

# 43 CONGRESO SAGG

SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

SALUD MENTAL  
EN MAYORES

# ALMERÍA

27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA

#congresosagg2023

[www.congresosagg.com](http://www.congresosagg.com)  
[info@congresosagg.com](mailto:info@congresosagg.com)



## COMUNICACIONES



# SAGG

Sociedad Andaluza  
de Geriatría y Gerontología

Secretaría técnica:

**Fase20**  
congresos

C/ Mozárabe 1, Edif. Parque Local 2 - 18006 - Granada  
Tel. 958 20 35 11 - Fax: 958 20 35 50  
[www.fase20.com](http://www.fase20.com) • [info@fase20.com](mailto:info@fase20.com)



ISBN: 978-84-09-55994-7

© Copyright 2023. Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología (SAGG).

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito de los titulares del Copyright.



## 732/2. UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. NUEVO ABORDAJE INTERNIVEL DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.

### **Autores:**

Palacios Simón, A.<sup>1</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. AGSNM. Málaga.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

La Unidad de Continuidad Asistencial, se crea en el Área Sanitaria Norte de Málaga como una respuesta más a la atención al paciente crónico complejo para generar una atención proactiva, con tratamiento hospitalario sin necesidad de ingreso, de fácil y rápido acceso desde la consulta de Atención Primaria.

Análisis descriptivo del perfil del paciente derivado a la Unidad De Continuidad Asistencial así como de la actividad, tratamientos e ingresos tras la asistencia en ella.

#### **Metodología:**

Estudio transversal descriptivo: edad, sexo, valor EPADI, tratamiento realizado, ingreso posterior.

#### **Resultados**

La media de edad de los pacientes es de 73,8 años, de ellos mayores de 70 años supone el 62.20% del total de las consultas recibidas.

De los pacientes que han sido atendido tan solo el 25,51% tienen realizado y registrado el nivel de fragilidad según la escala EPADI siendo los valores medios (4-6) los valores Moda los pacientes atendidos en UCA.

Los procedimientos que se han realizado son principalmente tratamientos deplectivos por descompensación de I. Cardíaca Crónica y tratamiento ferroterápicos intravenoso ocupando el 30% y el 60% de las consultas respectivamente, además de otras técnicas con paracentesis evacuadoras en el caso de hepatopatías crónicas con descompensaciones hidrópicas, etc.

Cabe destacar otras consultas para gestión de casos por las que son derivadas a la UCA en las que se trata de coordinar distintos servicios para atender al paciente en solo acto.

De los pacientes atendidos ha habido 4 reingresos, lo que supone el 4.08% de los pacientes, en todos los casos los pacientes no han ingresado por descompensación de su patología crónica.

#### **Conclusiones:**

UCA se muestra como una unidad de gran plasticidad y adaptación como punto fuerte para poder realizar una gestión de casos y prestar la mayor atención al paciente crónico complejo,

#### **Palabras Clave**

Cronicidad, Crónico Complejo, Atención Coordinada.



## 732/3. RELACIÓN ENTRE LA FRAGILIDAD E IMPACTO DE LA COVID 19 EN POBLACIÓN RESIDENCIAL DEL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO.

### **Autores:**

Castillo Gallego, C.<sup>1</sup>, Araujo Ordoñez, M.<sup>2</sup>, Cruz Santaella, A.<sup>2</sup>, Díaz Villarrubia, L.<sup>2</sup>, Rivas Espinoza, R.<sup>2</sup>, Rodríguez Nieto, C.<sup>2</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Geriatria. Hospital Virgen del Valle, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo., (2) Geriatria. Hospital Virgen del Valle. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Durante la crisis sanitaria de 2020 por la COVID 19, la Unidad de Continuidad Asistencial Domiciliaria (UCAD) del servicio de Geriatria del hospital Virgen del Valle de Toledo, tuvo que modificar urgentemente su metodología de trabajo para dar apoyo a las 92 residencias que están dentro del área hospitalaria de Toledo. De esta forma, dimos atención sanitaria especializada a estos centros para paliar los estragos que la enfermedad producía entre la población más vulnerable, que fueron los pacientes que vivían en residencias de ancianos. Al mismo tiempo, reducíamos la afluencia de los mismos a los centros hospitalarios, que estaban ya sobrepasados por la emergencia sanitaria. El objetivo de este estudio es saber si la Fragilidad fue un factor de riesgo para contraer la enfermedad y para una evolución más severa de la misma.

#### **Metodología:**

Estudio transversal con datos recopilados por el personal sanitario de las residencias de ancianos desde mayo hasta agosto de 2020. Se recopilaron datos demográficos como edad, sexo, presencia de sintomatología por COVID 19, necesidad de hospitalización y éxitus. El haber padecido la enfermedad se determinaba por resultado de PCR y serología. El grado de fragilidad se determinó utilizando la Escala Clínica de Fragilidad. Se realizó un análisis de T-student para comparar las muestras utilizando una hoja de cálculo Excel.

