentaje de mortalidad en domicilio.

Resultados. Se atendieron un total de 8378 ingresos en la UHD, con una media de 67,5 mensuales y estancia media de 18,2 días. La media mensual de visitas a domicilio fue 858,5, con un total de 106.452 visitas totales, 39% por facultativos y 61% por enfermería. La estancias medias anuales fueron las siguientes: 2000 28,8 ± 35,4; 2001 18,4 ± 23,5; 2002 20,2 ± 28,2; 2003 16,7 ± 23; 2004 16,5 ± 23; 2005 17,9 ± 21,7; 2006 16,6 ± 18,3; 2007 16,6 ± 21,1; 2008 14,4 ± 17,6, 2009 16,8 ± 21; y enero-abril 2010 14,6 ± 17,7. La frecuentación pudo ser analizada desde 2006: 2006 2,1; 2007 6,7; 2008 6; 2009 6,8; y enero-abril 2010 7,8. Al alta los pacientes fueron derivados a su médico de familia en un 59,6%, ingresaron un 16,5% y fueron exitus un 19,8%. Los ingresos fueron programados en 2006 en 64 casos (72,7%), 2007 en 116 casos (73,4%), 2008 172 casos (77,5%) y 2009-2010 187 casos (72,8%). El nº de exitus en domicilio fueron: 2006 142 casos, 2007 151 casos, 2008 173 casos y 2009-2010 203 casos. Antes de 2009 hubieron 2561 exitus en domicilio (17,6%), frente a 262 (22,2%) desde 2009 (OR 1,34; IC95% 1,16-1,54; p = 0,000).

Discusión. La estancia media ha disminuido progresivamente pese a mantenerse estable el nº de ingresos anuales. El incremento de frecuentación sugiere que los pacientes atendidos están seleccionados por mayor complejidad (según recomienda el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos). Se tiende a un incremento cuantitativo y proporcional de ingresos programados, a menudo vehiculados por su médico de familia. Por otra parte, un enfermo en situación terminal tiene hoy mayores posibilidades de fallecer en su hogar, si así lo desea, que en años pasados. Todos estos marcadores sugieren una mayor colaboración con atención primaria y mejor continuidad asistencial.

Conclusiones. El patrón evolutivo asistencial de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del HUVR refleja la mejor optimización de recursos y

calidad asistencial ofrecida a los enfermos en situación terminal.

EA-22 IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE COLABORACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL

V. Alfaro Lara¹, C. Aguilera González², M. Bernabeu Wittel¹, J. Galindo Ocaña², R. Parra Alcaraz¹, M. García Gutiérrez¹, A. Fernández López² y M. Ollero Baturone¹

¹UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

²Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI. Hospital Duques del Infantado. Sevilla.

Objetivos. Presentar el modelo de colaboración establecido a raíz del acuerdo de unidades de gestión Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI)-Centros de Salud (CS) en abril de 2011.

Material y métodos. El HUVR atiende como hospital general básico una población de más de 550.500 habitantes, distribuidos en tres distritos sanitarios de atención primaria. El acuerdo de UGC's incluye el contacto telefónico con el referente de cuidados paliativos (rCP, móvil corporativo), sectorizado en 4 zonas que abarcan una población de entre 110.000 y 150.000 habitantes cada una y una distancia de hasta 50 km del centro hospitalario. Los pacientes en situación terminal entran en el sistema desde planta de hospitalización a través de la valoración por el internista consultor, que evalúa el caso. Si es subsidiario de ser atendido por UHD contacta telefónicamente con el rCP correspondiente para la valoración o seguimiento en domicilio. Una vez en seguimiento, el rCP gestiona los recursos hospitalarios y extrahospitalarios necesarios (Hospital de Día, planta, enfermería gestora de casos, enfermería de UHD o de atención primaria, médico de familia). Por otra parte, el médico de atención primaria puede consultar o solicitar valoración y/o seguimiento de un enfermo en situación terminal, igualmente a través de su rCP. Tras el alta del episodio de UHD, el rCP remite de nuevo el paciente a su médico de familia.

Discusión. El abordaje de las enfermedades crónicas en situación avanzada o terminal supone una importante necesidad asistencial y requiere la valoración integral, que incluye aspectos clínicos, funcionales, sociales, psicoemocionales, espirituales y actuar de acuerdo a los deseos del paciente y su familia o personas cuidadoras. La Unidad de Hospitalización Domiciliaria, integrada en UCAMI, actúa como recurso avanzado de cuidados paliativos del área del HUVR como hospital general básico, para la atención de enfermos en situación terminal por enfermedades oncológicas y no oncológicas, que ejerce sus funciones en colaboración con los recursos hospitalarios y extrahospitalarios para garantizar los cuidados de mayor calidad. El compromiso del rCP es ofrecer el soporte a atención primaria según carga de complejidad (actuaciones puntuales en baja complejidad, valoración domiciliaria y seguimiento en alta complejidad), contacto telefónico tras cada intervención con su médico de familia, soporte telefónico ante dudas o crisis de necesidad no críticas, ingresos hospitalarios programados para evitar el paso por Urgencias, el seguimiento de enfermos dados de alta de planta del hospital (de M.I. u otros servicios), y sesiones de formación impartidas en cada centro de salud para favorecer la autonomía progresiva de los médicos de familia en estas situaciones. Además se realizan sesiones clínicas en los CS.

Conclusiones. El modelo de atención compartida para enfermos en situación terminal permite garantizar la continuidad asistencial y ofrecer un abordaje integral a todas las necesidades que surgen al final de la vida, y apoyar a la unidad paciente-familia o cuidadoras para facilitar el final de la vida en su hogar, lugar más apropiado para la atención en las últimas etapas siempre que así lo deseen.

EA-23 ANEMIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS. IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

M. Pérez Bocanegra, S. Romero Ruperto, A. Toscano, J. Barbé, A. San José y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna M1. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Conocer la prevalencia y tipo de anemia de los pacientes de edad avanzada que ingresan en la Unidad de Geriátrica de un hospital de tercer nivel. Comparar los resultados de los diferentes índices utilizados en la valoración geriátrica, la mortalidad, reingresos y situación funcional al año del alta hospitalaria, en el grupo de pacientes con anemia, respecto a los resultados de los mismos en el grupo de pacientes sin anemia.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la unidad de agudos de geriatría del Hospital Vall d'Hebron, durante 5 meses de forma consecutiva. A todos los pacientes se les realizó analítica general completa con estudio de anemia. En todos los casos se realizó una valoración geriátrica integral. Al año del alta hospitalaria se contactó telefónicamente con los pacientes para valorar la mortalidad y el número de reingresos, asimismo, en los pacientes que fue posible se realizó el índice de Barthel (IB). Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows.

Resultados. Se incluyeron 145 pacientes, la media (DE) de edad era 80,74 (7,26) años (60-99). Del total, 95 (65,5%) pacientes presentaban anemia. La anemia más frecuente fue la anemia de procesos crónicos en 34 (36,5%) casos, seguida de la anemia ferropénica en 27 (28,1%). Respecto a los valores de hemoglobina se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con IB inferior a 50 y pacientes con IB igual y/o superior a 50, 10,849 g/dl y 11,755 respectivamente ($p = 0,03$). La diferencia en el IB entre los pacientes con y sin anemia resultó estadísticamente significativa ($p = 0,02$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el índice de Charlson ni en el MNA. En cuanto a la evolución al año del alta hospitalaria, la mortalidad fue de 48,3%, la media de ingresos que realizaron los pacientes fue de 1.02 y el IB medio un año más tarde fue de 74, el previo era de 68. Se compararon los valores medios de las diferentes escalas geriátricas del grupo pacientes fallecidos y supervivientes, encontrándose diferencias significativas en el IB, índice de Charlson, MNA y Minimal.

Discusión. Los pacientes con anemia tienen mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Nuestros pacientes presentaban una comorbilidad alta sin encontrar diferencias en cuanto a la presencia o no de anemia, la prevalencia de malnutrición fue de alrededor del 26%, y de riesgo de malnutrición de 53%, se observó una mayor tendencia a presentar riesgo o malnutrición en los pacientes con anemia. Se objetivó una alta mortalidad global, con una supervivencia media inferior a un año, no siendo la diferencia estadísticamente significativa entre los enfermos con anemia y sin ella. Al comparar las características de los pacientes fallecidos respecto a los supervivientes se objetivó que los pacientes que fallecieron durante el primer año tras el ingreso presentaban mayor comorbilidad, peor estado funcional, mayor riesgo de desnutrición y peor estado cognitivo que los pacientes que un año más tarde continuaban con vida.

Conclusiones. 1. Es necesario una especial atención al diagnóstico de la anemia en pacientes mayores. 2. La anemia se asocia con mayor deterioro funcional y con un peor estado nutricional. 3. La valoración geriátrica es una herramienta imprescindible para valorar a los pacientes de edad avanzada con cualquier patología y con una gran utilidad pronóstica, imprescindible para elaborar un adecuado plan diagnóstico y terapéutico.

EA-24 COMPLICACIONES DEL ESTREÑIMIENTO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

G. de Luna, G. F. Rodríguez, I. S. Criado, G. L. Castellanos, S. Diz, M. Escribano, F. P. Corral y M. Cobos

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. El estreñimiento es un síntoma frecuente en el paciente hospitalizado en servicios de Medicina Interna, que puede parecer intrascendente en el contexto de manifestaciones clínicas severas de patologías que no parecen relacionadas; la tendencia a banalizarlo como enfermedad, el uso indiscriminado de laxantes o el diagnóstico retardado, puede comprometer el pronóstico vital del paciente. El objetivo principal de este trabajo es describir complicaciones infrecuentes del estreñimiento y la importancia de su conocimiento y manejo terapéutico.

Material y métodos. Se consultaron historias clínicas con los términos clave fecaloma, masa abdominal a estudio, hipopotasemia, hipermagnesemia, hiperfosfatemia. El motivo de ingreso en la planta de Medicina Interna era cualquier entidad clínica que no englobara de inicio el diagnóstico de presunción de fecaloma o estreñimiento. Este diagnóstico se obtenía por imagen, cirugía o hallazgo clínico durante el estudio o tratamiento de la situación clínica que motivó su internamiento; los tratamientos farmacológicos laxantes utilizados fueron los de acción osmótica con sales de fosfato, lactulosa y polietilenglicol.

Resultados. Se analizaron 4 pacientes: 3 mujeres y 1 varón con edad media de 83 años que fueron ingresados en el transcurso de 5 meses en el servicio de Medicina Interna. El diagnóstico inicial fue en uno de los cuatro casos "fracaso renal agudo", en otro "sepsis de origen abdominal por perforación de vejiga" y en los otros dos, "masa abdominal a estudio". Durante el seguimiento de los pacientes se objetivó en todos ellos como causa de la patología clínica, la presencia de fecalomas. Se describen los hallazgos encontrados: enfermedad de Ogilvie, compresión de vía urinaria excretora y/o de estructuras vecinas con cuadros sépticos secundarios, precisando en un caso, cirugía para extracción de fecaloma y cistectomía parcial por perforación de cúpula vesical; en dos de los cuatro casos, se describen cuadros de uretero-hidronefrosis bilateral que condicionaron fracaso renal agudo de causa obstructiva. Las alteraciones metabólicas estuvieron en todos los casos, en relación al tratamiento prolongado con laxantes osmóticos del tipo sales de fosfato, destacando hipopotasemias severas, hipernatremia e hiperfosfatemia; una de las pacientes presentó un cuadro de acidosis metabólica severa con fracaso renal agudo, precipitando su ingreso en la unidad de agudos del servicio de Nefrología,

Discusión. Los factores de riesgo para el desarrollo de estreñimiento se ven favorecidos en los ancianos per se, y durante la hospitalización, tanto por el encamamiento excesivo, el rango de edad avanzada, la polimedicación y etiología farmacológica del estreñimiento (benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, levodopa, antagonistas del calcio, betabloqueantes, diuréticos, antihistamínicos, antiácidos, AINEs, opiáceos). En el presente trabajo mostramos un problema infravalorado, derivado del tratamiento con laxantes osmóticos con alto contenido en fosfatos, como es la aparición de desórdenes electrolíticos (hipopotasemia, hipernatremia, hiperfosfatemia) que condujeron a situaciones de deshidratación, acidosis metabólica, fallo renal y tetania. El diagnóstico precoz y la resolución temprana del fecaloma es importante para prevenir complicaciones como las que se describen: perforación de víscera contigua (vejiga), fracaso renal agudo por compresión de vía urinaria, obstrucción de colon o síndrome de Ogilvie y las alteraciones metabólicas descritas previamente derivadas de tratamientos laxantes intensivos.

Conclusiones. Recordar que el estreñimiento es un problema muy común en los pacientes ancianos, especialmente si están institucionalizados, siendo fundamental una buena historia clínica y explora-

ción para su detección y para la prevención de complicaciones, a veces mortales para el paciente. Además es obligado el conocimiento del uso de tratamientos tan habituales como los laxantes osmóticos, dadas las consecuencias de su uso indiscriminado en determinadas ocasiones.

EA-26 PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS EN MEDICINA INTERNA

O. González Casas, R. Peña González, R. Pérez Palacio, E. Pardo Magro, F. Olgado Ferrera y M. González García

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Análisis descriptivo de los pacientes mayores de 65 años incluyendo características epidemiológicas, comorbilidad, motivo de ingreso y medidas terapéuticas empleadas.

Material y métodos. Se realiza estudio transversal en un día de todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en un servicio de Medicina Interna.

Resultados. Los pacientes mayores de 65 años (edad media de $80,2 \pm 7,1$ años) corresponden al 72,2% de ingresados (73 pacientes de un total de 103 pacientes). El 60,3% son mujeres. La estancia media es de 6,3 días. Se clasifican en tres grupos por edad: 20,5% seniles (65-74 años), 68,5% ancianos (75-89 años) y 11% longevos (mayores de 75 años). El 34,2% viven solos, el 50,7% con familiar o cuidador y el 15,1% en centros sociosanitarios. Se valora el grado de deterioro cognitivo con el test de Pfeiffer: normal 46,6%, deterioro leve-moderado 31,5% y severo 21,9% y el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el índice de Barthel: dependencia leve 46,6%, moderada 21,9%, severa 8,2% y total 23,3%. Se observa mayor grado de deterioro cognitivo y dependencia en el grupo de longevos (Pfeiffer > 8 errores en el 50% y Barthel < 20 puntos en el 50% de longevos). Se realiza el índice de comorbilidad de Charlson: ausencia de comorbilidad 37%, comorbilidad baja 19,2% y comorbilidad alta 43,8% con distribución similar entre los tres grupos. La hipertensión arterial (HTA) 74%, alteración del metabolismo de lípidos (DLP) 45,2%, cardiopatías 42,5% (isquémica 11%, hipertensiva 9,6% y valvular 8,2% más frecuentes), diabetes mellitus (DM) 38,4% y EPOC 28,8% son los antecedentes personales más frecuentes cuyo riesgo de padecer aumenta de manera proporcional según se incrementa la edad del paciente. Existen diferencias entre grupos en los antecedentes de neoplasia y cardiopatía valvular más frecuentes estas en el grupo de pacientes seniles (64-74 años). Solo 11 pacientes no tienen prescrito ningún fármaco previamente, el 58,9% 1-6 fármacos y 32,9% más de 7. El 71,2% han ingresado en el último año con una media de $1,03 \pm 1,08$ ingresos (sin diferencias entre grupos). Los principales motivos de ingreso son: insuficiencia cardíaca 13,7% (más frecuente en ancianos y mujeres), insuficiencia respiratoria 13,7% (mayor en el grupo de longevos y varones) e infección respiratoria 12,3% (similar en los tres grupos, más frecuente en varones). El 69,9% precisan tratamiento intravenoso, 57,5% antibioterapia intravenosa, 49,3% oxigenoterapia,

38,4% insulino terapia, 19,2% sondaje vesical y 8,2% sondaje nasogástrico.

Discusión. Los pacientes de edades comprendidas entre los 75-89 años son el grupo más numeroso. Más de la mitad presentan deterioro cognitivo y un tercio tienen deterioro funcional grave, datos similares a otros publicados utilizando las mismas escalas de medida. No ocurre lo mismo con el porcentaje que presenta comorbilidad alta, siendo mayor en nuestro caso, no pudiendo explicarlo por la edad al tener parecida distribución esta a otros estudios, por lo que debería ser un dato a tener en cuenta en futuros trabajos. No hemos encontrado diferencias en el porcentaje de pacientes procedentes de centros sociosanitarios. Destacamos el número de pacientes que en nuestro caso corresponde a casi a un tercio que tienen prescrito de forma crónica más de 6 fármacos y que casi la tercera parte habían ingresado en el último año previamente. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, siendo menor el número de pacientes por patología digestiva que en otros trabajos, en los cuales, corresponde al tercer motivo más importante. Nuestro trabajo al ser de carácter transversal de un día, cuenta con la limitación de que el número de pacientes ingresados y sus características varía de forma imprevisible dependiendo del momento en que se recogen los datos.

Conclusiones. Los ancianos que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna lo hacen fundamentalmente por reagudizaciones de su enfermedad de base (respiratoria y cardiovascular). Más de la mitad son mayores de 75 años y con relativa frecuencia presentan deterioro cognitivo y funcional.

EA-27 ADAPTACIONES HEMATOLÓGICAS EN REPOSO CON EL ENTRENAMIENTO PROLONGADO VIGILADO. COMPARACIÓN EN SUJETOS SANOS SEDENTARIOS Y ENTRENADOS A LARGO PLAZO

M. Giménez¹, B. Alonso², N. Martín³, P. Vergara¹, A. Gómez³ y E. Servera⁴

¹Ex-Unit 14. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Nancy. Francia. ²Laboratorio del Ejercicio. Servicio de Medicina Interna, ³R. Respiratoria. Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

⁴F. para la Investigación (INCLIVA). Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. El ejercicio muscular induce modificaciones agudas sensibles del hemograma. Las principales modificaciones están ligadas a las variaciones del volumen plasmático. Se consideran efectos inmediatos o crónicos. En los inmediatos observamos que la serie blanca, roja y el "volumen plaquetario total" (VPT) durante el ejercicio aumentan. En los efectos crónicos, pensamos que podríamos encontrar adaptaciones con el entrenamiento continuado. Así que estudiamos los parámetros hematológicos (tabla 1), en reposo, después de un largo periodo de sedentarismo o de entrenamiento intensivo en sujetos con edad avanzada.

Tabla 1 (EA- 27). Comparación de valores hematológicos en reposo, entre sujetos sanos entrenados (n = 8) y no entrenados (n = 8), acercándose a los 70 años

Parámetros	Grupo entrenado después	Grupo no entrenado después	p
Plaquetas ($\times 10^3 \text{ mm}^{-3}$)	276 \pm 29	223 \pm 17	p < 0,001)
Vol plaquetario total%	0,321 \pm 0,02	0,270 \pm 0,038	p < 0,05
Haptoglobina (g.dL-1)	0,60 \pm 0,25	0,81 \pm 0,37	p < 0,05
Tiempo de cefalina activa	32,2 \pm 2,1	37,1 \pm 3,2	p < 0,05
Tiempo de Quick	90,8 \pm 4,3	97,2 \pm 6,8	p < 0,05
Tiempo de lisis de euglobulina	4,0 \pm 0,5	2,45 \pm 0,81	p < 0,001)
Fibrina (g.L-1)	2,36 \pm 0,19	3,14 \pm 0,32	p < 0,001)

Material y métodos. Se describen ampliamente en la referencia "Hematological and hormonal responses". Eur J Clin Invest. 1987;17:75-80.

Resultados. Se confirma la hipótesis. Los entrenados tienen en reposo plaquetas y un VPT significativamente más altos, también lo es el tiempo de lisis de euglobina. La haptoglobina, los tiempos de cefalina activa y de Quick, así como la fibrina son más bajos con el entrenamiento.

Discusión. Las repercusiones del ejercicio apuntan sobre la fórmula leucocitaria o serie roja. En este estudio, se confirma que para el VPT hay una adaptación crónica en reposo de los sujetos entrenados, con significación para las otras variables que se modificaron.

Conclusiones. El entrenamiento muscular controlado en un Laboratorio o en terreno deportivo no solo mantiene a largo plazo las performances físicas, sino que también contribuye al mantenimiento de un buen estado de salud para los mayores.

EA-29

¿HAY QUE ANTICOAGULAR A LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

J. Díez Manglano¹, A. Fernández Moyano², M. Bernabeu-Wittel³, M. Ollero Baturone³, L. Moreno Gaviño³, M. Sánchez Ledesma⁴, A. Mora Rufete⁵ y los investigadores del Proyecto Profund⁶

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx (Alicante).

⁶Grupo de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. Sociedad Española de Medicina Interna.

Objetivos. Analizar si el uso de anticoagulantes orales (ACO) en los pacientes pluripatológicos (PPP) con fibrilación auricular (FA) tiene repercusión sobre la mortalidad y el deterioro funcional al cabo de un año.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre febrero 2007 y junio 2008. Se ha estudiado el subgrupo de PPP con FA. En el momento de inclusión en el estudio se recogieron datos demográficos, clínicos, el índice de Barthel, se calculó el riesgo embólico con el índice CHADS2 y se recogió la prescripción de ACO. Posteriormente se ha realizado el seguimiento de los PPP con riesgo embólico alto durante un año y al cabo del mismo se ha valorado la mortalidad y en los pacientes no fallecidos el índice de Barthel. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con test t de Student, la comparación de variables cualitativas con el test de χ^2 y el análisis de supervivencia con el test de regresión de Cox.

Resultados. Se han incluido 532 PPP con FA, 46,7% varones y 53,3% mujeres, con una edad media de $80,1 \pm 8,0$ años. Aplicando la escala CHADS2, 505 (94,9%) tenían un riesgo embólico alto. De estos pacientes solo 308 (61%) recibieron tratamiento con ACO. Al cabo de un año habían fallecido 198 (39,2%). La mortalidad fue menor en los pacientes tratados con ACO (35,1% vs 45,7%, OR 0,64 IC95% 0,45-0,92; $p = 0,02$). Los pacientes fallecidos tenían más edad (83 ± 7 vs 80 ± 7 , $p = 0,0002$), disnea grado 3/4 ($59,1$ vs $42,3\%$; $p = 0,0002$), oxigenoterapia ($27,8$ vs $10,1\%$, $p = 0,02$), delirium en el último ingreso ($18,2$ vs $8,8\%$; $p = 0,002$), errores en el índice de Pfeiffer ($3,8 \pm 3,4$ vs $2,5 \pm 2,8$; $p = 0,0006$), puntuación en la escala de Gijón (11 ± 3 vs 10 ± 3 ; $p = 0,0008$) y menores valores de índice de Barthel (59 ± 31 vs 76 ± 26 ; $p = 0,0006$), índice de Lawton-Brody ($2,4 \pm 2,3$ vs $3,0 \pm 2,6$; $p = 0,0006$), albúmina ($3,2 \pm 0,6$ vs $3,4 \pm 0,5$ g/dL, $p = 0,002$) y hemoglobina ($11,2 \pm 2,0$ vs $11,9 \pm 2,1$ g/dL; $p = 0,0006$). En el análisis de supervivencia la mortalidad se asoció con

la edad (OR 1,03 IC95% 1,01-1,06; $p = 0,01$), la disnea grado 3/4 (OR 1,49 IC95% 1,05-2,1; $p = 0,02$), la hemoglobina (OR 0,91 IC95% 0,83-0,98; $p = 0,02$), el uso de ACO (OR 0,72 IC95% 0,51-0,99; $p = 0,04$). y el índice de Barthel basal (OR 0,99 IC95% 0,98-0,99; $p = 0,002$). En situación basal los pacientes en tratamiento con ACO tenían mejor puntuación en el índice de Barthel (72 ± 29 vs 66 ± 30 ; $p = 0,03$). Al cabo de un año la puntuación en el índice de Barthel disminuyó 16 puntos en los pacientes en tratamiento con ACO y 12 en los pacientes sin el mismo ($p = 0,22$).

