



Publicación Oficial
de la Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

Revista Española de **Geriatría y Gerontología**

Volumen 50, Especial Congreso, Junio 2015

**57 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria
y Gerontología**

**XIV Congreso de la Asociación Vasca de Geriatria
y Gerontología Zahartzaroa**

San Sebastián-Donostia, 3-5 de junio de 2015

Indexada en:

IME, IBECS, Bibliomed, Biosis, Psycodoc, EMBASE/Excerpta Medica,
Embase Alert, PsycINFO y SCOPUS



ELSEVIER

www.elsevier.es/regg

mayor mortalidad intrahospitalaria ($p < 0,003$) y a los 12 meses ($p < 0,009$).

Conclusiones: El perfil de paciente con delirium es un anciano, que previamente vivía en residencia, con demencia, malnutrido y dependiente para sus ABVD y AIVD. El delirium se asocia a un peor estado funcional y mayor mortalidad tras un año de sufrir una fractura de cadera. Es posible identificar al grupo de riesgo de padecer delirium y adoptar medidas que eviten su aparición o minimicen sus potenciales consecuencias.

PC-032. ¿SE RECOGE LA SITUACIÓN BASAL (SB) Y EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ANCIANOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SUH)?

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

Objetivos: Evaluar en pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos (UGA) si se ha recogido en el servicio de urgencias (SUH) la situación basal (SB) (funcional, mental y social) y el tratamiento. Comparar, en caso afirmativo, si coincide con la valoración geriátrica realizada en planta.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de los pacientes dados de alta de UGA entre el 15/01/2015 y 15/02/2015. Se revisa la historia clínica realizada en urgencias valorando si se recoge la SB, si es completa o no y si coincide con la realizada en planta. También se revisa si se han recogido fármacos con dosis e intervalo. Otros datos recogidos: sexo, edad, procedencia (domicilio o residencia) y diagnóstico principal.

Resultados: Se revisaron 60 historias. Edad media $86,1 \pm 6,3$, 34 (56,67%) mujeres. 9 (15%) con demencia. Diagnóstico principal: 41 (68,33%) infecciones respiratorias y 26 (43,33%) ICC. Procedencia: 7 (11,67%) residencia, 53 (88,33%) domicilio. La SB se recogió en 15 (25%) incluyendo las tres esferas, en 4 (6,67%) era completa y en 23 (38,33%) no se recoge. Por áreas: función: 33 (55%) recogido, 5 (15,15%) de ellos fue corregido en planta. Mental: 25 (41,66%) recogido, 3 (12%) de estos fueron corregidos posteriormente (se etiquetó de demencia en lugar de deterioro cognitivo leve). Social: 21 (35%) recogido. No hay diferencias significativas entre los que se recogió y los que no respecto a sexo, edad o presencia de demencia. Fármacos: media: 8,11. En 58 (96,67%) fue recogido, de estos: 35 (60,35%) completo (posología y dosis) y 31 (53,45%) fueron corregidos posteriormente.

Conclusiones: En el 38,33% de pacientes ancianos no se recogió ningún dato de la SB en urgencias a pesar de la evidencia científica de su utilidad. Se recogió de forma incorrecta en el 15,15% de casos el área funcional y en 12% mental. Esto puede tener implicaciones importantes a la hora de plantear objetivos terapéuticos. En un 39,65% la recogida de fármacos fue incompleta, lo que impide adecuada conciliación de la medicación al ingreso. Esto se ha asociado a eventos adversos. En un 65% no se recogían datos sociales lo que dificulta la planificación de recursos desde el SUH.

PC-033. PÉRDIDA DE MOVILIDAD ARTICULAR EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS ASILADOS

M. Ornelas Contreras, E.V. Benavides Pando, J.M. Rodríguez-Villalobos y H. Blanco Vega
Universidad Autónoma de Chihuahua. México.