#### **Resultados**

Se obtuvieron los datos de 555 residentes, de los cuales, el 67% eran mujeres. La edad media era de 83.79 (DS 10.2) años. La media de fragilidad, según la Escala Clínica de Fragilidad, era 5,05 (DS 1.08), siendo el 62% de la población frágil, el 11% pre-frágil y el 27% robusta. Entre los residentes, 368 dieron positivo para COVID 19, de los cuales, 234 presentaron síntomas. Se produjeron 80 hospitalizaciones, lo que suponía un 21% de la población infectada, y hubo 13 éxitus, que suponía el 3,5% de los casos. No hubo diferencias en cuanto a fragilidad entre los positivos y negativos por COVID 19. Tampoco había diferencia en cuanto a fragilidad entre sintomáticos y asintomáticos, hospitalizados y no hospitalizados, o con fallecidos.

#### **Conclusiones:**

La UCAD atendió a los pacientes en residencia de ancianos durante la crisis de la COVID 19, proporcionando soporte de base hospitalaria en dichos centros en un momento en que los hospitales estaban saturados. Los datos demuestran una baja afluencia de pacientes al hospital, gracias al apoyo especializado de los Geriatras, así como una baja mortalidad, en el periodo en el que se obtuvieron los datos. Según este estudio, la Fragilidad no era un factor determinante para padecer o no COVID 19, ni tampoco para presentar o no sintomatología o una evolución tórpida, en lo que se refiere a necesidad de hospitalización y fallecimiento.

#### **Palabras Clave**

COVID 19, fragilidad, residencias.



## 732/4. EL NUEVO CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA ANTE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO.

### **Autores:**

García Monlleó, J.<sup>1</sup>, Fernández Parra, J.<sup>2</sup>, Hernández Gil, Á.<sup>1</sup>, Checa González, M.<sup>1</sup>, Domínguez Roldan, J.<sup>1</sup>, Fernández-Crehuet Navajas, J.<sup>1</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Comisión de Deontología. Consejo Andaluz de Colegios de Médicos., (2) Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

- Dar a conocer el nuevo Código de Deontología Médica presentado en el Congreso de los Diputados en marzo 2023.
- Valorar el capítulo IX de Atención Médica al final de la vida.
- Hacer referencia explícita a la eutanasia y suicidio medicamente asistido.

#### **Metodología:**

Análisis de deliberación del nuevo Código de Deontología Médica publicado por la Organización Médica Colegial y el Consejo General de Colegios de Médicos en su CAPÍTULO IX. ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA.

Artículo 38.1 El médico tiene el deber de intentar la curación o la mejoría del paciente siempre que sea posible. Llegado el momento en que no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para procurar su mayor bienestar posible y dignidad, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida.

Artículo 38.2 El médico no debe emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios, o inútiles para el enfermo. Debe retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando su pronóstico así lo aconseje. Del paciente, tendrá en cuenta su voluntad explícita o anticipada a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida.

Artículo 38.3 Cuando la situación clínica del paciente no le permita tomar decisiones, el médico debe respetar las instrucciones previas o voluntades anticipadas y, en caso de no existir, la opinión del paciente manifestada y conocida con anterioridad y la expresada por sus representantes.

#### **Resultados**

REFERENCIA A LA EUTANASIA Y SUICIDIO MEDICAMENTE ASISTIDO:

La Legalidad vigente LORE 3/2021

La Deontología Médica CDM. 2022: El médico no deberá provocar ni colaborar intencionadamente en la muerte del paciente.

RESPUESTA ÉTICA PERSONAL: Conciencia Libre y Autónoma.

#### **Conclusiones:**

ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

Si puedes curar, cura.

Si no puedes curar, alivia.

Si no puedes aliviar, consuela.

El médico no deberá provocar ni colaborar intencionadamente en la muerte del paciente.

#### **Palabras Clave**

Eutanasia, Suicidio medicamente asistido.



## 732/5. ASISTENCIA DOMICILIARIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA.

### **Autores:**

Callejas Pérez, M.<sup>1</sup>, Pérez Nicolas, J.<sup>2</sup>, Rubio Roig, R.<sup>3</sup>, Castro Carrique, C.<sup>1</sup>, Segura Barón, M.<sup>4</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (2) Almería., (3) Enfermera. Supervisora. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (4) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

La hospitalización a domicilio consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados, de rango hospitalario, a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. Surge por una necesidad de desarrollar un nuevo modelo de atención sanitaria debido al envejecimiento poblacional, el descenso de camas disponibles en los centros agudos y por las necesidades complejas de salud cada vez más de los pacientes ancianos.

Objetivo General: Promoción, rehabilitación y fomento de la salud, así como la mejora en la calidad de vida de pacientes y familia incluidas en el programa.

#### ■ **Objetivos Específicos:**

1. Educación al paciente, familiar y/o cuidador principal en aspectos como:
2. Cuidados paliativos, escucha y apoyo emocional.
3. Permitir coordinación interdisciplinar.
4. Evitar reingresos hospitalarios.
5. Asistencia sanitaria en dispositivos, analíticas, administración de sueroterapia, Valoración y Tto de UPPs.
6. Terapias farmacológicas.