Discusión. Es conocido que el uso de ACO en los pacientes con FA no alcanza los niveles óptimos. Los PPP tienen varias enfermedades que provocan una disminución importante de su calidad de vida. Si sufren un ictus su dependencia puede pasar a ser total. Por ello en estos pacientes es importante valorar el riesgo embólico y si es alto pautar ACO para disminuir la mortalidad.

Conclusiones. Prácticamente la totalidad de los PPP con FA tienen un riesgo embólico alto. Hay una infrautilización de los ACO en estos pacientes. En ellos el uso de ACO se asocia a un descenso de la mortalidad a un año. Es preciso valorar la posibilidad de anticoagulación en estos pacientes.

EA-30

CUESTIONARIO DE PFEIFFER ABREVIADO CON INSTRUMENTO DE SCREENING DE DETERIORO COGNITIVO SEVERO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

E. Bejarano Tello¹, P. Revillo Pinilla², E. Munilla López¹, J. Cabrerizo García³, B. de Escalante Yangüela⁴, A. Caudevilla Martínez⁵, J. Díez Manglano¹ y los investigadores del Estudio Plupar⁶

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de la Defensa. Zaragoza.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza).

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospitales del Servicio Aragonés de Salud.

Objetivos. Determinar si la utilización de un cuestionario de Pfeiffer abreviado de 3 preguntas puede ser utilizado como herramienta para la detección de deterioro cognitivo severo.

Material y métodos. Subestudio transversal de los pacientes pluripatológicos incluidos en el estudio multicéntrico PLUPAR que fueron ingresados en servicios de Medicina Interna de 8 hospitales de Aragón. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les pasó el cuestionario de Pfeiffer. Se ha comprobado la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de un test abreviado de 3 cuestiones (¿Qué día es hoy?, ¿Cuándo nació? ¿Qué edad tiene?) para detectar un posible deterioro cognitivo severo definido como la presencia de 7 o más errores.

Resultados. Se han incluido 230 PPP, 50,4% mujeres, con una edad media de 79 ± 9 años. De ellos 52 (22,6%) tenían un cuestionario de Pfeiffer con 7 o más errores y 39 (17,0%) tenían 3 errores en las preguntas referidas. La prevalencia de deterioro cognitivo grave era del 22,6% y estos pacientes tenían más edad (82 ± 10 vs 79 ± 9 años; $p = 0,04$). La utilización del cuestionario abreviado de Pfeiffer tuvo un rendimiento diagnóstico del 93,5% con una sensibilidad de 0,73 (IC95% 0,59-0,84), una especificidad de 0,99 (IC95% 0,97-0,99), un valor predictivo positivo de 0,97 (0,92-1,00) y un valor predictivo negativo de 0,07 (IC95% 0,00-0,21). El likelihood ratio de deterioro cognitivo grave fue 130 (IC95% 18-924).

Discusión. Los PPP son con frecuencia ancianos y por su multimorbilidad tienen fácilmente fatigabilidad no solo física sino mental. Por ello la utilización de cuestionarios breves es especialmente útil en su caso. En este trabajo se observa que un cuestionario de solo 3 preguntas puede ser útil para detectar deterioro cognitivo

severo aunque son necesarios estudios más amplios con utilización de un gold standard como el Mini-Mental.

Conclusiones. Un cuestionario breve de Pfeiffer puede ser útil para detectar deterioro cognitivo grave.

EA-31

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO POR PARTE DE CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García Blanco, E. García López, L. Herráiz Carrasco y C. Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Analizar el grado de conocimiento que tiene el cuidador sobre la medicación que administra al sujeto al que cuida. Determinar la influencia de las características socio-demográficas del cuidador sobre el grado de conocimiento sobre dicha terapia.

Material y métodos. Se incluyeron 58 cuidadores de pacientes mayores de 65 años, ingresados consecutivamente en el Servicio de Medicina Interna durante los meses de febrero a abril de 2011. Se recogieron mediante entrevista las siguientes variables de los cuidadores: edad (años), sexo, nivel de estudios (básicos, medios, superiores) y relación con el paciente (contratado, voluntario, familiar). Con respecto al conocimiento sobre el tratamiento del paciente se recogieron los siguientes ítems: nombre de los medicamentos, forma farmacéutica, posología y uso terapéutico. La información facilitada por los cuidadores fue contrastada con la recogida en la historia clínica. Se evaluó el grado de corrección en cada respuesta de acuerdo a las características socio-demográficas. Se considera significativo una $p < 0,05$.

Resultados. 58 cuidadores: el 89,66% eran mujeres y el 10,34% hombres; respecto al nivel de estudios, el 26,32% eran superiores y los básicos y medios, un 36,84% respectivamente; la media de edad de los cuidadores era de 60,19 años, de los cuales, el 68,75% eran menores de 65 años; y el 70,69% eran familiares, el 25,86% contratados y el 3,45% voluntarios. Un 67,54%, de los pacientes conocían todos los medicamentos que tomaban, un 85,24% conocían adecuadamente la forma farmacéutica, un 75,79% la posología y un 71,59% el uso terapéutico. Al analizar según cada una de estas variables, se observó que los cuidadores contratados tenían un conocimiento peor ($p < 0,005$) de la terapia que los familiares para todas las variables, y que los voluntarios para la posología. Respecto a la variable del sexo, los hombres tienen un conocimiento significativamente mayor en cuanto al grado de conocimiento de la prescripción y la posología. No se puede demostrar una influencia del nivel de estudios. Por último, los cuidadores con edad más avanzada (> 65 años) tienen un grado de conocimiento mayor que los más jóvenes (35-45 años) en cuanto a forma farmacéutica y el uso terapéutico.

Discusión. El cuidador familiar y el voluntario conocen mejor la terapia que el contratado, por lo que se podría pensar que los cuidadores que no se mueven por un interés económico están más implicados en el cuidado del anciano. Los resultados demuestran que son mejores cuidadores los mayores de 65 años, lo que podría deberse a que por encima de esta edad no hay cuidadores contratados. Los hombres cuidan menos, pero cuidan mejor.

Conclusiones. El papel que el cuidador de pacientes ancianos dependientes juega en la historia natural de la enfermedad del paciente es clave y en gran parte determinado por la administración adecuada de la medicación prescrita. Es necesaria una mayor concienciación de los cuidadores sobre la importancia de un exequito cumplimiento terapéutico.

EA-32

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TERAPIA QUE RECIBEN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS SIN CUIDADOR INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. García Blanco, E. García López, L. Herráiz Carrasco y C. Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Evaluar el grado de conocimiento que tienen los pacientes sobre la medicación prescrita. Determinar la influencia de las características socio-demográficas del propio paciente sobre el grado de conocimiento sobre dicha terapia.

Material y métodos. Se incluyeron 58 pacientes mayores de 65 años, ingresados consecutivamente en el Servicio de Medicina Interna, que no tenían cuidador y sin deterioro cognitivo. Se recogieron mediante entrevista las siguientes variables de los pacientes: edad (años), sexo, nivel de estudios (básicos, medios, superiores) y si vive solo o acompañado. Con respecto al conocimiento sobre su tratamiento se recogieron los siguientes ítems: nombre de los medicamentos, forma farmacéutica, posología y uso terapéutico. La información facilitada por los pacientes fue contrastada con la recogida en la historia clínica. Se evaluó el grado de corrección en cada respuesta de forma global y de acuerdo a las características socio-demográficas. Se considera significativo una $p < 0,05$.

Resultados. 58 pacientes: el 58,14% eran mujeres y el 41,86% hombres; respecto al nivel de estudios, el 51,16% tenían estudios básicos, el 30,23% medios y el 18,6% restante, superiores; la media de edad de los pacientes era de 78 años, de los cuales, el 32,55% tenían entre 65 y 75 años, un 42% entre 76 y 85 y un 25,58% entre 85 y 95 años. Por último, el 30,02% vivía solo. El porcentaje de conocimiento medio que tienen los pacientes de cada uno de los ítems es de un 52,71% para la prescripción, un 79,67% de la forma farmacéutica, un 77,16% de la posología y un 70,19% del uso terapéutico. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que conocían a la perfección (100% de los medicamentos) su tratamiento correspondía al 17% para la prescripción, el 38% para la forma farmacéutica, el 33% para la posología y el 28% para el uso terapéutico. Al analizar según cada una de estas variables, se observó que los pacientes conocían su terapia de modo similar independientemente de su sexo o nivel de estudios. En cuanto a la edad, los más jóvenes tenían mejor conocimiento de la prescripción que los más mayores. Los pacientes que normalmente viven solos tienen peor conocimiento de la prescripción que los que viven acompañados.

Discusión. El envejecimiento de la población y la frecuente polifarmacia hace necesario que incluso en ancianos sin deterioro cognitivo, se monitorice su grado de conocimiento sobre el tratamiento que realizan, ya que de ello depende el control de sus patologías.

EA-33

IAMEST EN OCTOGENARIOS FACTORES CLÍNICOS Y MORTALIDAD EN UN PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

V. Hidalgo Olivares, A. Gutiérrez Díez, C. Llanos Guerrero, F. Salmerón, E. Cambroner Cortinas, J. Córdoba Soriano, I. López Neyra y J. Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete.

Objetivos. La angioplastia primaria (ICPP) es el método de elección para la revascularización urgente en el Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST. Esta indicación se establece en todos los grupos de edad, incluidos los pacientes octogenarios. Dadas las características especiales de estos pacientes se intenta valorar sus

características clínicas y su relación con la mortalidad a corto y medio plazo.

Material y métodos. Estudio de seguimiento de una cohorte de 80 pacientes mayores de 80 años tras la realización de ICPP. Se recogen aspectos clínicos de presentación, factores de riesgo, comorbilidad, índice de Katz, y acceso vascular. Se realiza un seguimiento clínico durante 6 meses. Se valora los aspectos clínicos y técnicos con la mortalidad a corto y medio plazo, mediante test Chi-cuadrado, comparación de medias y análisis multivariante.

Resultados. Características de la cohorte: edad media 83,8 años (rango: 80-91,3); hombres 65,8%; IAM anterior-lateral 56,3%; hipertensión 73,8%; diabetes 23,8%, dislipemia 33,7%; fumador 10%; cardiopatía Isquémica previa 22,5%. El 82,5% presentaba Katz A y el 21,5% presentaba Killip III-IV. En el 73,7% se intentó acceso radial, siendo exitoso el 86,4% de las veces. La mortalidad durante el ingreso y a los 6 meses fue del 13,8% y 22,4% respectivamente. En el análisis univariante no se encontraron diferencias en cuanto a mortalidad en el ingreso dependientes de edad, sexo, factores de riesgo o tipo de infarto. Si se encontraron diferencias en cuanto a Katz > A (RR: 3,1; p = 0,04), Killip IV (RR: 13,0; p < 0,001) y el acceso femoral (RR: 4,9; p = 0,002). En el análisis multivariante solo se detectó como indicadora de peor pronóstico la presencia de un Killip IV (OR: 28,5; IC: 5,6-145,5). En el análisis a seis meses estos resultados se mantenían, encontrándose como único factor de riesgo predictor de mortalidad la existencia de Killip IV (OR: 13,2; IC: 2,4-71,1).

Conclusiones. En los pacientes octogenarios a los que se realiza ICPP la presentación clínica en Killip IV es indicadora de peor pronóstico por aumento de mortalidad a corto y medio plazo. Otros factores que pudieran influir en este pronóstico son el índice de Katz y la vía de acceso, aunque son necesarios estudios más voluminosos para confirmarlo.

EA-34 ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Gomà I Sellart¹, D. Camprubí i Casellas¹ y L. Gomà I Artigas²

¹Servicio de Medicina de Familia. Abs Baix Berguedà. Olvan (Barcelona). ²Estudiante Medicina. Universitat Rovira I Virgili. Reus (Tarragona).

Objetivos. Evaluar el estado nutricional de una población de 65 años y más perteneciente a dos núcleos rurales.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de la situación nutricional de una población igual o superior a 65 años, perteneciente a dos núcleos rurales del Área Básica del Baix Berguedà (Barcelona). Se reclutó a los pacientes aprovechando sus visitas al centro, no fue preciso otros medios de reclutamiento pues en 6 meses fueron todos visitados. El número total de pacientes de 65 años o más es de 280 personas. Excluimos a los pacientes en estado terminal, encamados o que no quisieran entrar en el estudio. Entraron en el estudio un total de 270 personas, 90 hombres y 180 mujeres, con una edad media de 78,5 (entre 65 y 96 años y una moda de 75 años) a las que se les administró el Mini Nutritional Assessment (MNA), desde el 1 de enero de 2011 al 30 de junio de 2011. A todos ellos se les calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y a los que fue necesario se les midió la circunferencia superior del brazo y de la pantorrilla. Las personas que en las 6 primeras preguntas de screening tenían una puntuación superior a 12 no se continuó con el test, las personas con puntuación inferior a 12 se continuó con el test. Se consideraron como no desnutridos los valores globales (suma de todas las puntuaciones del test) de MNA \geq 24, con riesgo, los valores entre 17 y 23,5, malnutrición, los valores inferiores a 17.

Resultados. De las 270 personas del estudio (180 eran mujeres y 90 hombres), 3 estaban desnutridos el 1,1% (2 mujeres y 1 hombre)

y 20 estaban en riesgo 7,4% (14 mujeres y 6 hombres). Las tres personas desnutridas estaban diagnosticadas de demencia (1 vascular y 2 Alzheimer).

Discusión. En nuestro estudio destaca una desnutrición del 1,1%, un tanto baja si la comparamos con la prevalencia a nivel nacional que oscila entre el 3 y el 5%, esto puede ser debido a que nosotros solo hemos utilizado el MNA, es posible que si hubiéramos utilizados datos analíticos (albúmina, prealbúmina, etc.) el porcentaje hubiera podido ser mayor. Pero si que nos ha sido útil para detectar en primer lugar los desnutridos pero también a los pacientes con riesgo a los cuales se les ha podido profundizar en su estudio. También hay que considerar que se trata de una zona rural en la que el peso de la familia es importante en el cuidado de los pacientes. En cuanto al riesgo de desnutrición, la mayoría de estudios están hechos en pacientes institucionalizados, con una gran variabilidad de las cifras, que oscila entre el 5 y el 60% de pacientes con riesgo de desnutrición. Un estudio hecho en Murcia con pacientes mayores de 65 años no institucionalizados el riesgo de malnutrición fue del 17%, cifras cercanas a las nuestras.

Conclusiones. Creemos que el MNA es un instrumento útil y rápido de administrar, especialmente útil en medicina preventiva y comunitaria, que nos da una información de primera magnitud para poder detectar los pacientes desnutridos y también los que están en riesgo, lo cual quiere decir que 1 de cada 5 pacientes de esta edad tiene riesgo de desnutrirse y de este modo poner los medios para evitar la desnutrición y en consecuencia disminuir la comorbilidad.

EA-35 VALORACIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

T. Gómez Traveso, L. Briongos Figuero, J. Soler González, L. Hernanz Román, A. Beltrán Sánchez, J. Gil Domínguez, A. Ruiz de Temiño de la Peña y J. Pérez Castrillón

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. El síndrome confusional agudo (SCA) es un problema frecuente durante el ingreso hospitalario de los ancianos. Nuestro objetivo fue determinar su incidencia y características.

Material y métodos. Estudio prospectivo descriptivo en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Río Hortega de Valladolid del 15/02 al 15/03/2011. Se incluyeron pacientes de 70 años o más y se excluyeron aquellos con SCA al ingreso, bajo nivel de conciencia, trastorno psiquiátrico, déficit visual o auditivo grave o patología que impidiera la entrevista. Empleamos el Mini-mental test (MMT) para detectar deterioro cognitivo y el Índice de Charlson (IC) para valorar comorbilidad. Datos analizados con SPSS 15.0 (p < 0,005)

Resultados. Se incluyeron 150 pacientes. De ellos excluimos 32 (21%) por: 50% (N = 16) SCA al ingreso; 31,2% (N = 10) déficit visual o auditivo grave; 9,3% (N = 3) trastorno psiquiátrico; 15,6% (N = 5) otros motivos. Finalmente se incluyeron 118 pacientes, 58,5% mujeres (N = 69) y 41,5% hombres (N = 49), con edad media de 83,2 \pm 6,6 años. El 22% (N = 26) procedían de Centro Geriátrico. En cuanto a antecedentes personales: 7,6% presentaba infarto cerebrovascular, 19,5% (N = 23) demencia tipo Alzheimer y 3,4% (N = 4) Parkinson. Por otro lado, el 18,6% (N = 22) era portador de sonda vesical, el 17,8% (N = 21) tenía dolor no controlado y el 9,3% (N = 11) tenía prescrito opiáceos. La puntuación media en MMT fue 21,6 \pm 8,1 encontrándose el 50,8% (N = 60) de los pacientes con función cognitiva normal al ingreso mientras el 16% (N = 19) presentaban deterioro cognitivo grave y el 28% (N = 33) leve. La puntuación media en IC fue 2,6 \pm 1,8, existiendo comorbilidad alta en el 45% (N = 53) (mortalidad durante el ingreso 6,8% (N = 8)). El 72,7% (N = 80) no

reingresó frente el 7,3% (N = 8) que reingresó en 2 ocasiones en los tres meses siguientes. El 16% (N = 19) desarrollaron SCA siendo más frecuente en las mujeres (21,7% vs 8,2%, $p = 0,048$). El tiempo transcurrido hasta la aparición del SCA fue $2,37 \pm 1,3$ días. Los pacientes derivados de centros geriátricos sufrieron SCA con mayor frecuencia que el resto (30,8% vs 12%, $p = 0,033$) al igual que los pacientes de mayor edad (86,4 años vs 82,6, $p = 0,023$). Los pacientes que tuvieron SCA presentaba deterioro cognitivo moderado (33,3%) y grave (42,1%) con mayor frecuencia que los pacientes sin deterioro (6,7%) ($p = 0,04$) en el MMT. No hallamos diferencias al categorizar en función del tiempo de ingreso, mortalidad al alta ni otros factores de riesgo asociados (sondaje vesical, toma opiáceos o corticoides, antecedentes de ACVA y Parkinson). Por otro lado, tanto el dolor no controlado (33,3% vs 12,4%, $p = 0,043$) como la demencia tipo Alzheimer (39% vs 10,5%, $p = 0,002$) fueron factores de riesgo para el desarrollo de SCA. En cuanto al IC, hallamos que los pacientes con comorbilidad baja (35,7%) o alta (13,2%) tuvieron SCA con más frecuencia que aquellos sin comorbilidad (5,4%) con valor p de 0,003. Por último, hemos encontrado que los pacientes que presentaron SCA tuvieron mayor índice de reingresos en 3 meses que el resto (37,5% vs 18,3%, $p = 0,04$).

Discusión. El SCA en el anciano internado se asocia a patología grave. Hemos encontrado asociación entre el desarrollo de SCA y sexo femenino, edad avanzada, antecedentes de demencia y deterioro cognitivo al ingreso, al igual que otros grupos nacionales e internacionales. Por otro lado, no hemos encontrado relación con la mortalidad hospitalaria ni con la duración de la estancia. Nuestros datos nos hacen pensar que el proceder de Centro Geriátrico, tener dolor no controlado o presentar comorbilidad son factores de riesgo para desarrollar SCA.

Conclusiones. El SCA es un efecto negativo del ingreso hospitalario en ancianos. Son necesarias medidas para evitar su aparición y consecuencias. Los datos encontrados en nuestro estudio son pioneros en nuestra área pero hacen falta estudios con para una completa caracterización de los datos hallados por nuestro grupo.

EA-36 VARIACIONES EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA ENTRE 2010 Y 2011

C. Aguilera González¹, J. Galindo Ocaña¹, M. Bernabeu Wittel², R. Parra Alcaraz², L. Rivero Rivero², C. Rivas Cobas², M. Ollero Baturone² y A. Fernández López¹

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria, UCAMI, Medicina Interna, ²UCAMI, Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Determinar las diferencias de actividad asistencial en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD)/Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) de HUVR entre 2010 y de enero a mayo de 2011.

Material y métodos. Datos extraídos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del Centro de Documentación Clínica del HUVR. Se evaluaron el porcentaje de mortalidad, nº de visitas por facultativo mensuales, nº ingresos mensuales, nº de altas por mejoría mensuales, nº ingresos hospitalarios mensuales, total de estancias, estancia media y nº de pacientes valorados en domicilio por día. Análisis descriptivo. Análisis inferencial por comparación de medianas mediante el test U de Mann-Whitney.

Resultados. La media (ET) de las diferentes variables fueron: porcentaje de mortalidad 31,28% (6,12%), nº ingresos mensuales 88,12 (2,7), altas mensuales 79,35 (4,5), estancias mensuales 1.130 (135,5), nº visitas domiciliarias por facultativo mensuales 332,53 (14,79), estancia media mensual 12,83 (1,47), y nº de pacientes valorados en domicilio cada día 37,26 (4,49). Entre 2010 y los primeros 5 meses de 2011, las variables con diferencias de medianas

estadísticamente significativas fueron (mediana [RIC]; valor de P): nº de visitas a domicilio por facultativo mensuales (314 [66,75] vs 381 [110]; $p = 0,037$), nº de ingresos mensuales más elevado en 2011 (88 [19] vs 99 [15,5]; $p = 0,037$), nº exitus mensuales más del doble en 2011 (11 [8,75] vs 25 [15]; $p = 0,004$). El porcentaje de mortalidad, el nº de altas por mejoría o ingreso hospitalario, el total de estancias mensuales y la estancia media, y el nº de pacientes atendidos en domicilio por día no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión. El envejecimiento progresivo de la población supone que cada año mayores recursos sanitarios serán necesarios para atender a enfermos crónicos en situación terminal. En un solo año pudimos encontrar diferencias significativas en la cuantía de enfermos atendidos, con importante mortalidad superior al 25%.

Conclusiones. En el último período de tiempo, se observa un incremento del número de ingresos en UHD/ESCP de pacientes con baja expectativa de vida, sin incremento de la estancia media, con el coste un mayor número de visitas domiciliarias.