Introducción: Con el envejecimiento uno de los aspectos que cobra especial relevancia, es la pérdida de movilidad articular, entendida, como la posibilidad de mover los segmentos corporales a través de sus respectivas articulaciones, en su mayor rango de movimiento posible. Ésta se ve deteriorada en los mayores que disminuyen nota-

blemente sus actividades específicamente aquellos que están asilados. La falta de movilidad reduce considerablemente su autonomía e independencia, lo que a su vez repercute negativamente en su calidad de vida. Por ello se hace necesario contar con información al respecto con el fin de diseñar planes específicos de actividad física que permitan la recuperación del rango de movilidad de aquellas articulaciones con mayor grado de deterioro.

Objetivos: Determinar el grado de pérdida del rango de movilidad articular en adultos mayores chihuahuenses asilados.

Métodos: Estudio descriptivo no experimental y transversal, participando 80 adultos mayores, 39 mujeres y 41 hombres, edad entre 60 y 98 años, media de 77,3 y desviación estándar de 9,3 años. Sin limitación psíquica que impidiera la comunicación. Tomando como variables independientes la articulación (hombro, codo, cadera y rodilla) y a su lateralidad (izquierda y derecha) y como variable dependiente el porcentaje de pérdida de rango de movilidad en cada articulación.

Resultados: Una vez calculada la pérdida de movilidad hombro izquierdo (48,8%) derecho (48,4%); codo izquierdo (18,6%) derecho (15,9%); cadera izquierda (37,8%) derecha (34,3%) y rodilla izquierda (16,2%) derecha (19,3%) y realizadas las pruebas estadísticas correspondientes, los hombros y la caderas son las articulaciones con mayor porcentaje de pérdida de movilidad articular; de acuerdo a la variable lateralidad, con excepción de la rodilla, tiende a existir una mayor pérdida de movilidad articular en el lado no dominante (izquierdo).

Conclusiones: La utilidad de determinar el grado de pérdida de la movilidad en cada articulación permite establecer planes específicos de actividad física para la recuperación del rango de movilidad de aquellas articulaciones con mayor pérdida; contribuyendo de esta manera al mantenimiento o recuperación de la autonomía y la independencia en las actividades básicas de la vida cotidiana de los adultos mayores asilados, disminuyendo así la carga de sus cuidadores.

PC-034. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIONES INADECUADAS ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA SEGÚN CRITERIOS STOPP-START (EDICIÓN 2014)

M.E. Baeza Monedero¹, E. de Jaime Gil², E. Sevilla Arispón², M.L. Rodríguez Gallego², A.J. Cruz-Jentoft¹ y R. Miralles Basseda²
¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de prescripción inapropiada (PI) antes y después de una intervención en un hospital de día geriátrico (HDG).

Métodos: Se revisó de forma retrospectiva la documentación clínica de los pacientes dados de alta de un HDG a lo largo del año 2013. Se analizó la adecuación de cada fármaco prescrito en el momento del ingreso y del alta, siguiendo la nueva edición de los criterios STOPP-START del 2014.

Resultados: En los 139 pacientes estudiados, la media de medicamentos inapropiados según criterios STOPP al ingreso era de $1,93 \pm 1,09$, mientras que en el momento del alta fue de $1,10 \pm 0,31$ ($p < 0,001$). En cuanto a los criterios START, al ingreso existía una media de $1,40 \pm 0,74$ medicamentos y en el momento del alta de $1,22 \pm 0,44$ ($p = 0,18$). El número medio de fármacos al ingreso fue de $7,95 \pm 3,32$ y al alta de $7,85 \pm 3,20$ ($p = 0,52$). 97 pacientes que al ingreso tenían algún criterio STOPP de PI; de ellos, 36 (37,11%) dejaron de cumplirlos tras la intervención en HDG, mientras que de los 41 pacientes que no cumplían ningún criterio STOPP al ingreso, solo hubo 4 (9,75%) que lo adquirieron durante la intervención, ($p < 0,01$). 40 pacientes tenían algún criterio START al ingreso, al final de la intervención; 36 de ellos dejaron de cumplirlos (90%); mientras que de los 99 que no cumplían ningún criterio START al ingreso, hubo 5 que en el momento del alta sí los cumplían (5,05%) ($p = 0,28$).