EA-38 “ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATION SCALE”: VALIDEZ Y FIABILIDAD EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

M. Nieto Martín¹, L. de la Higuera Vila¹, J. Praena Segovia¹, M. Vega Coca², E. Alfaro Lara², M. Galván Banqueri² y M. Ollero Baturone¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Determinar la validez y fiabilidad de la “Adherence to Refills and Medication Scale” (ARMS), previamente validada en pacientes crónicos, para la evaluación de la adherencia terapéutica en el paciente pluripatológico.

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo (octubre de 2010-mayo de 2011). Población de estudio: pacientes pluripatológicos, que precisaron ingreso hospitalario o acudieron a consulta de Medicina Interna durante el período de estudio. Para el análisis de la validez se usó como gold standard el cuestionario desarrollado por Morisky et al, ampliamente utilizado para la evaluación de la adherencia en población general. Se analizó la correlación entre la puntuación total obtenida por paciente en la escala ARMS (compuesta por 12 ítems, que se puntúan del 1 al 4 según una escala Likert, relacionándose la puntuación más baja con el mayor grado de adherencia), y en el cuestionario de Morisky y colaboradores, (compuesto por 4 ítems, con respuesta afirmativa o negativa, que se puntúan del 1 al 2, correspondiendo una mayor puntuación a un mayor grado de adherencia al tratamiento). El estadístico utilizado fue el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de la fiabilidad: los resultados de la escala ARMS fueron recogidos por dos observadores diferentes (un farmacéutico y un enfermero), analizándose posteriormente la concordancia interobservadores por ítems y en la puntuación global de la escala. Los estadísticos utilizados fueron: el coeficiente kappa de Cohen para determinar la concordancia por ítems, y el coeficiente de correlación intraclase para determinar la concordancia en la puntuación global de la escala.

Resultados. Se incluyeron un total de 53 pacientes, de los cuales el 54,7% eran mujeres, con una edad media de 76 años (rango: 59-87). Validez: se observó una correlación moderada-alta entre la puntuación total de la escala ARMS y la puntuación total del cuestionario de Morisky y colaboradores para cada paciente, obteniéndose un coeficiente de correlación de Spearman de -0,590 ($p < 0,01$). Fiabilidad: el grado de concordancia interobservadores fue muy alto, obteniéndose un coeficiente kappa por ítems $> 0,9$ en todos los casos, y un coeficiente de correlación intraclase para la

puntuación global de la escala de 0,973 (IC95%: 0,954-0,984; $p < 0,001$).

Conclusiones. A la luz de los resultados obtenidos, la escala ARMS se perfila como una herramienta válida y fiable para determinar la adherencia en el paciente pluripatológico. No obstante, sería recomendable la realización de un análisis posterior con un tamaño muestral más amplio.

EA-39

MEJORA DE LA FARMACOTERAPIA EN ANCIANOS: REVISIÓN DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS

P. Al-Cheikh Felices¹, O. Horna Oreja², S. Isasi de Isasmendi Pérez¹, F. Gomes Martín¹, A. Bandrés Liso² y J. Ferrando Vela¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos. Mejorar la farmacoterapia en los pacientes ancianos que ingresan en una planta de Medicina Interna mediante la detección, análisis y seguimiento de la prescripción de medicamentos inapropiados.

Material y métodos. Estudio prospectivo, donde se analizan los criterios de Beers y los criterios STOPP, así como el listado de medicamentos de Utilidad Terapéutica Baja (UTB). Se elabora así un listado práctico con los medicamentos a analizar en la práctica diaria. Criterios de inclusión: se revisa el tratamiento domiciliario de pacientes con edad igual o superior a 65 años que ingresan en una planta de Medicina Interna, desde el 16 de septiembre de 2010 hasta el 27 de enero de 2011. Variables recogidas: edad, sexo, fecha de ingreso y alta, medicamentos inapropiados al ingreso, criterios por los cuales se consideran inapropiados, medicamentos suspendidos o modificados al alta y evolución en Atención Primaria, en un periodo de tres meses, de aquellos que consideramos deberían mantenerse en el tiempo. El seguimiento en Atención Primaria se ha realizado mediante la revisión de la base de datos de facturación de recetas. Así mismo se valora el ahorro económico potencial en un año, producido por la suspensión de medicamentos inapropiados y UTB.

Resultados. Se revisan 371 ingresos, de los cuales 78 (21%), con una edad media de 82 años (65-95), presentan uno o varios medicamentos a analizar. 30 son hombres (38,5%) y 48 (61,5%) mujeres. Se detectan 98 medicamentos inapropiados de los cuales 67 (55,4%) se han considerado UTB, 30 (24,8%) cumplían criterios STOPP y 24 (19,8%) criterios de Beers. Los medicamentos se clasifican de la siguiente manera: antivaricosos sistémicos y vasoprotectores generales 21 (21,4%), vasodilatadores cerebrales y periféricos 18 (18,4%), asociaciones antianémicas sin hierro 10 (10,2%), nootropos 7 (7,1%), AINES 5 (5,1%), antidepresivos tricíclicos 5 (5,1%), diuréticos de asa 4 (4,1%), benzodiazepinas de vida media larga 4 (4,1%), asociaciones de antipsicóticos + ansiolíticos ± antidepresivos 4 (4,1%), condroitín sulfato/glucosamina 3 (3,1%), colchicina+dicloferina 2 (2%), antiagregantes plaquetarios 2 (2%), hipoglucemiantes de vida media larga 2 (2%), cleboprida+simeticona 2 (2%), beta-bloqueantes no cardio selectivos 2 (2%), tiazolidindionas 1 (1%), N-acetilcisteína 1 (1%), anti-histaminicos H1 1 (1%), ácido dimecrótico 1 (1%), fitoterapia en hiperplasia benigna de próstata 1 (1%), antiespasmódicos de vías urinarias 1 (1%) y corticoides 1 (1%). Se han suspendido o modificado al alta 56 (57,1%), se han mantenido 28 (28,6%), han fallecido o se han trasladado 10 (10,2%) y no se obtiene información en 4 (4,1%). El ahorro estimado ha sido de 5.715 euros. Se estima una continuidad en atención primaria de un 60, 9% (28 de 46), 15 intervenciones (32,6%) no se mantienen en el tiempo y en 3 (6,5%) no se obtiene la información buscada.

Discusión. En nuestro estudio el 21% de los ingresos valorados presentan uno o varios medicamentos a analizar. En la bibliografía

consultada el margen de prescripción inapropiada es muy amplio. La mayoría de los estudios consultados utilizan los criterios de Beers, por ser los clásicamente utilizados aunque presenten cierta controversia en su aplicabilidad en Europa. En nuestro estudio destaca la alta utilización de medicamentos UTB. Es importante determinar la continuidad en Atención Primaria de las intervenciones realizadas, se podría plantear el refuerzo de estas intervenciones en el informe de alta.

Conclusiones. Es considerable el porcentaje de pacientes ancianos que toman medicamentos inapropiados. La detección y análisis de los medicamentos inapropiados, de manera multidisciplinar, aumenta la efectividad y la seguridad de la farmacoterapia en el paciente anciano. El grupo más prescrito ha sido el de vasoprotectores generales. La suspensión de medicamentos inapropiados conlleva un ahorro económico importante.

EA-40

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. de la Higuera Vila¹, M. Nieto Martín¹, N. Ramírez Duque¹, M. Galván Banqueri², M. Vega Coca², E. Alfaro Lara² y M. Bernabeu Wittel¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Analizar la adecuación del tratamiento y las intervenciones realizadas para su mejora en una cohorte de pacientes pluripatológicos (PP). Los PP constituyen una población habitualmente polimedificada, por lo que hablar de adecuación supone seguridad y mejora en la farmacoterapia.

Material y métodos. Se identificaron todos los pacientes PP (según definición del Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) que ingresaron durante el periodo de 6 meses (septiembre 2010-febrero 2011) en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Se realizó un informe de adecuación (en base al autocuestionario MAI modificado, los criterios STOPP START, intervenciones predeterminadas y el criterio farmacéutico) que se envió posteriormente al médico responsable. Las intervenciones se clasificaron en los siguientes grupos: no indicación, no medicamento eficaz, diagnóstico/síntoma no tratado, dosis, duración, pauta horaria, instrucciones al paciente, contraindicaciones, interacciones, duplicidad, coste-efectividad y vía de administración. Se consideró la aceptación del informe cuando todas las intervenciones fueron aceptadas, la no aceptación cuando ninguna intervención fue aceptada y la aceptación parcial cuando se aceptan unas intervenciones sí y otras no.

Resultados. Se reclutaron (proceso completo) 41 pacientes. La media de edad fue de 77 años, siendo el 51,2% mujeres. El número medio de diagnósticos por paciente fue de 8 y el de medicamentos prescritos de 13. Se realizaron un total de 150 intervenciones (media de 3,7 por paciente), distribuyéndose de la siguiente manera: 8 intervenciones de "no indicación", 20 de "diagnóstico/síntoma no tratado", 10 de "dosis", 17 de "duración", 27 de "pauta horaria", 11 de "instrucciones al paciente", 5 de "contraindicaciones", 41 de "interacciones", 3 de "duplicidad", 6 de "coste-efectividad", 2 de "vía de administración" y ninguna de "no medicamento eficaz". La tasa de aceptación de las intervenciones fue del 75,6% (51,6% completa y 48,4% parcial).

Conclusiones. El número de intervenciones realizadas es elevado así como la tasa de aceptación. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una atención combinada de los distintos profesionales sanitarios que permita una mejoría en la calidad asistencial a los PP.

EA-41 ERRORES DE CONCILIACIÓN DE LOS FÁRMACOS PRESCRITOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS AL INGRESO HOSPITALARIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Praena Segovia¹, M. García Gutiérrez¹, M. Nieto Martín¹,
E. Alfaro Lara², M. Galván Banqueri², M. Vega Coca²
y L. Moreno Gaviño¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Los objetivos del estudio fueron conocer la incidencia de errores de conciliación en el ingreso hospitalario en una muestra de pacientes pluripatológicos. Analizar los tipos de errores y determinar el más frecuente en este grupo de pacientes, así como, el porcentaje de aceptación de la intervención y valorar la gravedad de dichos errores, según la categorización de The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention's (NCCMERP).

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo (octubre'10-abril'11). La población de estudio fueron pacientes pluripatológicos, según definición recogida en el Proceso Asistencial Integrado de Andalucía, que ingresaron en un hospital de tercer nivel durante el período de estudio. Los pacientes a los que no se les pudo realizar conciliación en las primeras 48h tras el ingreso fueron excluidos. La fuente de información principal utilizada fue la historia clínica digital, tanto la hospitalaria, como la de Atención Primaria. Se recogieron las siguientes variables: número de fármacos prescritos, número de discrepancias que requirieron aclaración con el prescriptor, número de errores de conciliación, tipo de error (omisión, comisión, diferencias de dosis, vía o pauta, prescripción incompleta) y porcentaje de aceptación. Se valoró la gravedad de cada uno de ellos según la clasificación de NCCMERP.

Resultados. Se incluyeron un total de 37 pacientes, de los que 29 (78,3%) presentaron al menos un error de conciliación. Los pacientes tenían 409 fármacos prescritos, de los cuales 68 (14,7%) presentaron discrepancias no justificadas en la historia clínica. De las 68 discrepancias no justificadas, en 57 discrepancias, el médico las aceptó como errores de conciliación. Estos datos dan una cifra de errores de conciliación en el 83,8% de las discrepancias (uno de cada 7,1 medicamentos prescritos). Los tipos de error fueron por omisión de los medicamentos (94%), diferencia en las dosis o en la pauta (4%) y por prescripción incompleta (2%). En cuanto a la gravedad, el 4% fueron errores potenciales, el 9% de los errores producidos no alcanzaron al paciente, el 83% alcanzó al paciente pero no le causó daño y el 4% no causaron daño, pero podrían haber requerido monitorización del paciente.

Conclusiones. Existe una alta incidencia de errores de conciliación al ingreso en estos pacientes. El error más frecuente es la omisión del medicamento y generalmente se tratan de errores que alcanzan al paciente, pero sin haber causado daño. Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar programas de conciliación estandarizados en el subgrupo de pacientes pluripatológicos.

EA-42 OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: HERRAMIENTAS DE ADHERENCIA Y ADECUACIÓN

D. Mendoza Giraldo¹, M. Nieto Martín¹, P. Cobas Rivas¹,
M. Vega Coca², E. Alfaro Lara², M. Galván Banqueri²
y M. Ollero Baturone¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. El tratamiento farmacológico es clave en el manejo de pacientes pluripatológicos, y su efectividad depende de la adhe-

rencia al mismo, de su adecuación a estándares y paciente, y del grado de conciliación interniveles. Los objetivos fueron: identificar herramientas para determinar la adherencia al tratamiento y la adecuación de este, así como estrategias y/o procedimientos de conciliación en pacientes pluripatológicos, o en su defecto pacientes con características comunes, y seleccionar las más adecuadas para su uso en esta población.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda en PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycINFO e Índice Médico Español. Tras la identificación de herramientas y/o estrategias, se realizó una preselección en base a los siguientes criterios: -Diseño para pluripatológicos, o en su defecto para pacientes con características comunes; -Validación previa y/o amplia utilización; -Estimación cuantitativa/semicuantitativa o valoración de ítems según escala Likert (solo aplicable a adherencia). Las herramientas preseleccionadas fueron evaluadas mediante un panel de expertos, utilizando la metodología Delphi. Composición: internistas, farmacéuticos de hospital y médicos de Familia, con experiencia en pluripatológicos/adherencia/adecuación/conciliación. Se valoraron los siguientes aspectos: solidez de la evidencia científica, aplicabilidad en pluripatológicos y en la práctica clínica habitual y utilidad para detectar barreras (solo para adherencia). Se seleccionaron las herramientas/estrategias que alcanzaron mayor grado de adecuación y acuerdo entre los panelistas.

Resultados. Búsqueda bibliográfica. Artículos identificados: 509 (adherencia), 108 (adecuación), 213 (conciliación). Herramientas/procedimientos identificados: 61 (adherencia), 33 (adecuación), 31 (conciliación). Herramientas/procedimientos preseleccionados: 5 (adherencia), 22 (adecuación), 31 (conciliación). Panel de expertos (herramientas/procedimientos considerados adecuados con alto grado de acuerdo): Adherencia: "Adherence to Refill and Medication Scale". Adecuación: "Criterios STOPP/START", criterios individuales del "Medication Appropriateness Index" (MAI). Conciliación: momento adecuado: ingreso hospitalario, alta y tras consulta de Atención Primaria; Datos necesarios: fármaco, dosis, pauta, vía de administración, fitoterapia, automedicación, alergias, intolerancias, interrupciones previas de tratamiento y Discrepancias de conciliación: omisión, comisión, diferente dosis, vía o intervalo posológico, prescripción incompleta, duplicidades, interacciones.

Conclusiones. No existen cuestionarios de adherencia, ni de adecuación validados para pluripatológicos, ni tampoco un procedimiento de conciliación establecido para este tipo de pacientes. La escala ARMS se perfila como la más adecuada para determinar la adherencia en esta población. Los criterios STOPP/START son los más adecuados para medir adecuación, aunque existe la posibilidad de generar un cuestionario específico derivado del MAI. La selección e implantación de un procedimiento normalizado facilitaría el proceso de conciliación.

EA-43 CRITERIOS STOPP-START PARA LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Nieto Martín¹, L. de la Higuera Vila¹, L. Moreno Gaviño¹,
M. Galván Banqueri², M. Vega Coca², E. Alfaro Lara²
y M. Bernabeu Wittel¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Evaluar la adecuación del tratamiento farmacológico al alta en una cohorte de pacientes pluripatológicos (PP) en base a los criterios STOPP-START.

Material y métodos. Se identificaron todos los pacientes PP (según definición del Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) que fueron incluidos desde consultas o desde la planta de hospitalización en un proyecto de atención integrada durante el período de 8 meses (septiembre 2010-abril

2011) en un hospital de tercer nivel. El tratamiento del paciente se obtuvo a partir del informe de alta o del informe de consultas, ambos disponibles en la historia clínica digital. Para cada medicamento prescrito se identificó si cumplía algún criterio STOPP. Según los diagnósticos principales se identificó si se cumplía algún criterio START. El trabajo se realizaba por una investigadora y fue posteriormente revisado por otra. Los datos fueron tabulados y procesados mediante el programa Excel 2005®.

Resultados. Se incluyeron 97 pacientes. En 42 de ellos (43,29%) se aplicó alguno de los criterios STOPP-START (18 y 30 pacientes respectivamente). Se realizaron 25 intervenciones STOPP y 40 START. La distribución por sistemas fue la siguiente: Sistema cardiovascular: 7 intervenciones STOPP y 5 START. Sistema respiratorio: 3 intervenciones START. Sistema nervioso central: 8 intervenciones STOPP y 2 START. Sistema músculo-esquelético: 1 intervención STOPP y 5 START. Sistema endocrino: 2 intervenciones STOPP y 21 START. Sistema gastrointestinal: 4 intervenciones START. Fármacos que afectan negativamente en los propensos a caerse: 2 intervenciones STOPP. Medicamentos duplicados: 5 intervenciones STOPP. Los criterios individuales más frecuentemente incumplidos fueron: Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores de riesgo cardiovascular (11 pacientes). Metformina en la diabetes mellitus tipo 2 con o sin síndrome metabólico (6 pacientes). Uso prolongado de neurolépticos como hipnóticos a largo plazo (5 pacientes). Clase de medicamentos duplicados (5 pacientes). Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (5 pacientes).

Conclusiones. Los criterios STOPP-START permiten detectar una oportunidad de mejora en la adecuación del tratamiento en 1 de cada 2,3 pacientes pluripatológicos de nuestro hospital. Se detectan el doble de oportunidades tipo START que STOPP. Dentro de los STOPP, el sistema cardiovascular y el SNC suponen las mayores áreas de intervención, así como dentro de los START el sistema endocrino.

EA-44

¿INFLUYE LA EDAD EN EL TRATAMIENTO PRESCRITO AL ALTA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

A. Renilla González, I. Álvarez Pichel, J. Flórez Muñoz, M. Barreiro Pérez, E. Benito Martín, D. León Durán, E. Velasco Alonso y S. Secades González

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. (Asturias).

Objetivos. Aunque la población anciana supone el 6% de los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio (IAMCEST), los estudios en este grupo de edad son escasos. Los ancianos presentan peor pronóstico, y además, existe una tendencia a limitar el empleo de terapias de reperfusión o indicar determinados tratamientos al alta. El objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias con respecto a la edad de los pacientes en el tratamiento pautado al alta tras un IAMCEST.

Material y métodos. Se recogieron datos respectivos a la estrategia terapéutica indicada al alta en pacientes con edad igual o superior a 85 años ingresados por IAMCEST en nuestra unidad coronaria entre 2005-2010. Los datos recogidos fueron comparados con los datos de pacientes más jóvenes (< 85 años) recogidos en el registro de síndrome coronario agudo ACTION-GWTG. En el primer grupo se incluyeron 61 pacientes. Se analizó el tipo de reperfusión y los tratamientos pautados al alta. Los pacientes que presentaron > 12 horas de evolución del cuadro clínico fueron tratados conservadoramente (no se indicó ninguna estrategia de reperfusión, fibrinólisis o angioplastia).

Resultados. Del total de pacientes, 25 fueron tratados con angioplastia, 20 con fibrinólisis y en 16, se adoptó estrategia conservado-

ra. Los pacientes con edad igual o superior a 85 años recibieron menos clopidogrel que los pacientes más jóvenes del registro ACTION-GWTG [OR = 0,61 (0,40-0,92) IC95%] y hubo una tendencia no estadísticamente significativa a infrautilizar AAS (OR = 0,94), betabloqueantes (OR = 0,86) e IECAS/ARAI (OR = 0,85). El empleo de clopidogrel fue superior en el grupo de angioplastia [OR = 2,57 (1,11-5,89) IC95%]. Al 75% de los pacientes se les prescribió nitratos, a expensas del grupo no tratado con reperfusión [OR = 1,36 (0,59-3,15) IC95%].

Conclusiones. En pacientes muy ancianos con IAMCEST, parece existir una limitación al empleo de determinados tratamientos recomendados por las guías de práctica clínica, por lo que una mayor adherencia a las mismas mejoraría el pronóstico de estos pacientes.

EA-45

HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO

F. Martín Hernández¹, J. Romero Pérez¹, N. Felipe Pérez¹, M. Brito Cabrera², S. Vicente Rodríguez¹, A. Castellano Higuera¹ y P. Láynez Cerdeña¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ²Medicina de Familia. C. A. Primaria. La Matanza de Acentejo (Santa Cruz de Tenerife).

Objetivos. Describir cuatro casos de hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos, durante el período comprendido entre enero de 2010 y mayo de 2011, ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital. Se estudiaron las historias con los códigos CIE-9-MC de hematoma de tejidos blandos no traumático (729.92) y hemoperitoneo no traumático (568.81). Se seleccionaron solo aquellos casos de H.R. considerados espontáneos (no debidos a traumatismo ni a una condición retroperitoneal predisponente). En dos de los casos el hematoma se diagnosticó durante el ingreso por otro motivo y los otros dos fueron remitidos a nuestro centro con este diagnóstico desde clínicas concertadas.

Resultados. Caso 1: mujer de 78 años. F. glomerular = 31 ml/mto. Nadroparina 0,6 ml/24h + AAS. Caso 2: mujer de 79 años. F. glomerular = 57 ml/mto. Enoxaparina 60 mg/24h + AAS. Caso 3: mujer de 63 años. Hemodiálisis por I. R.A. - Heparina sódica + AAS. Caso 4: mujer de 74 años. F. glomerular = 15 ml/mto. - Enoxaparina 80 mg/12h + AAS. El caso N° 2 presentó shock hipovolémico, se realizó arteriografía con embolización de lumbares sin éxito, evolucionando al exitus. El resto evolucionaron bien y sin secuelas.

Discusión. En la literatura médica el HRE se asocia de modo prácticamente invariable al tratamiento anticoagulante. Todos nuestros pacientes recibían heparina asociada a AAS, eran de edad avanzada y mostraban una comorbilidad significativa. Detectamos en algún caso una dosis de heparina inapropiadamente alta.

Conclusiones. 1. El diagnóstico del HRE con frecuencia se retrasa por la inespecificidad del cuadro clínico y por la coexistencia de otras enfermedades que parecen explicar estos síntomas (dolor, anemia, hipotensión). 2. Puede ser útil para su prevención y detección precoz: a. Reducir la dosis de heparina en casos de edad avanzada e insuficiencia renal (variable según tipo de heparina); especialmente si tratamiento simultáneo con AAS. b. Monitorización de la actividad anti-Xa en obesos e insuficiencia renal (utilidad discutida). c. Alto grado de sospecha diagnóstica para suspender la anticoagulación lo antes posible e indicar pruebas de imagen confirmatorias.

EA-46 UTILIDAD DEL ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA EN EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA CRÓNICA EN ANCIANOS PLURIPATOLÓGICOS

E. Coloma, S. Fernández, M. Navarro, F. Masanés, A. López-Soto y E. Sacanella

Unidad de Geriátria. Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. El diagnóstico de ferropenia puede ser difícil en ancianos pluripatológicos y en ocasiones requiere la evaluación del hierro medular para su confirmación. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la utilidad del hierro medular en la detección de ferropenia en ancianos pluripatológicos respecto a otros marcadores sanguíneos.

Material y métodos. Se incluyeron 60 pacientes ancianos pluripatológicos con anemia (criterios OMS) ingresados en el hospital. Se recogieron datos demográficos, diagnóstico de ingreso, antecedentes patológicos, tratamiento farmacológico y valoración geriátrica integral. Por otro lado se evaluaron marcadores hematológicos (parámetros clásicos, porcentaje de hematíes hipocromos y hemoglobina reticulocitaria) y bioquímicos (ferritina, transferrina, receptor soluble de transferrina) todos ellos útiles en el diagnóstico de ferropenia. Asimismo se realizó un aspirado de médula ósea para analizar su celularidad y los depósitos de hierro mediante la tinción de Perls que es el patrón oro para evaluar los depósitos de hierro.

Resultados. Se incluyeron 60 pacientes anémicos de edad media $82,3 \pm 7,3$ años, con un índice de Barthel pre-ingreso de $71,88 \pm 24,6$ puntos e índice de Charlson de $1,81 \pm 1,45$ puntos. Los diagnósticos más frecuentes al ingreso fueron: 1) Insuficiencia cardiaca, 2) EPOC, 3) Infección respiratoria, 4) Infección urinaria y 5) Anemia. La concentración plasmática media de hemoglobina Hb fue $9,4 \pm 1,3$ g/L y el volumen corpuscular medio (VCM) de $90 \pm 13,6$ fl; en el 80% de pacientes la anemia era normocítica normocrómica y en el 10% macrocítica; el 57% de los pacientes tenían insuficiencia renal ($FG < 60$ ml/min) El estudio de la médula ósea confirmó la ferropenia en el 43% del total pacientes y en el 45% se detectó patrón de bloqueo medular mientras que en el 12% restante el hierro medular fue normal. Según los marcadores periféricos, la ferropenia estaba presente en un porcentaje menor de pacientes: 25% (hematíes hipocromos), 21% (receptor soluble transferrina), 17% (hemoglobina reticulocitaria) 6% (ferritina) y < 5% (VCM y transferrina).

Discusión. La anemia es un proceso frecuente en ancianos pluripatológicos con importantes implicaciones pronósticas. En este grupo de población, la rentabilidad de los marcadores de ferropenia obtenidos de sangre periférica es menor y a menudo ofrecen resultados contradictorios debido a la coexistencia frecuente de procesos agudos o crónicos intercurrentes que pueden alterar la homeostasis del hierro. En este segmento de pacientes no deberían descartarse los beneficios que aporta el aspirado de médula ósea para confirmar o descartar la presencia de ferropenia, además, en un número no despreciable de pacientes se detectan diagnósticos alternativos previamente no conocidos.

Conclusiones. La ferropenia evaluada exclusivamente por parámetros de sangre periférica puede no diagnosticarse hasta en el 50% de ancianos pluripatológicos con anemia. El aspirado de médula ósea mejora la aproximación diagnóstica en este grupo de pacientes lo cual puede tener importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.

EA-48 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

S. Sánchez Giralte, L. García Serrano, A. Martínez Naharro, P. Mellado Delgado, C. Aranda López, P. García García, J. Doncel Vecino y J. Nogales Asensio

Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. Nuestro objetivo es analizar las características epidemiológicas y clínicas diferenciales en una muestra no seleccionada de pacientes (p) de edad igual o mayor a 75 años ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).

Material y métodos. Se analizaron 804 p con el diagnóstico de SCA: 249 p (31%) tenían edad > 75 años. Se comparó la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, variables clínicas y analíticas entre ambos grupos.

Resultados. Los p > 75 años tenían más prevalencia de HTA, enfermedad renal ($FG < 60$ ml/min, MDRD) y patología cardiovascular previa. Los niveles de C-LDL al ingreso fueron significativamente menores en este grupo probablemente debido a un mayor uso de tratamiento hipolipemiente previo (50,6% vs 37,6%; $p = 0,001$). Este

Tabla 1 (EA- 48). Características epidemiológicas diferenciales en p mayores de 75 años ingresados por SCA

	< 75 a	> 75 a	p
Sexo varón	437 (79%)	140 (56,5%)	< 0,001
DM	178 (32,2%)	93 (37,3%)	0,153
HTA	331 (59,9%)	193 (77,5%)	< 0,001
Hiperlipemia	262 (47,4%)	112 (45,12%)	0,529
Tabaco	251 (45,4%)	23 (9,2%)	< 0,001
Enfermedad cardiovascular previa	147 (26,6%)	112 (45,0%)	< 0,001
Insuficiencia renal al ingreso	72 (13,7%)	105 (43,6%)	< 0,001

Tabla 2 (EA- 48). Características clínicas y analíticas diferenciales en p mayores de 75 años ingresados por SCA

	< 75 años	> 75 años	p
SCA con elevación ST	287 (51,9%)	102 (41,0%)	0,004
Puntuación GRACE hospitalario	117,03 \pm 30,50	158,12 \pm 29,95	< 0,001
ICC durante ingreso	50 (9%)	52 (20,9%)	< 0,001
Coronariografía durante el ingreso	527 (95,3%)	197 (79,1%)	< 0,001
Enfermedad multivaso	250 (47,4%)	128 (65%)	< 0,001
Revascularización coronaria	437 (79%)	141 (56,6%)	< 0,001
Muerte hospitalaria	11 (2%)	15 (6%)	0,003

grupo presentó mayor incidencia de ICC, enfermedad multivaso y mortalidad hospitalaria. Sin embargo, en estos se realizó con mayor frecuencia un manejo conservador, con menor porcentaje de coronariografía y revascularización coronaria.

Conclusiones. Los $p > 75$ años con SCA tienen mayor morbimortalidad hospitalaria, sin embargo estos p se benefician en menor grado de un manejo invasivo, actitud con beneficio demostrado especialmente en otros grupos de p de alto riesgo. Dado el aumento de la expectativa de vida en la población, este manejo debería extenderse a los $p > 75$ años ingresados por SCA.

EA-49 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON IOCA ENTRE 1996 Y 2008 EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

B. Muñoz González, S. Capell y E. Llargués

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers (Barcelona).

Objetivos. Estudiar las características de los exitus con insuficiencia orgánica crónica avanzada (IOCA) entre 1996 y 2008.

Material y métodos. Se revisó la base de datos CMBD desde 1996 al 2008, dividida en dos periodos porque en el 2003 cambió la estructura informática (CMBD "1": 1996-2002 y CMBD "2": 2003-2008).

Resultados. Hay 34.351 pacientes, 1.554 exitus, con un índice de mortalidad global de 4,52% (1: 5,01%, 2: 4,05%), con edad media respectiva de 1: 69,59 años; 2: 72,13 años. Las principales causas de muerte fueron: cardiovasculares: 435 pacientes (1: 222 (24,97%); 2: 213 (30,17%)), oncológicas: 400 pacientes (1: 260 (29,25%); 2: 140 (19,83%)) y neumológicas: 328 pacientes (1: 158 (17,77%); 2: 170 (24,08%)). Hubieron 378 pacientes con IOCA (1: 225 casos (26,52% del total de exitus); 2: 153 (21,6%)) con edad media 74,68 años (1: 74,95; 2: 74,41). La distribución fue: insuficiencia cardiaca: 198 casos (1: 103 casos (45,3%); 2: 95 casos (62%)), EPOC: 105 casos (1: 77 casos (34,2%); 2: 28 casos (18%)) e insuficiencia hepática (IH): 75 casos (1: 45 casos (20%); 2: 30 casos (19%)) (tabla).

Discusión. Por las características de nuestro hospital (servicio de nefrología y geriatría externos), no hemos estudiado los pacientes que fallecen por insuficiencia renal terminal y enfermedades neurodegenerativas. El resto fueron estudiados a raíz de la codificación de ICC, EPOC e IH dentro de los 3 primeros diagnósticos de muerte. Al estudiar las causas principales de muerte apreciamos una disminución de 10 puntos del número de casos de oncología, lo que relacionamos directamente con la inauguración en nuestro hospital de la unidad de cuidados paliativos en el año 2000. Esta inauguración, en cambio, no supuso una disminución comparable de los pacientes con IOCA.

Conclusiones. Los pacientes con IOCA, que suponen un 26 y 21% de todos los exitus, son fundamentalmente hombres, más ancianos y con insuficiencia cardiaca como principal diagnóstico, seguido por EPOC y en tercer lugar la IH (cuyos pacientes son más jóvenes y fundamentalmente hombres). La disminución porcentual que apreciamos en el segundo periodo se relaciona con un menor porcentaje de pacientes con EPOC.

EA-51 SEGURIDAD Y EFICACIA DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN ANCIANOS CON FRACASO RESPIRATORIO AGUDO

V. Cano Llorente¹, P. Toledano Sierra¹, T. Núñez Gómez-Álvarez¹, E. Sánchez Maganto¹, M. Martín-Toledano Lucas¹, M. Díaz Sotero¹, A. Alguacil Muñoz¹ y R. Hidalgo Carvajal²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. Estudio descriptivo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes mayores de 75 años que han precisado ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por fracaso respiratorio agudo (FRA), ingresados en los Servicios de Medicina Interna y Neumología.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de historias clínicas de los pacientes mayores de 75 años que han precisado VMNI por fracaso respiratorio agudo ingresados entre el 01/10/10 y el 30/03/2011.

Resultados. Se incluyen 37 pacientes con FRA, mayores de 75 años (edad media $81 \pm 3,7$ años); 26 mujeres (70,3%) y 11 hombres (29,7%). El 59,5% eran obesos. El índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad fue superior a 5 en el 83,7% de los casos (31). 25 (67,6%) recibían oxigenoterapia crónica (OCD). El 18,9% (7) sufrían EPOC, y el 16,2% (6) presentaban otras alteraciones pulmonares. 24,3% tenían SAHS diagnosticado, solo 3 en tratamiento. El 70,3% habían estado ingresados en los 12 meses previos. Se estableció la VMNI como techo terapéutico en todos. La saturación basal media al ingreso fue 81,3%. El 43% presentaba encefalopatía hiper-cápnica al menos grado II. El pH inicial era $7,28 (\pm 0,09)$; la pO_2 media, 62 mmHg (± 29) y la PCO_2 media de 79 mmHg (± 26). Al cabo de 1 hora, el pH medio fue $7,35 (\pm 0,10)$; la pO_2 media 72 mmHg (± 20); y la pCO_2 media 66 mmHg (± 19). Se produjo mejoría analítica (aumento del pH, de la pO_2 o disminución de pCO_2) en el 75,6% y clínica (trabajo respiratorio), en 35 (94,5%). Dos precisaron retirada precoz por intolerancia. 9 pacientes fallecieron (24,3%). A 14 se les retiró por intolerancia o falta de mejoría, estando todos los fallecidos en este grupo. La estancia media de los pacientes fue 14 d ($\pm 10,4$). En 4 casos (10,8%) se inició la VMNI tardíamente por FRA secundario a complicación intrahospitalaria, falleciendo todos (45% de los fallecidos). El índice de Charlson no era mayor en los fallecidos (media 7,4), si bien sí presentaban patologías cardiacas o respiratorias más evolucionadas (no puntuables). Al alta, se mantuvo la VMNI en 16 pacientes (57%) y oxigenoterapia en 24 (85%). 28% (8) reingresaron en los siguientes 3 meses.

Discusión. La patología cardiopulmonar crónica, más frecuente en enfermos de edad avanzada, conlleva un alto riesgo de fracaso respiratorio agudo. Además, los ancianos tienden a recibir un tratamiento menos invasivo y costoso. La VMNI puede constituir una alternativa eficaz en casos seleccionados. Existen pocos estudios que demuestren la validez de la VMNI en estos pacientes. En nuestro estudio hemos observado una buena tolerancia a la VMNI, sin apenas efectos secundarios. La estancia media no disminuye por la necesidad de continuar otros tratamientos sistémicos. La mortalidad en nuestro grupo es similar a la de otros estudios. Los 9 fallecidos presentaban una patología cardiorespiratoria más evolucionada

Tabla 1 (EA-49). Mortalidad en pacientes con IOCA

Causa principal de muerte	Número de pacientes (1: 1996-2002; 2: 2003-2008)	Edad media (años) (1: 1996-2002; 2: 2003-2008)
Insuficiencia cardiaca	1: 103 (45,3%) 2: 95 (62%)	1: 76,99 (DE: 8,76) 2: 78,8 (7,42)
EPOC	1: 77 (34,2%) 2: 28 (18%)	1: 76,75 (7,91) 2: 74 (8,20)
Insuficiencia hepática	1: 45 (20%) 2: 30 (19%)	1: 67,31 (12,31) 2: 61,33 (10,95)
Total (% del total de exitus)	1: 225 (26,5%) 2: 153 (21,6%)	1: 74,95 2: 74,41

con respecto al resto de pacientes, siendo pacientes con peor situación basal. Además, en casi la mitad de ellos la necesidad de VMNI se estableció varios días después del ingreso, por empeoramiento a pesar de tratamiento optimizado. En aquellos pacientes en los que se inició precozmente la VMNI y se mantuvo, la mejoría clínica se produjo en un 100%, y gasométrica en el 75%, como en el resto de series publicadas, lo que indica el beneficio que supone este tratamiento. La intolerancia a la VMNI suele ser debida a problemas con la mascarilla, fácilmente solucionables.

Conclusiones. La VMNI es una opción segura en pacientes ancianos seleccionados con FRA secundario a reagudización de patología pulmonar o cardiaca, con aceptable grado de tolerancia. Hasta la fecha, la utilización de VMNI en ancianos sigue sin estar incluida en las recomendaciones de primera línea a pesar de los estudios publicados. Se deberían realizar estudios estandarizados más amplios para intentar demostrar los beneficios de este tratamiento en pacientes ancianos.

EA-53

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Donate, S. Fernández, E. Sacanella, M. Navarro, J. Grau, A. López-Soto y F. Masanés

Unidad de Geriatria de Agudos. Servicio de Medicina Interna.. Hospital Clinic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Las unidades de geriatría de agudos (UGA) presentan unas tasas de mortalidad algo superiores al resto de unidades de hospitalización convencional dadas las particularidades de sus pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar las principales características clínicas asociadas a la mortalidad en una UGA.

Material y métodos. Se valoraron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes fallecidos en la UGA de nuestro hospital durante un periodo de un año (mayo 2010-abril 2011). Se recogieron datos demográficos, motivo de ingreso, y número de ingresos y consultas a urgencias durante los 6 meses previos al ingreso actual. También se documentó si constaba en la historia clínica la orden de no reanimación, su consenso previo con el paciente y/o familiares, la administración de tratamiento sintomático y la realización de estudio necrópsico.

Resultados. Durante el periodo de estudio fallecieron un total de 86 pacientes (tasa de mortalidad del 13,71%). Las características demográficas de los fallecidos no presentaron diferencias significativas ($p = 0,5$) respecto a las del global de pacientes ingresados en la unidad. Edad media de $88,6 \pm 6,3$ años, 37% varones y 63% mujeres, estancia media de $11,75 \pm 9,2$ días. En el 90% de los pacientes la causa del fallecimiento fue la misma que motivó el ingreso, en 2 casos fue debido a complicaciones intrahospitalarias (embolia pulmonar y neumonía) y en los otros 5 casos por complicaciones no relacionadas con el motivo de ingreso. El diagnóstico de admisión fue: enfermedad respiratoria (38,3%), cardiovascular (23,2%), infecciosa (22,1%) y otras (16,4%). En solo dos pacientes el motivo de ingreso fue patología neoplásica. Tres pacientes fallecieron durante las primeras 24 horas del ingreso. Un 37% de los pacientes fallecidos habían requerido ingresos durante los 6 meses previos y/o habían sido visitados en urgencias en un 56% de casos. Mayoritariamente (97%) constaba en la historia la orden de no reanimación de forma consensuada con la familia y recibieron tratamiento sintomático en la fase final un 67% de los fallecidos. Solo se realizó un estudio necrópsico.

Discusión. La tasa de mortalidad en una UGA es algo superior a la de otras unidades convencionales probablemente debido a las características intrínsecas de los pacientes que ingresan (edad avanzada y comorbilidad). Las principales causas de mortalidad son la patología cardiopulmonar y las infecciones, relacionadas con el motivo del ingreso, siendo poco frecuente la patología neoplásica. Es

frecuente que los pacientes fallecidos hayan requerido ingresos y/o consultado al servicio de urgencias con anterioridad. Los equipos asistenciales de estas unidades presentan un alto grado de conocimiento y concienciación sobre el proceso de final de la vida, hecho que se correlaciona con el grado de implantación de la orden de no reanimación y la administración de tratamiento sintomático en la fase final del proceso.

Conclusiones. La mortalidad en nuestra UGA presenta algunas características diferenciales como son: elevada tasa de mortalidad y diferente patrón de enfermedades desencadenantes (elevada prevalencia de enfermedades crónicas y baja de enfermedad neoplásica). Se observa una elevada implantación de medidas encaminadas a la atención del proceso de final de vida (órdenes de no reanimación consensuadas con el paciente y/o la familia y administración de tratamiento sintomático). Consideramos que ello es debido al progresivo proceso de aprendizaje realizado por los profesionales implicados en la asistencia de estas unidades a lo largo de los últimos años y su alto grado de sensibilización hacia este proceso.

EA-54

ANÁLISIS DE LOS INGRESOS GENERADOS POR PACIENTES PERTENECIENTES AL PROGRAMA PECA DURANTE UN SEMESTRE

B. Escolano Fernández, F. Pérez Rojas, C. Barrasa Rodríguez, T. Bellver Álvarez, J. Casado García, R. Pacheco Cuadros, M. Ulla Anes y B. Viña Carregal

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

Objetivos. Describir las características de los ingresos que generan un grupo de pacientes con enfermedad crónica avanzada en un Hospital de apoyo.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes pertenecientes al programa PECA que ingresan desde enero a mayo de 2011. Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, exitus, nº de ingresos en H. Infanta Leonor, nº de ingresos en H. Virgen de la Torre, visitas a urgencias y revisiones en hospital de día. Criterios de inclusión en el programa, valoración funcional en el momento de la inclusión y en los ingresos, procedencia, polifarmacia (> 5 fármacos), diagnósticos al alta y documentación microbiológica.

Resultados. Se analizaron 61 pacientes, 20 hombres y 41 mujeres, con edad media de 84 años. Los criterios de inclusión en el programa son: 36 por patología neurológica degenerativa, 11 con enfermedad cardiaca crónica, 10 con patología pulmonar crónica, 2 con enfermedad renal crónica no dializable y 2 por otras causas. La valoración funcional en el momento de ingresar en el programa fue de Barthel 20 y Pfeiffer 6 y en los últimos ingresos Barthel 15 y Pfeiffer 7. Proceden de domicilio 44 pacientes y 17 de residencia. Fallecieron 16 pacientes. Con polifarmacia 57 pacientes. Generaron 2 ingresos de media en nuestro hospital, 0 ingresos en el Hospital Infanta Leonor y altas desde urgencias y 0,5 visitas al Hospital de día. Entre los diagnósticos más frecuentes al alta nos encontramos con: 28 pacientes con infección del tracto urinario e infección respiratoria, 25 con insuficiencia cardiaca, 15 con anemia, 13 con neumonía, 12 con insuficiencia renal, deshidratación, estreñimiento pertinaz, reagudización de EPOC y neumonía broncoaspirativa, 9 con insuficiencia respiratoria, 5 con desnutrición y diarrea, 3 con síndrome coronario y confusional agudo, 2 con diabetes mellitus descompensada y úlceras por presión y 1 por rectorragia, infección de herida quirúrgica e ictus. La documentación microbiológica en pacientes que ingresan por problemas infecciosos es variada: en hemocultivos se observa un paciente con *Enterococo faecalis* y *staphilococo coagulasa negativo*, en urocultivos: 4 pacientes con *E. coli* y *E. coli BLEE*, 3 con *Pseudomona*, 2 con *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, 1 con *Morganella morgagni*, *Enterococo faecium*,

Enterococo avium, Enterococo faecalis, en esputo: 2 con Pseudomona y MARSAs, 1 con Candida albicans, Streptococo agalactiae, Staphilococo aureus meticilin sensible, E. coli, Klebsiella pneumonia y Moraxella catarralis y Pseudomona y proteus vulgaris en herida quirúrgica.

Discusión. El Programa PECA del Hospital Virgen de la Torre está destinado a pacientes con enfermedad crónica avanzada, la creación de este programa viene dado tras observar las diferentes necesidades asistenciales que precisan y la mala adaptación a los circuitos asistenciales habituales. En el presente estudio se observa el progresivo deterioro funcional y cognitivo que presentan este tipo de pacientes según aumenta el número de ingresos y la variada presentación microbiológica en las distintas muestras clínicas y poco habituales en la población adulta. La polimedicación constituye un serio problema potencial de salud.

Conclusiones. Los pacientes con enfermedad crónica avanzada presentan una gran morbilidad, variabilidad clínica y microbiológica. Estos programas suponen una descarga de ingresos en un hospital de agudos si se gestionan adecuadamente a través de hospitales de apoyo.

EA-55

TENDENCIA EN EL LUGAR DONDE SE PRODUCEN LOS EXITUS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

I. González Sayago¹, C. Nadal², I. Salaberry³, Y. Rodríguez⁴ y J. Forteza-Rey¹

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Atención al paciente, ⁴Unidad Enfermería Pluripatológicos. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). ²Unidad de Paliativos. Hospital Joan March. Bunyola (Illes Balears).

Objetivos. 1) Analizar en un período de 10 años si se han producido cambios en que se servicios se atiende la fase final de la vida en un hospital de agudos de alta tecnología. 2) Valorar las variables asociadas a los cambios observados.

Material y métodos. Se solicitó al servicio de codificación del hospital universitario Son Dureta-Son Espases el CMBD en soporte magnético de las altas producidas entre los años 2000 y 2010. Se utilizó el paquete SPSS V18 para el análisis de los datos, utilizando como variable principal el diagnóstico al alta de exitus. Las variables analizadas asociadas a la principal fueron: servicio último que atendió al exitus, edad, sexo, tiempo transcurrido desde el ingreso al alta.

Resultados. Se analizaron los ingresos del período 2000-2010 en un hospital de referencia y alta tecnología que atiende además a su área correspondiente como hospital de segundo nivel. De los 326.124 ingresos al alta fueron exitus 10.002 (3%). El 23,5% se produjeron en las primeras 48h y el 35,8% en los 4 primeros días. El 20% se produjeron en la UCI, 17,7% en Medicina Interna y el 16,6% en Oncología. El resto de servicios (45%) ninguno superó el 6% del total. Un 60,6% eran varones. Al analizar la tendencia se observa una clara redistribución de los mismos en el sentido de que en el año 2010, el servicio de Medicina Interna lideró el diagnóstico al alta de exitus con un 26%, seguido de oncología e Intensivos. Los otros servicios en total representaron el 30%. En cuanto a la edad, el 82% de los 170 exitus (MI-ONCO-MIV) en mayores de 80 años, se atribuyeron a Medicina Interna.

Discusión. En un trabajo publicado recientemente en Rev Clin Esp se analizaba donde se produjeron las muertes en el año 2009 en Andalucía. Un 61% se produjeron en los hospitales, un 31% en domicilio y un 8% en residencias. No es motivo de esta comunicación hacer una valoración antropológica del cambio que se ha producido en el escenario del final de la vida en las sociedades “desarrolladas” sino averiguar qué está ocurriendo en nuestros hospitales en el entorno de la muerte. Las limitaciones de nuestro estudio son varias, no sabemos cuántos enfermos adscritos a un servicio murie-

ron en el servicio de urgencias después de las primeras 24h, si el médico que los atendió diagnóstico “fase agónica”, si en las áreas de hospitalización convencional estuvieron en habitaciones individuales con sus familiares y en cuantos figuraba la sugerencia de NO RCP o limitación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones. En nuestro hospital, el Servicio de Medicina Interna actualmente es el que atiende más pacientes en la fase final de la vida, bien porque las otras especialidades no se ven capacitadas para atender esta situación, bien porque el envejecimiento requiere habilidades propias de un especialista con “visión global de la persona enferma”. Es conocido que los dispositivos para enfermos paliativos en nuestro país se orientaron a los enfermos oncológicos con niveles de atención y cuidado excelente, pero el envejecimiento y la cronicidad han creado una nueva necesidad que estamos cubriendo en gran medida los internistas (ni que decir que desde siempre lo ha hecho la enfermería en cualquier área de hospitalización). Debemos formarnos mejor en este campo y crear grupos de trabajo en la SEMI que compartan conocimiento con quienes ya tienen experiencia (unidades de cuidados paliativos, enfermería experta) para atender mejor esta etapa final de enfermar. Al mismo tiempo huir de la “modernidad” que pretende hacer especialistas en todo, también en la muerte, para recuperar lo que nos enseñaron nuestros maestros: ser médicos.

EA-56

DIMENSIÓN SOCIOFAMILIAR DE UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS. PROYECTO PALIAR

S. Sanz Baena, B. Barón Franco, L. Pérez Belmonte, L. Moreno Gaviño, J. Galindo Ocaña, P. Macías Mir y D. Camacho González, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.

Objetivos. Conocer las características del entorno sociofamiliar de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

Material y métodos. Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, en seguimiento en consultas o en seguimiento domiciliario durante los meses de febrero de 2009 a septiembre de 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones clínicas: Insuficiencia cardíaca con disnea basal grado \geq III de la NYHA; insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal \geq III de la MRC y/o $\text{satO}_2 < 90\%$ y/o oxigenoterapia domiciliaria; insuficiencia renal crónica en estadio 4 o 5 (tasa de filtrado glomerular calculada < 30 mL/min, o bien creatininemias basales ≥ 3 mg/dL); hepatopatía crónica con datos clínicos \pm analíticos \pm endoscópicos \pm ecográficos de hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular (puntuación en la escala Child-Pugh > 7), enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo establecido (E. Pfeiffer con 7 o más errores y/o MEC con ≤ 18 puntos) y/o deterioro funcional para las ABVD establecido (Índice de Barthel < 60 puntos). Se analizaron las características sociales (domicilio, presencia de cuidador, ayudas recibidas en programas de salud específicos, apoyo por la Ley de la Dependencia), y los factores asociados a la ausencia de cuidador y a la ausencia de ayudas.

Resultados. Se incluyeron un total de 1.847 pacientes procedentes de 41 hospitales. La edad media de los pacientes fue de $78,74 \pm 10$ años, siendo el 51% de ellos varones. El lugar de residencia más frecuente fue el domicilio particular en 1.611 (87,2%), seguido de instituciones sanitarias en 227 (12,3%). El 86,95% de los pacientes tenían un cuidador principal aunque solo lo requerían 1.448 (78,4%); de estos 1.448, el 96% lo tenía. Respecto a las características del

cuidador, en el 84% de los casos eran mujeres, fundamentalmente hijos (35,4%) y cónyuges (23,3%). De ellos el 60% se dedicaba al cuidado del paciente a tiempo completo. Del total de cuidador@s 755 (el 68%) necesitaba ayuda suplementaria; para esta ayuda 400 (el 53%) se apoyaban en familiares y 211 (28%) en personal contratado. Solo 150 pacientes (8,1%) estaban incluidos en programas de cuidados paliativos; 52 (2,8%) recibía apoyo psicológico especializado, y 194 de ellos (10,5%) recibían apoyo espiritual. Un total de 211 familias (11,4%) estaban incluidos en programas de ayuda al cuidador, y 408 (el 22,1%) recibían apoyo efectivo por parte de la Ley de Dependencia. Los factores asociados de forma independiente a la ausencia de cuidador fueron una mayor edad (OR = 1,033 [1,01-1,56]; $p = 0,004$), padecer insuficiencia cardíaca (OR = 1,61 [1,06-2,45]; $p = 0,026$), insuficiencia respiratoria (OR = 1,9 [1,17-3,08]; $p = 0,01$), insuficiencia renal crónica (OR = 1,7 [1,01-2,8]; $p = 0,047$), y mayor dependencia para las ABVD definida por un Í. Barthel más bajo (OR = 1,1 [1,06-1,04]; $p < 0,0001$). Aquéllos asociados tener apoyo por la Ley de la Dependencia fueron la enfermedad cerebrovascular (OR = 1,5 [1,3-2]; $p = 0,006$), el deterioro cognitivo moderado-severo (OR = 1,8 [1,2-2,5]; $p = 0,002$), la poliartritis (OR = 1,5 [1,1-2,1]; $p = 0,01$), el presentar disnea avanzada de la NYHA y/o MRC (OR = 2,5 [1,4-4,2]; $p = 0,0001$), y la mayor dependencia para las ABVD definida por un Í. Barthel más bajo (OR = 1,013 [1,001-1,02]; $p < 0,0001$).

Conclusiones. En esta muestra de pacientes con enfermedades médicas avanzadas el cuidado queda fundamentalmente a expensas de sus propios recursos, siendo administrado por hij@s y espos@s, fundamentalmente en el propio domicilio familiar, y con un escaso apoyo institucional y social a cuidador@s y pacientes.

EA-57

PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS DE 41 HOSPITALES ESPAÑOLES

A. Alemán Lorenzo, M. Bernabeu Wittel, B. Massa, M. Maíz-Jiménez, N. Ramírez-Duque y A. Mora-Rufete, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.

Objetivos. Analizar el perfil de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

Material y métodos. Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal \geq III MRC y/o $\text{satO}_2 < 90\%$ y/o O_2 domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh > 7 ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer > 6 y/o MEC ≤ 18 y/o Barthel < 60) (EN). Se analizaron las características de prescripción farmacológica y los factores asociados a la polifarmacia (≥ 5 fármacos), y a la presencia de errores autorreferidos en las tomas.

Resultados. La prevalencia de polifarmacia en los 1847 pacientes incluidos fue 86% (8,1 \pm 3,5 fármacos y 9,1 \pm 5 comprimidos por paciente). El 31,3% tomaba ≥ 10 fármacos. Por grupo, los fármacos más prescritos fueron antihipertensivos (1.514 pacientes (82,6%)), gastroprotectores (1.363, 73,8%), antiagregantes/anticoagulantes (1.298, 70,3%), fármacos psicotrópicos (956, 51,8%), broncodilatadores inhalados (775; 42%) y analgésicos (674, 36,5%). Individualmente, los más prescritos fueron omeprazol (73,8%), diuréticos (70,3%),

IECAS/ARAI (58,7%), AAS (44%), anticolinérgicos inhalados (39,4%), beta 2 adrenérgicos inhalados (36,5%), y analgésicos de primer escalón (35,7%). Destacar por su escasa prescripción los analgésicos de 2º (5,7%) y 3er escalón (8,1%), antidepresivos (16,2%), anticolinérgicos (5,7%), neurolépticos (21,2%) y betabloqueantes (26,69%). El 45,6% había recibido un ciclo de antibioterapia en los 3 meses previos, siendo los más utilizados las quinolonas (450 pacientes (24,4%)), seguidos de penicilinas (365, 19,8%) y cefalosporinas (260, 14,1%). Respecto a la adherencia al tratamiento el 51,8% de los pacientes no cometía ningún error en la toma, el 38,6% lo cometían ocasionalmente y el 9,6% casi diariamente o siempre. Los factores asociados de forma independiente a la polifarmacia fueron la pluripatología (OR = 1,6 [1,1-2,4]; $p = 0,01$), la hipertensión (OR = 2 [1,4-3]; $p < 0,0001$), la diabetes (OR = 1,8 [1,2-2,6]; $p = 0,004$), la disnea severa (OR = 2,1 [1,3-3,6]; $p = 0,004$), el dolor crónico (OR = 2,7 [1,4-5,1]; $p < 0,003$), un pobre performance de la ECOG (OR = 3,9 [1,2-12,6]; $p = 0,026$), y la ausencia de EN (OR = 2 [1,2-3,4]; $p = 0,006$). Aquéllos asociados de forma independiente a la presencia de errores en la toma fueron requerir cuidador (OR = 1,6 [1,2-2,2]; $p = 0,006$), una mayor carga de comorbilidad por el índice Charlson ((OR = 1,14 [1,07-1,22]; $p < 0,0001$), la anorexia (OR = 1,36 [1,001-1,8]; $p = 0,046$), y la ausencia de EN (OR = 1,84 [1,4-2,4]; $p < 0,0001$).

Conclusiones. La prevalencia de polifarmacia en estos pacientes con enfermedades médicas avanzadas es elevada, así como los errores autorreferidos en la toma de la medicación. El perfil prescriptor en general sigue centrado en un abordaje etiopatogénico y en menor medida en un abordaje sintomático.

EA-58

CATEGORIZACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PALIAR

D. Nieto Martín, P. Sánchez López, J. López-Sáez, M. Bayón Sayago, F. Díez, F. Masanés y C. Ramos-Cantos, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.

Objetivos. Conocer la prevalencia de situación terminal catalogada por el clínico a cargo, así como los factores asociados, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

Material y métodos. Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal \geq III MRC y/o $\text{satO}_2 < 90\%$ y/o O_2 domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh > 7 ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer > 6 y/o MEC ≤ 18 y/o Barthel < 60) (EN). Se analizó la prevalencia de pacientes en situaciones catalogadas como de terminalidad según los criterios de la National Hospice Foundation (NHO), y según el Palliative Prognostic Index (PPI) (> 4 puntos; y un segundo punto de corte > 6 puntos), su grado de concordancia para el mismo observador, así como los factores asociados a ser catalogado en estadio terminal por los criterios NHO.

Resultados. De los 1.847 pacientes incluidos 899 (49%) presentaba criterios de terminalidad de la NHO. La mediana de la puntuación en la escala PPI fue 4,5 (rango intercuartil = 4,5). El 50,3%/44,4% de los pacientes presentaron criterios de terminalidad

para el punto de corte $> 4 / > 6$ puntos, respectivamente. La concordancia entre los dos instrumentos para un mismo observador obtuvo un índice kappa = 0,446 (0,40-0,48) para un punto de corte del PPI > 4 puntos y un valor de 0,385 (0,34-0,43) para un punto de corte del PPI > 6 puntos. Los factores asociados de forma independiente a la catalogación de terminalidad por NHO fueron la edad (OR = 1,05 [1,02-1,06]; $p < 0,0001$), la hepatopatía como condición de inclusión (OR = 3 [1,5-6,3]; $p = 0,003$), la diabetes (OR = 1,4 [1,02-1,9]; $p = 0,035$), la presencia de delirium (OR = 1,9 [1,2-2,9]; $p = 0,004$), astenia (OR = 1,6 [1,03-2,5]; $p = 0,037$), anorexia (OR = 1,8 [1,1-2,9]; $p = 0,023$), la disnea severa (OR = 1,8 [1,2-2,7]; $p = 0,002$), y una pobre situación funcional por el í. Barthel (OR = 1,04 [1,02-1,05]; $p < 0,0001$).

Conclusiones. Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR se catalogaron por su clínico en estadio terminal. Los dos instrumentos de catalogación analizados obtuvieron una concordancia intraobservador pobre.

EA-59

VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS. ¿ÍNDICE DE BARTHEL, ECOG-PS O PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE?

C. Hernández Quiles, J. Praena Segovia, J. Murcia-Zaragoza, B. Escolano Fernández, G. Jarava Rol, D. Mendoza Giraldo y G. Ternavasio, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.

Objetivos. Determinar la situación funcional para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante el índice de Barthel (IB), el performance status mediante el ECOG-PS, y el PPS, y explorar la concordancia entre estos tres instrumentos, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

Material y métodos. Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal \geq III MRC y/o satO₂ $<$ 90% y/o O₂ domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh $>$ 7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer $>$ 6 y/o MEC \leq 18 y/o Barthel $<$ 60) (EN). Se consignó el IB, ECOG-PS y PPS, así como la concordancia entre estas tres escalas mediante el coeficiente de correlación intraclase (IB y PPS), y el índice kappa (categorizando el IB $<$ 35, el PPS $<$ 50, y ECOG-PS \geq 3).

Resultados. La mediana del IB y PPS de los 1847 pacientes incluidos fue 35 [RIC = 70], y 50 [RIC = 30], respectivamente. Un 49% de ellos presentaba dependencia grave o total (IB $<$ 35), y un 46,8% pasaba la mayor parte del tiempo en la cama (PPS $<$ 50). Con respecto al ECOG-PS solo un 23% estaba en situación clínica 0-1, mientras que un 40% estaba en situación 3-4 (más del 50% del día en la cama o completamente encamado). El coeficiente de correlación intraclase entre el IB y el PPS fue 0,685 (0,635-0,727; $p < 0,0001$) para medidas individuales y 0,813 (0,777-0,842; $p < 0,0001$) para medidas promedio. El índice de concordancia kappa categorizando las escalas fue 0,681 (0,647-0,715; $p < 0,0001$) entre el IB y el PPS, 0,653 (0,617-0,689; $p < 0,0001$) entre el IB y el ECOG-PS, y 0,745 (0,713-0,777; $p < 0,0001$) entre el PPS y el ECOG-PS.

Conclusiones. Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades médicas avanzadas incluidos en el proyecto PALIAR presentaban dependencia grave-total y/o precisaban encamamiento la mayor parte del tiempo. La concordancia entre los tres instrumentos fue aceptable-buena.

EA-60

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

M. Oliver, J. Díez-Manglano, S. Sanz Baena, P. González-Ruano, J. García García, R. Castillo Rubio y M. Loring, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.

Objetivos. Conocer la mortalidad a los 180 días de seguimiento y los factores asociados a la misma, de los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal \geq III MRC y/o satO₂ $<$ 90% y/o O₂ domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh $>$ 7; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer $>$ 6 y/o MEC \leq 18 y/o Barthel $<$ 60) (EN). Se analizó la incidencia acumulada de fallecimientos durante los 180 días de seguimiento así como los factores asociados de forma independiente (utilizando la regresión logística multivariante paso a paso hacia atrás del paquete estadístico SPSS 19.0).

Resultados. De los 1.847 pacientes incluidos, finalizaron el seguimiento 1.788 (96,8%). La mortalidad durante los 180 días de seguimiento ascendió al 37,5% (N = 669; supervivencia media = 154 días); estando esta relacionada con la(s) enfermedad(es) de inclusión en 625 (93,4%) pacientes. Las muertes se produjeron principalmente en hospitales de agudos en el 59%, seguido del domicilio familiar (22,5%), hospitales de larga estancia (11,5%), y residencias de cuidados (7%). Se realizó seguimiento domiciliario en el 75% (n = 503) de los pacientes que fallecieron (en 188 (37,4%) por parte de Atención Hospitalaria, en 163 por parte de Atención Primaria (32,5%), en 89 por ambos y en 63 por otras instancias). Los factores asociados a la mortalidad de forma independiente fueron una mayor edad (RR = 1,034 (1,018-1,049; $p < 0,0001$), la insuficiencia renal crónica (RR = 1,69 (1,2-2,3; $p = 0,002$), la inclusión por hepatopatía avanzada (RR = 2,1 (1,2-3,8; $p = 0,009$), la arteriopatía periférica (RR = 1,66 (1,05-2,6; $p = 0,03$), la presencia de úlceras por presión (RR = 1,5 (1,08-2,2; $p = 0,045$), niveles bajos de colesterol total (RR = 1,004 (1,001-1,009; $p = 0,022$), una menor puntuación en el Palliative Performance Scale (RR = 1,02 (1,01-1,03; $p < 0,0001$), una mayor puntuación en el Palliative Prognostic Index (RR = 1,13 (1,08-1,19; $p < 0,0001$), y un mayor número de ingresos en los 3 últimos meses (RR = 1,034 (1,018-1,049; $p < 0,0001$).

Conclusiones. Más de un tercio de los pacientes incluidos en el proyecto PALIAR fallecieron durante los 6 meses de seguimiento. Los factores que más se asociaron a la mortalidad estuvieron relacionados principalmente con la edad, algunas enfermedades crónicas (renales, hepáticas y vasculares), una peor funcionalidad-performance, y mayores necesidades de hospitalización en meses previos.

EA-61 VALORACIÓN DEL PACIENTE NONAGENARIO INGRESADO. PREDICTORES DE ESTANCIA, MORTALIDAD Y REINGRESO

V. Isern, R. Quintilla, C. Espinosa, C. Carrera, Y. Núñez,
C. Sabbagh, C. Sala y R. Godoy

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-
Consorci Sanitari Integral. Barcelona.*

Objetivos. Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes nonagenarios que ingresan en Medicina Interna de un Hospital Comarcal. Explorar los predictores de estancia mayor a 7 días, mortalidad hospitalaria y reingreso o muerte a los 6 meses de la valoración.

Material y métodos. Se revisaron las historias informatizadas de los pacientes mayores a 90 años ingresados en Medicina Interna entre el 1/01/10 y el 31/12/10. Se recogió información referente a ingresos previos, comorbilidad, tratamiento, motivo de ingreso, parámetros de laboratorio, frotis nasal (MRSA) en paciente institucionalizado, variables socio-funcionales e incidencias durante el ingreso incluida la muerte. Se registraron los reingresos y el exitus en los 6 meses posteriores al alta. Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico STATA 7.

Resultados. Se incluyeron 183 pacientes de más de 90 años, 125 (31,7%) mujeres (M) y 58 (68,3%) hombres (H) con una edad media de 93,31 (DE \pm 2,02) años. El 15,3% (28) y 64,5% (118) de los pacientes había ingresado los 3 y los 12 meses previos. Una cuarta parte (46) estaba institucionalizada y el resto vivía en domicilio (17 solos, < 10%). Más de la mitad (55,8%) tenía un IB < 60, y se registró deterioro de FFSS en el 45,3%. Aproximadamente, 1/3 (57) presentaba alteración del nivel de consciencia al ingreso, 1/4 (42) tenía trastorno de la deglución, 43,2% algún déficit sensitivo y un 61% eran incontinentes (70,3% H vs 38,8% M, $p < 0,001$). Seis pacientes (3,3%) ingresaron con úlcera por presión (UPP). Los pacientes institucionalizados tenían IB más bajo (79% vs 47%, $p = 0,001$), más deterioro de FFSS (74% vs 35%, $p < 0,001$) y más incontinencia (75,5% vs 54,6%, $p = 0,005$); > 25% (12) estaban colonizados por MRSA y 3 hicieron descontaminación. El 86,9% tenía ≥ 1 enfermedad crónica (Charlson medio de 2,47, DE \pm 1,81), siendo las más frecuentes: HTA (75,4%), ICC (35,4%; 39,2%M vs 24,1%H, $p = 0,046$), demencia (32,6%) e IRC (31,4%). El promedio de fármacos por paciente fue de 6,75 (DE \pm 3,50). Los 3 motivos de consulta más reportados fueron disnea (52,5%), fiebre (15,3%) y MEG (10%). La ICC fue el diagnóstico principal (30,3%), seguido por las infecciones respiratorias (17,1%) y la neumonía (16%) (40% aspirativas). En 17 pacientes (9,7%), el ingreso se atribuyó a yatrogenia farmacológica. La analítica al ingreso mostró Hb media de 11,6 g/dL (DE \pm 2,21), FG < 50 ml/min/1,73 m² en 37,4% (52/139), albúmina < 30 mg/dl en 69,5% (57/82), y Na⁺/K⁺ fuera de rango en 27,6% (48/174). La incidencia hospitalaria más frecuente fue el síndrome confusional (SCA) (29%), registrándose RAO, flebitis o UPP de novo en 7,1%. La estancia media fue de 8,67 días (DE \pm 6,70; rango 1-44). Estancias mayores a 1 semana se asociaron a Charlson > 2 ($p = 0,018$), IRC ($p = 0,013$), vivir en domicilio ($p = 0,017$), la descontaminación MRSA ($p = 0,018$), las incidencias hospitalarias (SCA, $p = 0,023$; UPP-flebitis-RAO, $p = 0,013$; infección nosocomial, $p = 0,003$) y la derivación a centro sociosanitario (CSS) al alta ($p = 0,015$). 20 pacientes (11%) fueron exitus. La mortalidad se relacionó con IB < 60 ($p = 0,044$), FFSS deterioradas ($p = 0,015$), trastorno de la deglución ($p = 0,048$) y Hb < 12,5 g/dL al ingreso ($p = 0,033$). Un 24% de los pacientes no fallecidos (39) reingresaron durante los siguientes 6 meses. El reingreso se asoció a enfermedad cerebrovascular ($p = 0,001$) y a estar institucionalizado ($p = 0,027$). La mortalidad a los 6 meses fue de un 21,4% (35/163) y se asoció a bacteriemia ($p = 0,044$) e infección nosocomial ($p = 0,020$) en ingreso previo y a trastorno de la deglución ($p = 0,016$).

Conclusiones. El paciente nonagenario que ingresa en el hospital es un paciente pluripatológico y frágil, con deterioro de FFSS, elevada dependencia y alto porcentaje de institucionalización. La ICC y las infecciones respiratorias, muchas de ellas aspirativas, son los principales diagnósticos, con casi un 10% de ingresos atribuidos a yatrogenia farmacológica. La estancia se prolonga en relación a la morbilidad previa, las incidencias hospitalarias, la descontaminación del MRSA y el retorno a domicilio o búsqueda de CSS. Los pacientes institucionalizados reingresan más. La mortalidad hospitalaria y a los 6 meses es elevada y, en ambos casos, el trastorno de la deglución es un factor de riesgo.

EA-62 MEDIDAS PALIATIVAS DE ÚLTIMOS DÍAS EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Muñoz Gamito¹, V. Romani², C. Estrada³, A. Expósito²,
M. Mañas³, J. Caño³, P. González³ y P. Almagro³

*¹Servicio de Urgencias, ²Paliativos, ³Unidad Geriátrica de Agudos.
Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa (Barcelona).*

Objetivos. Conocer si los pacientes ancianos ingresados en medicina interna reciben adecuadamente medidas de paliación de sus síntomas antes del fallecimiento.

Material y métodos. Se revisaron todos los exitus > 65a a cargo del Servicio de Medicina Interna del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010 en el Hospital Universitari Mutua de Terrasa. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes en los que la muerte fue inesperada y aquellos que fallecieron en las primeras 24h del ingreso.

Resultados. Estudio retrospectivo. Se revisaron 141 historias, de las cuales 25 pertenecían a pacientes ingresados en la Unidad de Geriátrica de agudos (UGA) y 116 en Medicina Interna general (MIG), con una edad media de 85,4 \pm 6 años y una estancia media de 9,9 \pm 10,8 días. El 61% presentaba hipertensión, 30% insuficiencia cardíaca, 28% diabetes y 21% EPOC. El índice de Charlson fue de 2,37 \pm 1,6. Respecto a síndromes geriátricos, el 46% presentaba demencia, 32% disfagia, 30% incontinencia urinaria, 10% delirium y 77% polifarmacia. El 85% tenía algún grado de dependencia. Un 34% de los pacientes procedía de residencia y el 4% de centros sociosanitarios. El motivo de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria, seguido de cardiopatía (30 y 25% respectivamente). Los síntomas más frecuentes fueron disnea en un 62% y dolor en un 15%. En un 90% de las historias constaban órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico, en el 90% constaba la información de la situación y limitación del esfuerzo terapéutico al familiar y su participación en la decisión de limitación. En el 84% de los pacientes con demencia constaba la conducta a seguir en caso de empeoramiento. En un 83% de los casos en los que se limitó la ventilación mecánica se dejó morfina o midazolam de rescate para paliar la disnea. En el 74% de las historias constaba registrado si el paciente tenía dolor al menos en los 3 últimos días antes del fallecimiento. La media de inicio del mórfico respecto a la aparición de los síntomas fue de 5,8 \pm 5 días. Se realizó consulta al servicio de paliativos en el 8,5% de los casos. No encontramos diferencias entre los fallecidos en la UGA y MIG.

Conclusiones. En nuestro servicio se reflejan adecuadamente las decisiones de limitación terapéutica en un elevado porcentaje de casos, sin diferencias entre la UGA y medicina interna, aunque probablemente las medidas paliativas se inician tarde.

EA-63 PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA: COLABORACIÓN ENTRE M. INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA

E. Bidegain Garbala¹, R. Arnáez Solís¹, I. Aranguren Ruiz², M. Ruiz Castellano¹, A. Lizarbe Ibero³ y M. Acha Arrieta¹

¹Servicio de Medicina Interna B, ²Farmacia, ³Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. La fractura de cadera en el anciano es un problema sociosanitario en crecimiento exponencial. La cirugía de estas fracturas, a pesar de los avances en los últimos años, presenta una alta morbilidad y mortalidad. En marzo de 2010 en nuestro hospital se puso en funcionamiento un protocolo de manejo de los pacientes con fractura de cadera, en el que han colaborado Medicina Interna y Traumatología, con la intención de mejorar la asistencia, optimizar los recursos y minimizar la morbi-mortalidad durante el ingreso. El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes valorados durante su primer año de funcionamiento.

Material y métodos. Se estudiaron prospectivamente los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera en el Servicio de Traumatología del 1/03/10 al 28/02/11. Se incluyeron un total de 223 pacientes, todos ellos valorados de forma protocolizada por Medicina Interna.

Resultados. La edad media de los paciente fue de 83,4 años (\pm 9,30 DE), 199 (89,2%) fueron mayores de 70 años y 60 (23,9%) mayores de 90 años. 176 (73,9%) fueron mujeres. Tenían un í. de Charlson de 2,02 (\pm 1,6 DE) y tomaban una media de 4,2 fármacos (\pm 2 DE), 87 (39%) tomaban antiagregantes, 25 (11,2%) anticoagulantes, 18 (8,1%) antiosteoporóticos y 37 (16,6%) vitamina D y calcio. Procedían de su domicilio 192 (86,1%). En cuanto a su situación basal presentaban un í. de Karnofsky de 62,4 (\pm 17,0 DE), de Barthel de 70,35 (\pm 26,68 DE) y un ASA de 3,13 (\pm 0,52 DE), una hemoglobina de 11,9 g/dL (\pm 7,3 DE) y una albúmina de 35,2 mg/dL (\pm 3,9 DE). La estancia media fue de 13,1 días (\pm 3,80 DE) y los días de espera hasta la cirugía 2,5 (\pm 1,3 DE). La fractura fue extracapsular en 132 (59,2%) pacientes e intracapsular en 91 (40,8%). Se realizó osteosíntesis en 142 (63,6%) pacientes y colocación de prótesis en 81 (36,3%). En cuanto a las complicaciones durante el ingreso 116 (52,0%) pacientes tuvieron descompensación de su patología de base, 111 (49,8%) precisaron de transfusión, 73 (32,7%) síndrome confusional y 65 (29,1%) infección nosocomial. Fallecieron durante el ingreso 9 (4%) pacientes y tras el alta (hasta el 1 de junio de 2011) otros 23 (10,3%).

Discusión. En nuestra serie, la edad predominante está entre los 80-89 años, con predominio del sexo femenino, lo que coincide con la literatura nacional e internacional. Se trata de pacientes pluripatológicos y polimedicados, más de un tercio toma antiagregantes lo que aumenta la probabilidad de sangrado perquirúrgico y tan solo una pequeña proporción toma tratamiento antiosteoporótico previamente. Son pacientes con una dependencia leve y un riesgo anestésico ASA III. Son intervenidos en las primeras 72 horas del ingreso, la estancia media no está aumentada (para realizar rehabilitación los pacientes permanecen ingresados 10 días tras la cirugía por protocolo). La fractura más frecuente es la extracapsular y la intervención más frecuente la osteosíntesis, ambas asociadas a un menor riesgo quirúrgico. Las complicaciones durante el ingreso son frecuentes, las más prevalentes la descompensación de la patología de base y la anemia.

Conclusiones. El paciente con fractura de cadera osteoporótica, por sus características epidemiológicas y clínicas se puede beneficiar de la atención conjunta de M. Interna y Traumatología. Con el análisis de los datos del presente trabajo esperamos obtener predictores para identificar pacientes con alto riesgo de complicacio-

nes (hemorragia, osteoporosis, síndrome confusional, infección nosocomial...) para poder poner en marcha medidas preventivas y tratamiento precoz y con ello mejorar su pronóstico.

EA-64 ESTIMULACIÓN COGNITIVA AMBULATORIA DE PACIENTES CON DEMENCIA EN UN ÁREA RURAL. EXPERIENCIA DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN ANDALUCÍA

L. Castilla Guerra¹, J. Álvarez Suero¹, E. Carmona Nimo¹, M. Borges Guerra², E. Domínguez Vázquez², F. Pozuelo del Rosal¹, S. Vergara¹ y J. Marín Martín¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Neuropsicología- Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Sevilla.

Objetivos. Las demencias son un problema cada vez más frecuente en la práctica clínica diaria. Desde hace 7 años en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Osuna (Sevilla) existe una consulta monográfica con el fin de realizar valoración y estimulación cognitiva a pacientes con demencias. Nos planteamos valorar en base a nuestra experiencia si es realmente posible aplicar un programa de estimulación cognitiva ambulatoria en un área rural.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes valorados en la consulta de demencias, dependiente del Servicio de Medicina Interna, entre los años 2004 a 2010.

Resultados. Durante estos siete años se valoraron 393 pacientes. Solo 17 (4,2%) no quisieron ser incluidos en el programa, principalmente por problemas de apoyo familiar y de transporte. La edad media era 78 (DE 11) años, y el 55% eran mujeres. El diagnóstico principal fue DTA (demencia tipo alzheimer) con 224 (58%) pacientes, seguido de 27 (7%) pacientes con demencia vascular, 27 (7%) pacientes con demencia mixta, el resto, 105 (27%) pacientes, correspondía a casos de deterioro cognitivo ligero, demencias frontotemporales (DFT), demencias por cuerpos de Lewy (DCL), y otras causas inusuales de demencias. De las DTA: 91 (40,6%) pacientes estaban en estadio GDS 4, 35 (15,6%) GDS 4-5, 48 (21,4%) GDS 5, y 50 (22,3%) en GDS 6. De todos los pacientes incluidos, 251 (65%) acudieron a las consultas de forma regular (> 2 consultas), mientras que 135 (35%) solo acudieron a 1 o 2 consultas. De una muestra de 80 pacientes de inclusión reciente con tratamiento farmacológico y cognitivo, y seguimiento durante un año, 10 (12,5%) mejoraron en los test cognitivos, 54 (67,5%) estaban estables, y solo 16 (20%) habían empeorado.

Discusión. Las demencias son un problema de primer orden a nivel mundial. En España más de 600.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer y se prevé que el número de demencias siga creciendo. La estimulación cognitiva, engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxias) por medio de programas de estimulación. Desde hace 7 años desde nuestro servicio de Medicina Interna se realiza un programa novedoso de estimulación cognitiva en la comarca de Osuna con el fin de mejorar la atención de nuestros pacientes con demencia. Como mostramos en los resultados, la experiencia es muy positiva y fructífera.

Conclusiones. La estimulación cognitiva ambulatoria en un área rural es una opción factible y útil en pacientes con demencias. Dos de cada tres enfermos van a asistir a la consulta de forma continuada. La gran mayoría de los enfermos mantienen su nivel cognitivo al cabo del año.

EA-65 INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN UNA COHORTE DE REINGRESADORES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. González Gómez¹, M. González García¹, E. Gaspar García¹,
L. Nevado López-Alegria¹, M. Querol Pascual² y J. Ramos Salado¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz. ²Comité de Asistencia Integral. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Objetivos. Conocer las características de los pacientes que reingresan en Medicina Interna y la proporción de los mismos que cumple la definición de paciente pluripatológico (PPP: presenta 2 o más enfermedades crónicas, agrupadas en 8 categorías), con el objetivo de implantar un programa de crónicos en coordinación con Atención Primaria. Con este último se pretende garantizar la continuidad asistencial, organizando los recursos disponibles para conseguir una atención integral y una disminución de los ingresos hospitalarios, así como de las consultas a urgencias.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que reingresaron en Medicina Interna 3 o más veces en el periodo comprendido entre enero y junio de 2010. A partir de un estudio previo en el que se revisaron todos los reingresos en nuestro complejo hospitalario en dicho periodo, con especial atención a los que ocurrieron en las especialidades médicas.

Resultados. De 301 pacientes que reingresaron tres o más veces en nuestro complejo hospitalario en el periodo de estudio, 131 (43,5%) lo hicieron en especialidades médicas y, de ellos, 67 únicamente en Medicina Interna (51,14%), siendo esta nuestra población de estudio. La edad media fue 78,07 años (rango 31-97). Un 62,7% eran varones. El 91% procedían de su domicilio y el 95,5% ingresaron desde urgencias. Entre los factores de riesgo cardiovascular, presentaban HTA un 71,16%, DM un 43,3% y dislipemia un 32,8%. Cumplían la definición de PPP el 77,6%, siendo las categorías más prevalentes la C (enfermedades respiratorias, 71,6%) y la A (enfermedades cardiológicas, 68,7%). La media de categorías por paciente fue 2,42. Entre los no pluripatológicos, la categoría más frecuente era la C (66,7%), seguida de la E (enfermedades neurológicas) y la A (13,3% cada una). En la categoría C predominaban los varones (75%) y los fumadores/exfumadores (79,2%). La media de reingresos fue de 3,49 (rango 3-7). El motivo de reingresar era el mismo en el 61,2%. Los principales diagnósticos al alta fueron enfermedad respiratoria (reagudización de EPOC 81,1%), enfermedad cardiológica (insuficiencia cardíaca 100%) y enfermedad infecciosa (neumonía 52,2%). La estancia media fue 8 días (rango 1-36). En cuanto a pruebas diagnósticas, se realizó analítica y radiografía en el 100%, TC en el 46,3%, ecografía en el 37,3%, ecocardiograma en el 22,4% y endoscopia en el 4,5% de los pacientes. Tan solo un paciente falleció durante sus ingresos hospitalarios, siendo alta a domicilio el 89,6% (60 pacientes).

Discusión. La incidencia de PPP en los Servicios de Medicina Interna va aumentando de forma progresiva, motivado entre otras razones por el envejecimiento de la población. Estos pacientes presentan frecuentes descompensaciones de sus enfermedades, por lo cual acuden a los servicios de urgencias donde son sometidos a múltiples pruebas diagnósticas y en muchas ocasiones terminan ingresando, para ser rápidamente dados de alta a su ambiente comunitario. El objetivo de un programa de atención a pacientes crónicos es dar continuidad asistencial a este grupo de pacientes con reingresos frecuentes, mediante una coordinación entre los equipos de Atención Primaria, Servicios de Urgencia y Medicina Interna principalmente.

Conclusiones. Los pacientes que reingresan en el servicio de Medicina Interna son pacientes en su mayoría pluripatológicos, siendo las enfermedades respiratorias y cardiológicas las categorías más prevalentes. Se trata de pacientes de edad avanzada, con predominio de varones y no institucionalizados. La mayor parte de las oca-

siones reingresan por el mismo motivo, siendo este reagudización de su enfermedad de base.

EA-66 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

B. Massa, J. Murcia-Zaragoza, M. Maiz-Jiménez,
N. Ramírez-Duque, A. Mora-Rufete, M. Rincón Gómez
y M. Cassani Garza, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR

Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. SEMI.

Objetivos. Determinar la prevalencia de depresión mediante el cuestionario de Yesavage abreviado (GDS), así como los factores asociados a la misma en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadio avanzado incluidos en el proyecto PALIAR, mayores de 65 años.

Material y métodos. Estudio transversal multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA (ICC); insuficiencia respiratoria con disnea basal \geq III MRC y/o $\text{satO}_2 < 90\%$ y/o O_2 domiciliaria (IR); insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF (ERC); hepatopatía crónica escala Child-Pugh > 7 ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer > 6 y/o MEC ≤ 18 y/o Barthel < 60) (EN). Se administró el cuestionario GDS validado al castellano a todos los pacientes mayores de 65 años, excluyendo aquéllos con deterioro cognitivo establecido, y los que presentaron delirium a la inclusión. Se consideraron los siguientes estratos: 0-5 puntos como normal, entre 6-9 puntos como depresión leve, y > 9 puntos como depresión establecida. Posteriormente se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística paso a paso hacia atrás para determinar los factores asociados a la presencia de depresión establecida (GDS > 9 puntos), mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados. La prevalencia de depresión probable y establecida en los 175 pacientes mayores de 65 años a los que se les pudo administrar el test fue del 34% y 62%, respectivamente. Los factores de riesgo asociados independientemente a la presencia de depresión establecida fueron la disnea de reposo (OR = 3,4 [1,01-10], $p = 0,033$) y una menor capacidad funcional para las ABVD medido mediante el índice de Barthel (OR = 1,015 [1,004-1,03], $p = 0,008$).

Discusión. Los resultados obtenidos muestran la dificultad de administrar un sencillo test de cribado de síndrome depresivo en una población a priori con elevado riesgo e incidencia de trastornos distímicos.

Conclusiones. El cuestionario de Yesavage abreviado fue de difícil administración en los pacientes incluidos en el estudio. En aquéllos a los que se les administró mostraron una elevada prevalencia de depresión probable y/o establecida, siendo los factores asociados a su presencia la disnea y el deterioro funcional.

EA-67 EL CUIDADOR: ESE GRAN DESCONOCIDO

R. de Miguel Buckley, C. García Martínez, M. Martínez Martín,
Á. Gutiérrez Liarte, L. García-Fraile Fraile y C. Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. El aumento de la esperanza de vida conlleva un número creciente de pacientes crónicos que requieren de un cuidador

para su vida diaria y el manejo de su medicación. El cuidador es una figura fundamental en la vida del paciente y sin embargo a menudo es un desconocido para el médico. El objetivo de este estudio fue realizar un perfil del paciente tipo que requiere de estos cuidados y de la persona que los proporciona.

Material y métodos. Se obtiene una muestra de 61 cuidadores de pacientes ingresados en el H.U. de la Princesa del 10 al 27 de Junio de 2011. El único criterio de exclusión tenido en cuenta es el haber desarrollado la tarea durante menos de 1 mes. A estos cuidadores se les realiza una encuesta, cumplimentada mediante entrevista personal, que consta de tres partes: perfil sociosanitario del paciente, perfil del cuidador, y tareas que realiza el cuidador. Se realiza el análisis estadístico de los datos con el programa R 2.12.1.

Resultados. Se realizan 61 encuestas a cuidadores de pacientes. De estos pacientes, 26 (42,6%) son varones y 35 (57,4%) mujeres, su edad media es de 80,5 años (rango 33-102, DE 15,4). El índice de Barthel (IB) medio es de 46,1 (rango 0-100, DE 32,8), 39,20 en los varones y de 50,97 en las mujeres. La distribución según el IB es: 19 pacientes (31,1%) con < 20 puntos (dependencia total); 9 pacientes (14,8%) con Barthel 20-40 (grave); 6 pacientes (9,8%) con Barthel 45-55 (moderada) y 27 (44,3%) con Barthel > 60 (leve). De los cuidadores, 47 (77,05%) son mujeres, con una edad media de 60,73 (SE 16,67, 20-89). El tiempo medio a cargo del paciente era de 65,54 meses (SE: 94,4, 2-480); entre los familiares de 82 meses y entre los cuidadores no emparentados de 26,22. El 65,57% de los cuidadores (40) dedican de 16 a 24 horas diarias en el cuidado. Descansan alguna hora al día 34 (55,7%) de los cuidadores (excluyendo las horas de sueño); 49 (80,3%) trabajan también durante la noche. Comparten la tarea de cuidado con una o más personas 38 cuidadores (62,35%). Hay 43 familiares (70,5%), de los cuales 18 (41,9%) son pareja del paciente y 17 (27,9%) sus hijos. De estos cuidadores 8 (18,6%) trabajan fuera de casa. De los no familiares, 17 (94,4%) están remunerados. Datos de alta en la seguridad social están 10 cuidadores profesionales. Del total 4 (22,2%) eran españoles y 14 (77,8%) extranjeros. En cuanto a las tareas que realizan los cuidadores, 55 (90,2%) proporcionan soporte emocional. Hablan con los médicos 43 cuidadores (70,5%). Se encargan del tratamiento 43 cuidadores (70,5%). Por otro lado, 42 piden las citas con los médicos (68,9%). Del cuidado personal se encargan 36 cuidadores (59,1%) y del manejo de las finanzas 35 cuidadores (57,4%).

Discusión. El perfil del paciente medio que requiere cuidador es el de un enfermo crónico de unos 80 años y con un grado de dependencia moderado (IB medio 46,14), sin demencia diagnosticada en su mayoría (pese a que la comorbilidad más frecuente en nuestra muestra es la de accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades que cursan con deterioro cognitivo). El prototipo de cuidador en nuestro medio es una mujer de 60 años, casada, con estudios básicos, familiar del paciente (pareja o hijo), sin experiencia previa, que trabaja como mínimo 16h al día incluyendo la noche y que comparte la tarea como mucho con otra persona más. Si el cuidador es profesional, está remunerado, es extranjero y suele estar dado de alta en la seguridad social. La mayoría de los cuidadores realizan tareas de soporte emocional, hablan con el médico, se encargan de las citas médicas y del tratamiento, del manejo de la economía del paciente y de su cuidado personal. La tarea prevalente encontrada en los cuidadores es el soporte emocional, la menos prevalente es la de ayudar en el manejo económico.

Conclusiones. La atención integral al paciente debe valorar aspectos de su vida cotidiana, y especialmente a la persona encargada de proporcionarle cuidados básicos. Creemos en la importancia de nuevos estudios sobre quiénes son estos cuidadores, sus tareas, cómo valoran su función y cuáles son sus principales necesidades formativas, para, en un futuro, elaborar estrategias de colaboración del médico con esta figura hoy tan esencial.

EA-68 POLIFARMACIA EN EL PACIENTE NONAGENARIO

R. Godoy, C. Carrera, C. Espinosa, R. Quintilla, M. Moreno, C. Sala, C. Sabbagh y V. Isern

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos. Determinar el número de fármacos consumidos por el paciente nonagenario. Identificar la frecuencia de polifarmacia mayor (> 5 fármacos), los fármacos más empleados, el uso de fármacos de rango estrecho, y los factores que contribuyen a la polifarmacia. Describir las características sociosanitarias de susceptibilidad a los efectos adversos de la polifarmacia.

Material y métodos. Se revisaron las historias informatizadas de pacientes de > 90 años ingresados en Medicina Interna entre el 01/01/2010 y el 31/12/2010. Se recogió información referente al tratamiento, comorbilidad, motivo de ingreso y la valoración funcional y social: procedencia, índice de Barthel (IB), funciones superiores (FFSS), déficit sensorial y trastorno de la deglución. Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico STATA.

Resultados. 183 pacientes de > 90 años ingresaron en el período de estudio. Se excluyeron 8 pacientes, por no disponer de información sobre el tratamiento. De los 175 restantes, el 69,1% eran mujeres. El 86,9% tenía al menos 1 enfermedad crónica, con un índice de Charlson (ICh) medio de 2 (RiQ: 1-4). Las patologías más frecuentes fueron HTA (75,4%), ICC (35,4%), demencia (32,6%) e IRC (31,4%). La ICC fue el principal motivo de ingreso (30,3%), seguido por las infecciones respiratorias (17,1%) y la neumonía (16%) (40% aspirativas). En 17 pacientes (9,7%), el ingreso se atribuyó a yatrogenia: bradicardia farmacológica (5), disminución del nivel de consciencia por neurodepresores (4), intoxicación digitálica (3), alteraciones hidroelectrolíticas por diuréticos (2), errores en la toma de fármacos (2) e hiperdescoagulación por ACO (1). El IB basal fue < 60 en el 55,7% y 43,8% tenía deterioro de FFSS. Un 42,9% tenía algún déficit sensorial y un 26% trastorno de la deglución. El 25,9% de los pacientes estaba institucionalizado y 17% vivía solo. El promedio de fármacos consumidos por paciente era 6 (RiQ: 4-9), con un rango de entre 0 y 17 fármacos. Se identificó polifarmacia en 106 pacientes (60,6%). Los fármacos más frecuentes eran diuréticos (70,3%), IECA-ARA2 (49,1%), antiagregantes (45,1%), benzodiazepinas (37,7%) y antidepresivos (22,9%). Entre los fármacos de rango estrecho, 31 (17,7%) tomaban digoxina y 12 (6,9%) estaban anticoagulados, estando estos implicados en un 23% de los ingresos relacionados con yatrogenia. La polifarmacia se asoció a padecer HTA ($p = 0,011$), ICC ($p < 0,001$), cardiopatía isquémica ($p = 0,001$), enfermedad cerebrovascular ($p = 0,016$), EPOC ($p = 0,025$), IRC ($p = 0,026$) y DM ($p = 0,017$) con un test de tendencia (nptrend) significativo para los grupos de puntuación ascendente de ICh. No se detectaron diferencias significativas de polifarmacia por sexo, procedencia o variables sociales y funcionales.

Discusión. La elevada tasa de polifarmacia de nuestros pacientes (> 60%) se relaciona, en especial, con las enfermedades cardiovasculares. A diferencia de otros estudios, no hemos encontrado asociación con sexo femenino, pudiendo ser la falta de registro de automedicación una posible explicación. Llama la atención, un considerable uso de fármacos de rango terapéutico estrecho, estando implicados en 1/4 de los ingresos relacionados con fármacos. La polifarmacia incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos, multiplicándose a mayor número de fármacos consumidos, constituyendo la primera fuente de trastornos yatrogénicos en el paciente anciano. Todo esto convierte a la polifarmacia en uno de los grandes retos de la geriatría actual.

Conclusiones. 1. La polifarmacia es frecuente y no exenta de riesgos en el paciente geriátrico, y está presente en el 60,6% de nuestra serie; 2. Los fármacos más implicados fueron para el tratamiento de la enfermedad cardiovascular (ECV) y los psicotrópicos; 3. El grado de comorbilidad fue el principal factor asociado a la

polifarmacia. Las ECV fueron las más relacionadas con la polimedición; 4. Un 10% de los pacientes ingresaron como consecuencia de yatrogenia farmacológica; 5. Las intervenciones dirigidas al control, coordinación y adecuación de la prescripción en el paciente geriátrico podrían disminuir los costes personales y económicos del consumo excesivo de fármacos.

EA-69

PREVALENCIA DEL ESTADO DE DESNUTRICIÓN Y DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE PACIENTES SUBAGUDOS DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA

A. Toro¹, Y. Tung¹, R. Gil¹, P. Moral², I. Moreno², A. Álvarez², M. Antolín² y M. Gómez²

¹Área Médica. Servicio de Medicina Interna, ²Área Médica. Unidad de Media-Larga Estancia. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. Valorar la prevalencia de desnutrición y disfagia en una población de pacientes ingresados en una Unidad Hospitalaria de Subagudos. Evaluar la posible relación entre los estados de desnutrición y las características clínicas de los pacientes en términos de comorbilidad, capacidad funcional, deterioro cognitivo, salud buco-dental y/o disfagia orofaríngea.

Material y métodos. Estudio piloto descriptivo, transversal y observacional que evaluará a un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Media-Larga Estancia de nuestro hospital. La evaluación la realizarán un médico y una enfermera adecuadamente entrenados. Se registrarán datos administrativos como la edad, sexo y los días de ingreso. También el diagnóstico principal que ha motivado el ingreso, la presencia de deterioro cognitivo mediante Pfeiffer y la presencia de síntomas gastrointestinales. Se evaluarán la comorbilidad con el índice de Charlson y funcionalidad con el índice de Barthel. La antropometría consistirá en la medición del peso y talla, del IMC, la circunferencia braquial y el pliegue tricípital. Como parámetros analíticos determinaremos las proteínas totales, albúmina, colesterol total y linfocitos. La presencia o no de desnutrición será evaluada desde varias perspectivas: mediante el test MNA (herramienta de cribado y valoración nutricional), el IMC, las determinaciones analíticas y los parámetros antropométricos. Se añadirán las razones por las que el paciente no consumieron toda la alimentación aportada (trastornos de la dentición, anorexia...). Para valorar la disfagia se realizará un screening mediante el cuestionario EAT-10 y posteriormente un test de volumen-viscosidad si el cribado fuera positivo.

Resultados. Se incluyeron 41 pacientes con una media de edad de 73,3 años (DE 11,4) siendo 23 de ellos varones (53%). El principal motivo de ingreso fueron las neoplasias (22,5%) seguidas por la insuficiencia cardiaca, la enfermedad vascular cerebral y las fracturas de cadera representando un 6% cada una de ellas. La estancia media fue de 36,2 días (DE 27,5), el Pfeiffer medio fue de 2,8 errores (DE 2,7), el Charlson fue de 2,1 (DE 1,4) y el Barthel medio de 38,9 (DE 28,8). La prevalencia de desnutrición varió según la herramienta empleada. Según el MNA fue del 56% y según los parámetros antropométricos 48,7% con el perímetro braquial y 63% con el pliegue tricípital. Por el contrario, siguiendo el criterio del IMC, ninguno de los pacientes podría clasificarse como desnutrido. Tan solo 5 pacientes (12%) presentaron disfagia orofaríngea demostrada mediante el test de volumen-viscosidad siendo el EAT-10 patológico en un 29% de los casos. A destacar la alta prevalencia de trastorno de salud buco-dental (48,7%) y de quejas de anorexia (63,4%).

Discusión. Se describe una población de pacientes añosos con una importante carga de comorbilidad y un alto grado de dependencia ingresados por patología muy heterogénea conllevando una estancia media importante. La prevalencia de desnutrición ha sido muy elevada variando según el método utilizado, en algunos casos de manera muy sustancial. Por el contrario la prevalencia de disfagia orofaríngea ha sido baja, posiblemente debido al buen nivel cogni-

tivo de los pacientes y a la baja tasa de patología vascular cerebral de la muestra.

Conclusiones. La desnutrición es una complicación prevalente y un marcador de alta morbimortalidad intrahospitalaria pero muy infradiagnosticada y la disfagia orofaríngea es una de sus principales causas. La prevalencia de desnutrición en nuestra unidad ha sido elevada, variando de manera importante según el método utilizado. La prevalencia de disfagia orofaríngea ha sido muy baja, en posible relación al tipo de paciente de la muestra. Es necesario realizar un estudio más amplio de cara a determinar el alcance e impacto real tanto de la desnutrición como de la disfagia en nuestra población.

EA-70

EL CUIDADOR DE PACIENTE CRÓNICO: ¿IMPORTA EL SABER?

L. García-Fraile Fraile, R. de Miguel Buckley, M. Martínez Martín, R. Sampedro Ruiz, C. García Martínez y C. Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Objetivos. Hoy en día, el cuidador del paciente crónico es esencial en el manejo de los múltiples aspectos sociosanitarios que presentan. Realizan muy diversas tareas en su día y día y hemos querido acercarnos a la percepción que tienen de sus habilidades. En este trabajo valoramos distintos aspectos relacionados con la labor directa de cuidado como son: la enfermedad del paciente, el manejo de fármacos, la administración de medicamentos fuera de prescripción facultativa, la adherencia terapéutica y la solicitud de ayuda médica antes problemas urgentes. En segunda lugar, hemos valorado el grado de sobrecarga del cuidador según la escala reducida de Zarit.

Material y métodos. Se obtiene una muestra de 61 cuidadores de pacientes ingresados en el H.U. de la Princesa durante el mes de junio de 2011. El único criterio de exclusión es haber desarrollado la tarea durante menos de 1 mes. Se realiza una encuesta mediante entrevista personal. Los datos utilizados son: edad, sexo, demencia e índice de Barthel (IB) del paciente y edad, sexo, parentesco y nivel educativo del cuidador. Tras esto, se interroga al cuidador pidiéndole que puntúe del 1 (mínimo) al 5 (máximo) las siguientes habilidades: conocimiento de la patología; de la medicación que maneja; de los efectos adversos (EA); uso de fármacos a demanda; olvidos en la administración; y grado de afectación de su ánimo. Se valora la sobrecarga del cuidador con la escala de Zarit (EZR) reducida. La EZR se puntúa entre 7 y 35. Sobrecarga si puntuación ≥ 17 . Análisis estadístico con el programa R 2.12.1.

Resultados. 26 (42,6%) pacientes eran varones y 35 (57,4%) mujeres. Edad media 80,54 años (33-102, DE 15,4). El IB medio fue 46,1 (0-100, DE 32,8). Demencia en 24 pacientes (37,7%). 32 pluri-patológicos (52,5%). 47 cuidadores (77%) mujeres y 14 (23%) hombres, con edad media de 60,7 (20-89, DE 16,7). 43 cuidadores familiares (70,5%) y 18 no (29,5%). Su nivel educativo fue: 6 sin estudios básicos (9,8%), 21 básicos (34,4%), 17 medios (27,9%), 11 superiores no sanitarios (18,0%) y 6 superiores sanitarios (9,8%). 43 cuidadores (70,5%) manejaban la medicación y 9 (14,76%) lo hacían ocasionalmente. El cuidador considera que conoce bastante o mucho la patología de su paciente (37/61). El 60,7% (47/61) cree poseer un nivel alto de conocimiento acerca de la medicación que maneja. El grado subjetivo de conocimiento de la utilidad de los fármacos es alto (42/61). El conocimiento de los EA es nulo o bajo en el 48,5% (30/61). El 80% de los cuidadores (49/61) no administra fármacos a demanda; la misma fracción niega olvidos. Dos tercios piensan que poseen un alto grado de conocimiento sobre cuándo pedir ayuda. La media del EZR es de 19,2 (7-35, DE: 8,6). Hay asociación entre menor EZR y mayor conocimiento de la patología ($p = 0,014$). Hay tendencia a la asociación entre menor EZR y mayor conocimiento

de la medicación ($p = 0,07$). Los que se encargan de la medicación tienen mayor EZR ($p = 0,037$). Los cuidadores más sobrecargados tienen mayor afectación del estado de ánimo ($p = 0,012$).

Discusión. En general, la percepción de conocimiento que tienen los cuidadores de las tareas que realizan es alta. Se observa menor sobrecarga en los que tienen mayor conocimiento subjetivo sobre la medicación y la enfermedad; y mayor sobrecarga los que asumen una responsabilidad para la cual quizá no estén lo suficientemente formados (administrar medicación). Es clara la correlación entre la afectación del estado de ánimo y la puntuación más alta en EZ (sobrecarga).

Conclusiones. A falta de una valoración objetiva de las habilidades que tienen los cuidadores, este estudio muestra que los cuidadores en general están satisfechos con el conocimiento de la labor que realizan. Sin embargo, esto puede ser a costa de una sobrecarga importante, como se puede ver en el grado de sobrecarga de la muestra. Un aumento en la formación en determinados aspectos que recibe este grupo, tales como efectos secundarios o actuación ante síntomas concretos, podría ir acompañado de una disminución de esta sobrecarga.

EA-71

NECESIDADES DE FORMACIÓN PERCIBIDAS POR LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS

R. Sampedro Ruiz, R. de Miguel Buckley, M. Martínez Martín, C. García Martínez, Á. Gutiérrez Liarte y C. Suárez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. El aumento de la esperanza de vida, ha aumentado el número de pacientes que requieren cuidados crónicos. Los cuidadores en muchas ocasiones carecen de formación, generándoles sobrecarga. El objetivo de nuestro estudio ha sido detectar las fuentes de información de estos cuidadores y los campos en los que consideran que necesitan mayor formación.

Material y métodos. Muestra de 61 cuidadores de pacientes ingresados en el H.U. de la Princesa del 10 al 27 de junio de 2011. Criterio de exclusión fue haber desarrollado la tarea durante menos de 1 mes. Se les realizó una encuesta cumplimentada mediante entrevista. Se recogieron datos del paciente (sexo, edad, índice de Barthel -IB-) y del cuidador (sexo, edad, relación con el paciente y tiempo que llevaba al cargo). Se estudió si había recibido información de cómo cuidar al paciente, quién se la había dado, si esta había sido dada de forma comprensible, si tenía posibilidad de resolver dudas y a quién acudía para ello. Asimismo se les preguntaba acerca de si querían acudir a charlas de formación, si tendrían tiempo, si podrían acudir en horario laboral y en qué temas veían más necesario formarse. Se realizó el análisis estadístico de los datos con el programa R 2.12.1.

Resultados. Se realizan 61 encuestas a cuidadores. 26 (42,6%) eran varones y 35 (57,4%) mujeres. Edad media de 80,5 años (DE: 15,4; 33-102). IB medio de 46,2 (DE: 32,8; 0-100). De los cuidadores, 47 (77,05%) mujeres y 14 (22,95%) hombres, edad media 60,7 (DE: 16,7; 20-89). 43 eran familiares (70,5%). El tiempo medio cuidando al paciente era de 65,5 meses (DE: 94,4; 2-480). 25 (40,9%) habían sido informados, 9 por médicos, 6 en cursos, 5 por familiares o amigos sanitarios y 4 por enfermeros o farmacéuticos. Consideraban la información recibida suficiente 17 (68,0%). 44 cuidadores (72,1%) respondían que podían resolver dudas que sobre el manejo. De estos 44 cuidadores, 18 (40,9%) recurrían a médicos, 13 (29,5%) a familiares o amigos sin formación sanitaria, 6 (13,7%) a familiares o amigos con formación sanitaria y 4 (9,1%) a enfermeros o farmacéuticos. 44 (72,1%) querían acudir a charlas y 17 (38,6%) tendrían tiempo. para ello. De los 18 profesionales, 14 pensaban que no se les daría permiso en su horario laboral. Entre los 44 que acudirían a charlas, 15 demandaban información sobre temas médicos, 13 so-

bre apoyo psicológico al paciente, 10 acerca de cuidados de enfermería y 6 sobre apoyo psicológico al cuidador.

Discusión. Los cuidadores en general no han recibido información para realizar su tarea. Sus fuentes son diversas, especializadas y no, siendo la principal los médicos. Es heterogéneo el grupo a quien recurren los cuidadores en sus dudas, siendo igualmente el personal sanitario especializado el más consultado. Hay interés por acudir a charlas sobre el cuidado de pacientes, pero menos de la mitad tendría tiempo para hacerlo; es importante que la mayoría de los cuidadores profesionales considera que no podría hacerlo en su horario laboral. Querrían formarse sobre todo en temas médicos y de apoyo psicológico, siendo importantes también los cuidados de enfermería y el manejo de su propia sobrecarga. Aproximadamente la mitad ve necesario formarse en temas de apoyo psicológico, bien sea al paciente o al cuidador.

Conclusiones. Pese al papel clave del cuidador de los pacientes crónicos, detectamos que consideran insuficiente su formación. Además el grupo que se encarga de ella es heterogéneo. Se propone crear un programa de formación a cuidadores que aporte tanto conocimientos a nivel médico y de cuidados de enfermería, como charlas de apoyo psicológico al cuidador y al paciente. El personal sanitario debe informar adecuadamente a los cuidadores en el contexto de la atención integral al paciente crónico.

EA-72

ANEMIA POSTHEMORRAGIA AGUDA Y MANEJO TERAPÉUTICO EN NUESTRO HOSPITAL

T. Revuelto Artigas¹, Y. Arguedas Lázaro¹, M. Domínguez Cajal¹, P. Lacarta García¹, A. Lué¹, M.E. Navarro², M. Serrano Herrero² y M. Matía Sanz²

¹Servicio de Aparato Digestivo, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. La anemia ferropénica tras hemorragia digestiva es una patología urgente y prevalente en nuestro medio, especialmente en pacientes mayores de 65 años, precipitada por la ingesta de fármacos gastrolesivos (AINES) y anticoagulantes que se prescriben con frecuencia en estos pacientes. Además muchos asocian patología cardíaca, que puede agravarse por la anemia aguda, aumentando la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. Las transfusiones sanguíneas (TSA) son una medida útil para el tratamiento de la anemia posthemorrágica pero son un recurso limitado, no exento de complicaciones, y últimamente se opta por una estrategia restrictiva; por lo que el tratamiento con hierro endovenoso presenta una alternativa a esta situación. Determinar la frecuencia de hemorragia digestiva y su etiología en nuestro hospital. Valorar la anemia que presentan los pacientes y el tratamiento recibido con transfusión sanguínea o hierro endovenoso según cifras de hemoglobina.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de los ingresos por hemorragia digestiva en el HCU L. Blesa de Zaragoza de enero a marzo de 2010. Se analizan datos clínico-epidemiológicos de los pacientes y tratamiento instaurado para la anemia según valores de hemoglobina.

Resultados. Se registran 88 casos de hemorragia, 42% mujeres y 58% hombres con una edad media de 78 años (31-96). El 57% por hemorragia digestiva alta y 43% por baja. La causa más frecuente de HDA es la úlcera péptica 30,7%, seguida de esofagitis, neoplasia gástrica y sd. Mallory-Weiss (4%). En un 12% de los casos no se objetivo causa. La hemorragia baja se debió a neoplasias colorectales en 8%, angiodisplasias en 7%, colitis isquémica, divertículos, hemorroides en 5,3% enf. inflamatoria en 4% y de origen oscuro en 9,3% de los casos. El 27% de los pacientes tomaban antiagregantes y 20% anticoagulantes. El 35% referían ingesta previa de AINES. El 75% de los casos presentaron anemia tras la hemorragia, precisando tratamiento según cifras de hemoglobina. Un 32,8% se trataron con

transfusión sanguínea (Hb media 6,6 g/dl) y en una cuarta parte presentaron efectos adversos (reacciones transfusionales, contaminación bacteriana y sobre todo sobrecarga cardíaca) Un 61% recibió hierro endovenoso (Hb media 9 g/dl) normalizándose al alta, y en un 12,3% se administró hierro oral (Hb media 10 mg/dl). El 15% de estos pacientes presentaba anemia al mes, por lo que la mitad precisaron de ingreso para infusión endovenosa de hierro.

Discusión. La anemia aguda posthemorragia es cada vez más prevalente en el anciano, dado el abuso de fármacos gastrolesivos y que dificultan la hemostasia, junto a patologías digestivas hemorragias asociadas a la edad como divertículos, neoplasias y angiodisplasias. El tratamiento agudo de la anemia disminuye la morbimortalidad de estos pacientes que asocian además otras patologías. La incorporación al tratamiento de hierro endovenoso en cifras de hemoglobina de 8-10 mg/dl consigue la normalización al alta, con un uso restrictivo de transfusiones sanguíneas (Hb 7 mg/dl) menor estancia y complicaciones.

Conclusiones. Se debería regular el tratamiento de anemia posthemorrágica restringiendo el uso de transfusiones sanguíneas e incorporando la infusión de hierro endovenoso para proporcionar beneficio a corto (menor morbimortalidad y estancia hospitalaria) y largo plazo (mejor calidad de vida) con mínimas complicaciones.

EA-73

CONSULTA RÁPIDA DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS RESULTADOS

J. Medina García, P. Láynez Cerdeña, M. Betencourt Fera, M. Abella Vázquez, M. Castilla Selva, J. Delgado Casamayor, N. Felipe y A. Copca

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife).

Objetivos. Conocer las características de la población atendida en una consulta rápida de Medicina Interna de reciente instauración.

Material y métodos. Diseño de una cohorte prospectiva de seguimiento, del que se ilustran los primeros resultados. Se investigan variables relacionadas con la filiación, factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes, comorbilidad asociada y variables analíticas habituales en un entorno de consulta externa.

Resultados. En 14 semanas se recogen 101 pacientes. La edad media fue de 64 ± 19 . 63 pacientes (62,4%) eran varones. El 39 pacientes (38%) procedían de la Unidad de Corta Estancia (UCE) en Urgencias de Medicina Interna. 71 pacientes (70,3%) padecía al menos una enfermedad clasificatoria de pluripatología, siendo 40 (39%) computables como pacientes pluripatológicos (PP). De estos, 15 (37,5%) procedían de UCE. La categoría de PP más frecuente fue la de cardiopatía (A, 35, 87%). Se encontró una asociación significativa entre pertenecer al estrato cultural más bajo y cumplir criterios de PP ($\chi^2 = 16,885$; $p = 0,001$). La presencia de insuficiencia cardíaca y de fibrilación auricular presentó una distribución desigual entre los distintos grupos culturales ($p = 0,019$ y $0,034$ respectivamente). También se halló una asociación significativa entre ser PP y presentar caídas ($\chi^2 = 5,1$; $p = 0,024$). Por último, la escala Barthel mostró una asociación significativa con presentar un ingreso hospitalario ($p = 0,02$), así como el score PROFUND ($p = 0,005$). La mediana de seguimiento fue de 12 semanas y la mortalidad hasta el momento es del 3% ($n = 3$), en todos los casos en PP.

Discusión. La población atendida en esta consulta rápida de Medicina Interna consiste fundamentalmente en pacientes, complejos, pluripatológicos y dependientes cuyos problemas fundamentales guardan relación con su comorbilidad y supervivencia. Falta tiempo de seguimiento y una población mayor para poder construir un modelo predictivo de mortalidad e ingresos hospitalarios.

Conclusiones. Los pacientes dados recientemente de alta o referidos a Medicina Interna con frecuencia son de edad avanzada, frágiles, con comorbilidad y posiblemente requieran una estrategia de seguimiento para la cual el sistema sanitario no está preparado.

EA-74

DIFERENCIAS ENTRE LOS HOSPITALES DEL SERVICIO DE SALUD PÚBLICO DE ANDALUCÍA EN RELACIÓN CON EL PERFIL DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

M. Nieto Martín¹, D. Mendoza Giraldo¹, J. Goicoechea Salazar², A. Díaz Martínez³, D. Larocha Mata² y M. Ollero Baturone¹

¹UCAMI, ³Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Producto Sanitario del SAS. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía (Sevilla).

Objetivos. Describir las diferencias que existen en el perfil de pacientes mayores de 75 años que son dados de alta en los hospitales del Sistema de Salud Público de Andalucía en la última década, en función del tipo de centro hospitalario.

Material y métodos. Estudio descriptivo tras analizar todas las altas de los hospitales del Sistema de Salud Público de Andalucía desde el año 2000 al 2010, seleccionando los casos con edad ≥ 75 años. Se estudia su distribución por grupos de edad, sexo, estancias y mortalidad, según el tipo de hospital. Los hospitales se han dividido en 4 tipos en función de la complejidad, siendo el tipo 1 el de mayor complejidad. Los datos han sido proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Virgen del Rocío y por el Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud.

Resultados. De las 6.198.971 altas analizadas, 1.060.346 fueron en mayores de 74 años. Observamos un incremento en la tasa se ingresos mayores de 75 años en todos los tipos de hospitales, del 36%, 42,8%, 97,4% y 44,6%, respectivamente. La estancia media descendió solo en los hospitales tipo 1, un 17,20%, sufriendo un incremento en los tipo 3 y 4 del 5% y 4,8% respectivamente, en los tipo 2 no se modificó. La tasa de mortalidad descendió en los hospitales tipo 1 un 3,9%, sin embargo se incrementó en el resto un 3,4%, 23% y 21,3% en los de tipo 2, 3 y 4 respectivamente. Pero la tasa global de mortalidad, en estos 10 años, sigue siendo superior en los tipo 1, descendiendo progresivamente hasta el tipo 4, como se reflejan en los resultados: 13,1%, 12,3%, 12,0% y 11,8% respectivamente. Con respecto a la estancia media de los GRDs más frecuentes las diferencias fueron las siguientes; Neumonía simple (541): 12,3; 11,5; 9,8 y 9,8 días. Insuficiencia cardíaca (127): 9,5, 9,5, 7,5 y 8,1 días. Insuficiencia cardíaca y arritmia (544): 11,7, 11,6, 9,1 y 9,6 días. Proceso Fx de cadera (211): 12,9, 11,7, 10,3 y 8,5 días. Ictus (014) 13,2, 10,4, 7,7 y 8,6 días. Sustitución de cadera no complicada (818): 12,5, 12,4, 11,4 y 8,9 días. Angor (140): 7,6, 7,9, 6,7 y 6,9 días. Edema pulmonar (087): 9,7, 9,7, 7,8 y 8,1 días. Por último, la tasa de mortalidad según GRDs y en función del tipo de hospital sería la siguiente; neumonía simple (541) 23,4, 21,4, 19,5 y 21,3%. Insuficiencia cardíaca (127): 12,3, 10,8, 12,7 y 11,0%. Insuficiencia cardíaca y arritmia (544): 27,0, 24,5, 25,2 y 23,5%. Ictus (014): 15,7, 13, 13,7 y 12,9%. Edema pulmonar (087): 18,9, 16,3, 18,9 y 15,7%. Neumonía simple y pleuritis (089): 12,8, 10,6, 12,9 y 9,6%. Proceso Fx de cadera (211): 1,7, 1,7 y 2,0%. Sustitución de cadera excepto complicación (818): 2,3, 2,2, 2,6 y 1,9%. Finalmente, angor (140): 3,5, 3,3, 3,4 y 2,7%.

Discusión. El incremento en el número de altas de los sujetos mayores de 75 años se produce de forma general en todos y cada uno de los hospitales del SSPA, con independencia de su complejidad, traduciendo los cambios demográficos tanto por el envejecimiento como por la inversión de la pirámide poblacional. La estancia media y la mortalidad siguen siendo superiores en los hospitales de mayor complejidad, aunque haya descendido en los de tipo 1 durante los últimos 10 años.

Conclusiones. Este cambio en el perfil de pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario nos debería llevar hacia cambios organizativos asistenciales que garanticen la calidad de los cuidados.

EA-75

CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN ANDALUCÍA DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA (2000-2010)

M. Nieto Martín¹, M. Bernabeu Wittel¹, A. Díaz Martínez², J. Goicoechea Salazar³, D. Laroche Mata³ y M. Ollero Baturone¹

¹UCAMI, ²Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Producto Sanitario del SAS. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía (Sevilla).

Objetivos. Describir el perfil de pacientes mayores de 75 años que fueron dados de alta en los hospitales del Servicio de Salud Público de Andalucía durante la última década.

Material y métodos. Estudio descriptivo tras analizar todas las altas de los hospitales pertenecientes al Servicio Sanitario Público de Andalucía, desde el año 2000 al 2010, seleccionando los casos con edad ≥ 75 años. Se estudia su distribución por grupos de edad, sexo, GRDs al alta, estancias, servicios que los atienden y mortalidad. Los datos han sido proporcionados por el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Virgen del Rocío y por el Servicio de Producto Sanitario del Servicio Andaluz de Salud.

Resultados. De las 6.198.971 altas analizadas durante el periodo 2000-2010, 1.060.346 fueron en mayores de 75 años, lo que representa el 17,1%, observando, por otro lado, que el número global de altas en este mismo periodo descendió un 5,75%. En este sentido, se ha objetivado un incremento en el porcentaje de altas de mayores de 75 años de un 47,5%, desde 78.578 a 115.935 altas. Con respecto a las estancias, estas también aumentaron en un 29,7%, de 847.452 hasta 1.099.165 en 2010. Sin embargo la estancia media descendió un 12%, desde 10,8 a 9,5 días. La edad media de todas las altas de mayores de 75 años se incrementó en un 0,62%, siendo de 80,92 en el año 2000 y 81,42 en el 2010. En cuanto a la tasa de mortalidad hubo un ascenso desde el 11,9% al 12,3% (3,4%). Señalar que el peso relativo en puntos GRD sobre el total de las altas se elevó en un 49,4% (desde 18 hasta 26,9 puntos). Del total de ingresos un 21,35% fueron programados, mientras el 78,75% fueron urgentes, hasta un 8% procedían de consultas. Analizando la diferencia entre servicios, el GDR médicos representaba el 69,7% y el 29,2% los quirúrgicos. Por orden de frecuencia, los servicios con mayor tasa de pacientes mayores de 75 años fueron: Medicina Interna (40%, n = 424330), Cirugía Ortopédica y Traumatología (11%, n = 117499), Cirugía General (9%, n = 95925), Cardiología (6,7%, n = 71081), Aparato Digestivo (5,3%, n = 56730), Urología (4,3%, n = 45391) y Neumología (4%, n = 43181). En cuanto a los GRDs más frecuentes, en orden decreciente fueron: 541 (neumonía simple) 6,1%, 127 (insuficiencia cardiaca) 4,8%, 544 (IC y arritmia) 2,3%, 211 (proceso Fx cadera) 2,5%, 014 (ictus) 2,35%, 818 (sustitución de cadera) 2,1%, 140 (angor) 1,9%, 087 (EAP) 1,7%, 089 (neumonía y pleuritis) 1,6%, 088 (EPOC) 1,5% y 209 (sustitución articulación excepto cadera) 1,5%.

Discusión. Los cambios demográficos caracterizados por el envejecimiento de la población, así como la inversión de la pirámide poblacional, están modificando el perfil de los enfermos atendidos en nuestro sistema sanitario, aumentando de forma llamativa el número de altas en pacientes mayores de 75 años. Ha aumentado la edad media de los enfermos, la complejidad y la tasa de mortalidad, con una ligera reducción en la estancia media. Señalar el

protagonismo de los servicios de Medicina Interna, en lo que a atención a sujetos mayores de 75 años se refiere, con respecto al resto de servicios médicos o incluso quirúrgicos.

Conclusiones. Estos hechos nos tienen que llevar a reflexionar sobre la reorganización de los sistemas sanitarios, adaptándonos a la nueva realidad poblacional.

EA-78

ÍNDICE DE BARTHEL Y PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE. ¿CUÁL PREDICE MEJOR LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO NEOPLÁSICAS EN ESTADIOS AVANZADOS?

M. Polvorosa, E. González Escoda, L. Alvela, P. Macías Mir, D. Camacho González, M. Nieto-Martín y J. Praena-Segovia, en representación de los investigadores del Proyecto PALIAR.

Grupo de Estudio de Paciente Pluripatológico y de Edad Avanzada. Sociedad Española de Medicina Interna.

Objetivos. Analizar la calibración, poder discriminativo y el punto de corte óptimo del índice de Barthel (IB) y el Palliative Performance Scale (PPS), para predecir la mortalidad a 180 días, en los pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados incluidos en el proyecto PALIAR.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional multicéntrico de 41 hospitales españoles, con inclusión de pacientes identificados durante la hospitalización, consultas, u hospitalización domiciliaria entre febrero 2009-septiembre 2010. Se incluyeron pacientes con una o más de las siguientes condiciones: Insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA; insuficiencia respiratoria con disnea basal \geq III MRC y/o $\text{satO}_2 < 90\%$ y/o O_2 domiciliaria; insuficiencia renal crónica estadio 4-5 de NKF; hepatopatía crónica escala Child-Pugh > 7 ; y/o enfermedad neurológica con deterioro cognitivo/funcional establecidos (Pfeiffer > 6 y/o MEC ≤ 18 y/o Barthel < 60). Se analizó la precisión del IB y el PPS en la predicción de la mortalidad a los 180 días; para lo cual se evaluó la calibración mediante el test de la bondad ajuste de Hosmer-Lemeshow sobre la probabilidad pronosticada de fallecer y el desarrollo final del evento, y el poder discriminativo mediante las curvas COR y el cálculo del área bajo la curva (AUC). Por último se determinaron la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP, y VPN utilizando como puntos de corte para el IB una puntuación < 60 (dependencia severa), y < 20 (dependencia total); y para el PPS una puntuación ≤ 50 (vida cama-sillón), y ≤ 30 (encamado), utilizando como criterio de verdad el desarrollo del evento principal a los 30, 60, 90, 120, 150, y 180 días de seguimiento.

Resultados. La calibración en la predicción de mortalidad fue buena para el IB (bondad de ajuste con $p = 0,32$), y subóptima para el PPS (bondad de ajuste con $p = 0,002$). El poder discriminativo de ambas escalas funcionales fue bajo, y discretamente mejor para el IB (AUC = 0,339 [0,312-0,365]), que para el PPS (AUC = 0,31 [0,284-0,335]). Los valores de S, E, VPP y VPN del IB fueron superiores cuando se utilizó como punto de corte el dintel de 60 puntos (85, 36, 20, y 93% a los 30 días; 83, 38, 28, y 88% a los 60 días; 82, 39, 34, y 85% a los 90 días; 80, 39, 38, y 81% a los 120 días; 80, 40, 41, y 80% a los 150; y 79, 40, 44, y 77% a los 180 días, respectivamente). La S, E, VPP, y VPN del PPS fue superior utilizando el dintel funcional ≤ 50 (vida cama-sillón) (88, 36, 21, y 94% a los 30 días; 86, 38, 29, y 90% a los 60 días; 86, 39, 35, y 87% a los 90 días; 84, 40, 39, y 85% a los 120 días; 84, 41, 42, y 83% a los 150, y 83, 41, 46, y 80% a los 180 días, respectivamente).

Conclusiones. Las escalas funcionales de Barthel y PPS son subóptimos predictores de mortalidad a los 180 días cuando son aplicadas a pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados.

EA-79 FACTORES ASOCIADOS CON LA APARICIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

R. Arnáez Solís¹, E. Bidegain Garbala¹, M. López de Goicoechea¹, M. Ruiz Castellano¹, M. Acha Arrieta¹ e I. Rey Urdiain²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. El síndrome confusional (SCA) es un trastorno de la conciencia y la cognición de etiología multifactorial, en los pacientes con fractura de cadera su prevalencia es del 43-61%. Los factores de riesgo que hasta el presente se han identificado son: edad, privación sensorial y del sueño, aislamiento social, restricción física, uso de catéter vesical, eventos adversos iatrogénicos, polifarmacia (más de tres fármacos nuevos agregados), uso de fármacos psicoactivos, comorbilidades, enfermedades graves (especialmente infección, fractura o accidente cerebrovascular), deficiencia cognitiva previa, fiebre o hipotermia, deshidratación, desnutrición y albúmina sérica baja. Nuestro objetivo es estudiar algunos de estos factores en pacientes con fractura de cadera intervenida que, por su situación de pacientes pluripatológicos y de elevada edad, son una población muy susceptible de presentar síndrome confusional.

Material y métodos. Se estudiaron prospectivamente 223 pacientes ingresados por fractura de cadera osteoporótica en el Servicio de Traumatología desde el 1/03/10 al 28/02/11, todos ellos valorados de forma protocolizada por M. Interna. Se evaluó la aparición de SCA mediante la escala CAM (Confusion Assessment Method). Para el estudio estadístico se realizó un análisis descriptivo y se valoró la significación estadística ("t" de Student, y chi cuadrado). Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SPSS (Statistical Product and Services Solutions, version 15.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EEUU).

Resultados. De los 223 pacientes 73 (32,7%) presentaron SCA. La edad media de la muestra fue de 83,4 años ($\pm 1,46$ DE), los pacientes presentaban un Índice de Charlson de 2,02 ($\pm 1,6$ DE) y tomaban 4,20 fármacos ($\pm 1,467$ DE). La estancia media fue de 13,11 días ($\pm 3,8$ DE). Las variables clínico patológicas cualitativas relacionadas con la aparición de SCA estudiadas fueron: origen (domicilio vs residencia), tipo fractura (extracapsular vs intracapsular), transfusión, exitus tras el alta, polimedicación (4 frente a 5 o más), retención aguda de orina, antecedentes neuropsiquiátricos previos, infección urinaria. Objetivándose diferencias significativas en exitus tras el alta ($p < 0,001$) y en infección urinaria ($p < 0,035$). Las variables clínico-patológicas cuantitativas relacionadas con la aparición del SCA estudiadas fueron: edad (años), í. de Karnofsky, I. de Barthel, í. de Charlson, días previos a la cirugía, estancia media, hematocrito, albúmina, nº transfusiones. Objetivándose significación estadística ($p < 0,001$) con la edad, Karnofsky y Barthel.

Discusión. La pacientes mayores pluripatológicos hospitalizados con fractura de cadera presentan un aumento de la morbimortalidad a corto y largo plazo, entre otras, una de las complicaciones que puede contribuir a esto es el SCA. En nuestra serie la incidencia de SCA es de un 37,2%, hemos encontrado diferencias significativas tanto en la edad como en el estado funcional basal (índice de Barthel y Karnofsky) del paciente al ingreso, al igual que ocurre en otras series publicadas. Además encontramos diferencias significativas en aquellos pacientes que presentan durante el ingreso infección urinaria. Se objetiva asimismo, diferencia significativa en el número de exitus tras el alta en el grupo del con SCA.

Conclusiones. Los pacientes ingresados por fractura de cadera presentan factores predisponentes para presentar SCA durante el ingreso hospitalario, por lo que hay que estar atento a los diferentes factores precipitantes para prevenir este cuadro que conlleva un peor pronóstico y un aumento de la mortalidad tras el alta hospitalaria.

EA-80 DEFICIT DE VITAMINA B12. ANÁLISIS DE FACTORES ETIOLÓGICOS Y FORMAS DE PRESENTACIÓN

B. Alonso¹, A. Conde¹, D. Fiallo², S. de la Iglesia², A. Gil³, S. Suárez¹ y P. Betancor¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Medicina Interna. Clínica de San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Analizar la forma de presentación y frecuencia con que se realiza un estudio etiológico y sus resultados en una serie de pacientes con déficit de vitamina B12 ingresados en un Servicio de M. Interna.

Material y métodos. Se estudiaron 119 pacientes con diagnóstico de déficit de vitamina B12 ($B12 < 200$ pg/ml). Se recogieron datos demográficos, antecedentes, tratamiento previo, motivo de ingreso, valores de hemoglobina, VCM, leucocitos, plaquetas, la presencia de anemia (definida por los criterios de la OMS). Se recogieron los estudios realizados para investigar la etiología del déficit. Se analizó la forma de presentación del déficit de vitamina B12, si se producía anemia o no y su relación con características clínicas o analíticas. También se analizó con qué frecuencia se realizaron estudios para determinar la etiología del déficit y si la realización del estudio se relacionó con características clínicas, con el grado del déficit vitamínico o con la presencia o intensidad de la anemia. Para evaluar la relación entre variables categóricas se utilizó el test de chi-cuadrado y para la relación con variables continuas el test t-Student o U de Mann-Whitney.

Resultados. 51 eran varones (42,9%) y 68 mujeres (57,1%), con una edad media de 77,4 años; DE: 7,5 (rango de 60 a 94 años). Los principales diagnósticos de ingreso fueron: insuficiencia cardíaca, 45 (37,8%), infecciones, 55 (46,2%), accidente cerebrovascular, 9 (7,6%) y trombosis venosa profunda, 4 (3,4%). Tomaban metformina 28 pacientes (23,5%) y omeprazol 94 (79%). Presentaron anemia 83 pacientes (69,7%), siendo la hemoglobina media de 11,1 g/dl (rango: 6,7 a 16,4). Los varones tuvieron anemia con más frecuencia que las mujeres (80,4% vs 61,8%; $p = 0,029$). Sin embargo, las mujeres tenían valores de vitamina B12 significativamente inferiores a los varones ($p = 0,024$). No se observó relación entre los valores de vitamina B12 y la edad ($p = 0,9$). Presentaban microcitosis 10 pacientes (8,4%), normocitosis 90 (75,6%) y macrocitosis 19 (16%). Los valores de homocisteína se elevaron en el 79,2% de los pacientes. Se realizó endoscopia digestiva alta a 26 de los 119 pacientes (21,8%), de los cuales se efectuó biopsia a 16 (14,4% del total y 61,5% de los pacientes sometidos a endoscopia), observándose atrofia en 8 casos y displasia en 5. Los pacientes con atrofia o displasia en la biopsia tendían a mostrar unos niveles de vitamina B12 inferiores a los pacientes sin estos hallazgos ($p = 0,12$; $p = 0,28$). Se realizó serología de H. pylori en 109 pacientes, siendo positiva en 46 (38,7%). En ningún paciente de los que se efectuó biopsia se detectó esta infección. Se determinó la presencia de Ac anti células parietales en 23 pacientes (19,3%) y Ac anti factor intrínseco en 13 (10,9%). La realización de endoscopia digestiva se relacionó con una menor edad ($p = 0,012$), pero no con la presencia de anemia ni con los valores de hemoglobina o vitamina B12.

Discusión. El déficit de vitamina B12, cuya prevalencia en pacientes mayores oscila entre un 5 y 40% en la literatura en esta serie cursa con anemia en aproximadamente dos tercios de los casos. Con poca frecuencia se realiza endoscopia digestiva alta para filiar la etiología del déficit de vitamina B12 en pacientes hospitalizados (uno de cada 5 pacientes). De estos pacientes sometidos a endoscopia se realiza biopsia en aproximadamente 2 de cada 3 pacientes mostrando atrofia en la mitad de los casos biopsiados y displasia en uno de cada 3.

Conclusiones. En nuestro estudio la anemia está presente casi en el 70% de los pacientes con déficit de vitamina B12. La hiperhomocisteinemia es muy frecuente (79,2%), mientras que la serología de H. pylori positiva se demuestra en el 38,7% de los casos. Solo en uno

de cada cinco pacientes se realiza EDA y estudio autoinmunidad en dos de cada ocho pacientes para filiar la causa del déficit.

EA-81 CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDICTORES DE TRANSFUSIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

R. Arnáez Solís¹, I. Aranguren Ruiz², M. Areses Manrique¹, J. Sánchez Álvarez³, I. Goñi Zubiri³ y M. Acha Arrieta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacología Hospitalaria, ³Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica (HVC) Complejo Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra).

Objetivos. En España se producen anualmente unas 30.000 fracturas de cadera. La coexistencia en los pacientes ancianos de factores que favorecen las caídas (debilidad muscular, dificultades para la marcha, déficit visual, polimedicación, etc.) y de comorbilidad médica asociada confieren a este grupo de pacientes una especial predisposición a presentar complicaciones médicas graves relacionadas con la fractura. Las fracturas de cadera precisan un elevado consumo de hemoderivados, además a esto se suma que muchos de los pacientes intervenidos toman de forma crónica anticoagulantes (ACO) o antiagregantes (AAS) lo que aumenta el riesgo de sangrado en el periodo periquirúrgico. Nuestro objetivo es definir que características epidemiológicas y clínicas tiene los pacientes con fractura de cadera que precisan transfusiones y valorar si existen factores predictores que nos permitan tomar medidas profilácticas en dichos pacientes.

Resultados. Estudio descriptivo: De los 223 pacientes estudiados 111 (49,8%) precisaron ser transfundidos durante el ingreso. La estancia media de todo el grupo fue de 13,11 días ($\pm 3,8$ DE). La edad media de la muestra fue de 83,4 años ($\pm 9,3$ DE). Estudio de los factores relacionados con la variable transfusión. Las variables clínico-patológicas cualitativas relacionadas con la variable transfusión: tipo de fractura (extracapsular vs intracapsular), anticoagulación y antiagregación. Objetivamos resultados estadísticamente significativos (chi cuadrado) con una $p = 0,011$ para la variable tipo de fractura y de 0,002 para la variable antiagregación. No así la anticoagulación.

Discusión. De las variables estudiadas las que se relacionaron de forma significativa con una mayor incidencia de transfusiones fueron el tipo de fractura y el hecho de estar con antiagregación. El tipo de cirugía y la anticoagulación no se relacionaron en nuestro estudio. Los pacientes transfundidos presentaron una mayor estancia de ingreso, y una mayor edad. Los pacientes antiagregados se les transfundieron 1,5 vs 0,9 concentrados de hematíes más.

Conclusiones. A pesar de los tratamientos recibidos con suplementos de hierro y vitaminas, la anemia es una complicación frecuente en la fractura de cadera precisando un elevado consumo de hemoderivados. Se plantea la necesidad de añadir otros tratamientos como la Eritropoyetina en dosis única en estudios posteriores.

EA-82 ATENCIÓN AL PACIENTE NONAGENARIO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

S. Solà Muñoz¹, M. Carrizosa Bach¹, E. Fuentes González¹, J. Giol Amich¹, I. Bardes Robles¹ y L. Fuentes González²

¹Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).

Objetivos. Conocer la procedencia y características demográficas de los pacientes nonagenarios que consultan en el servicio de ur-

gencias y el número de pacientes que requieren ingreso hospitalario en unidades de medicina con atención al paciente pluripatológico.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional de la población nonagenaria que ingresa en servicio de Medicina Interna de nuestro centro, procedente de urgencias, durante el periodo del 1 de enero de 2010 al 30 de junio de 2010 ($n = 753$). Nuestro hospital es un centro terciario universitario con 800 camas y atiende aproximadamente 100.000 visitas urgentes/año. El material utilizado fue obtenido a partir de la base de datos del soporte informático del Servicio de Urgencias. Se recogieron las variables de edad, sexo, distribución de la atención, diagnóstico, estancia hospitalaria y destinación final del paciente.

Resultados. De los 753 pacientes nonagenarios que acudieron a urgencias un 71,1% fueron mujeres y un 28,3% varones. La edad media fue de 92,7 años. El 61,4% de estos pacientes son visitados en servicio médico de urgencias, el 9,7% en cirugía, 7,7% en traumatología. El 15% de los pacientes acuden provenientes de residencia o centro socio sanitario, 82% domicilio y 3% derivados de otros centros. La destinación al alta en un 61,2% de los casos es a domicilio, un 29,9% ingreso hospitalario, un 7,8% se deriva a otros centros, y un 0,3% ingresa en hospitalización a domicilio (HAD). De los ingresos hospitalarios un 27% fueron ingresos en Medicina Interna, un 5% en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y un 24,4% ingresa en la Unidad de Corta Estada. La estancia media del paciente en el servicio de medicina interna es de 7 días, en el Servicio de Enfermedades infecciosas 5 días y en la Unidad de Corta Estada de 3 días. En cambio en el Servicio de traumatología es de 18 días y Neurocirugía es de 21 días. El diagnóstico principal de ingreso en la Unidad de Corta Estancia es en un 38% insuficiencia cardíaca, un 45% sobreinfección respiratoria y EPOC descompensada, y un 20% IRA prerrenal. En el servicio de Medicina Interna ingresan 38% ICC, 30% insuficiencia respiratoria, 10% alteraciones hematológicas. El diagnóstico principal de ingreso en enfermedades infecciosas es 45% Infección respiratoria, 30% infecciones del tracto urinario, 20% celulitis. El destino al alta desde el ingreso 47% socio sanitario o centro de subagudos, 20% son ingresados en HAD y el resto son alta a domicilio.

Conclusiones. Los pacientes nonagenarios que ingresan en el Servicio de Medicina Interna, Unidad de Corta Estada y enfermedades Infecciosas, son fundamentalmente mujeres (siguiendo la distribución estándar por edad de la población general) que consultan por descompensación de su patología de base. El perfil del paciente que ingresa en Medicina Interna presenta mayor comorbilidad/gravedad o precisa estudio, en cambio la Unidad de Corta Estada se destina a tratamiento, siendo la destinación al alta a centro socio sanitario en la mayoría de casos.