#### **Metodología:**

Este estudio se llevó a cabo gracias al seguimiento del paciente mediante visitas periódicas, en función de las necesidades requeridas y colaboración con el equipo multidisciplinar para la eficacia y eficiencia de los cuidados.

Se han incluido 40 pacientes, incorporados en el programa domiciliario durante los periodos que oscilan entre 2021 y 2023. Con edades comprendidas entre los 75 y 100 años. Pacientes dependientes para las AVD con limitación de movilidad.

#### Criterios de INCLUSION:

Aquellos pacientes que hayan sido valorados por el equipo asistencial del programa y sean considerados aptos.

- **AGUDOS:** Completar Ttos iniciados en el hospital.
- **CRÓNICOS:** Proveer servicios multidisciplinarios.
- **PALIATIVOS:** Poder aplicar medidas de confort necesarias para evitar limitación del esfuerzo terapéutico.

#### Criterios de EXCLUSION:

- Mejoría clínica.
- Reingreso hospitalario.
- Exitus.

En todos los casos, la intervención enfermera se realizó en el marco de un equipo multidisciplinar, encaminado al control y mejora de los síntomas de la enfermedad, así como proporcionar el mayor confort y calidad posible para el paciente y sus cuidadores principales.



43 CONGRESO  
**SAGG**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



SALUD MENTAL  
EN MAYORES  
**ALMERÍA**  
27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA



### Resultados

Del estudio realizado, se desprendieron los siguientes resultados:

PACIENTES: 40 (100%)

MEJORA CLINICA: 30 (75%)

REINGRESO HOSPITALARIO: 4 (10%)

EXITUS: 6 (15%)

### Conclusiones:

Con este programa se pretende demostrar la efectividad en la continuidad de cuidados, la disminución o nulidad de reingresos hospitalarios, reduciendo las complicaciones derivadas de la hospitalización y aumentando la eficiencia de la actividad asistencial. Estos resultados, apuntan a que los cuidados domiciliarios en los que se incluyen enfermeras, producen mejoras en la calidad de vida del paciente y los cuidadores principales, disminuyendo la carga percibida debida a la enfermedad y por consiguiente una satisfacción con el cuidado recibido.

### Palabras Clave

Domiciliario, educación, reingresos, asistencia, cuidados.



## 732/6. VIOLENCIA DE GENERO EN MAYORES.

### Autores:

Callejas Pérez, M.<sup>1</sup>, Pérez Nicolas, J.<sup>2</sup>, Soto Andújar, M.<sup>3</sup>, Rubio Roig, R.<sup>4</sup>, Castro Carrique, C.<sup>1</sup>, Vicario Hurtado, C.<sup>4</sup>

### Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (2) Almería., (3) Trabajadora social. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (4) Enfermera. Supervisora. Hospital HLA Mediterraneo. Almería.

### Resumen:

#### Objetivos:

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública y precisa un abordaje multidisciplinar que ha de contar con la valoración e intervención de las distintas competencias profesionales, garantizando la coordinación y continuidad asistencial.

Se hace una revisión sobre el estudio realizado por la Delegación del Gobierno sobre la violencia de género en mujeres mayores de 65 años que han sido víctimas, y otras referencias bibliográficas, que reflejan la invisibilidad de la violencia de género hacia las personas mayores.

Los medios de comunicación generalmente asocian la violencia de género con mujeres jóvenes o de mediana edad, y no con mujeres de más de 65 años, incluso las campañas de sensibilización y los recursos especializados están muy poco enfocados hacia las víctimas de mayor edad.

Siendo perpetrada por la pareja con la que han convivido durante décadas, experimentan una violencia que ha pasado a formar parte de sus vidas, lo que hace que muchas no la consideren como tal. La invisibilidad de este tipo de violencia aparece también por una falta de autorreconocimiento como víctimas, lo que dificulta que pidan ayuda o denuncien.

Los objetivos son:

- Concienciar al personal sanitario e identificar las causas desencadenantes de este fenómeno para erradicar este tipo de violencia y hacerlo visible
- Reorientar los recursos de ayuda y protección hacia este grupo de población específico.

#### Metodología:

El Hospital HLA Mediterraneo inicio en febrero del 2023 su proceso de Acreditación como Centro Comprometido contra la Violencia de Género, desarrollando los protocolos de actuación sanitaria y acciones formativas para concienciar a los profesionales, creando nuevos circuitos de trabajo, tanto en urgencias como en plantas de hospitalización, específicos para atender los casos confirmados o con sospecha de violencia de género creando un comité interdisciplinar.

Las fases del protocolo estarían resumidas en:

1. DETECCION mediante una entrevista/anamnesis.
2. VALORACION de seguridad y riesgo y biopsicosocial.
3. PLANES DE ACTUACION. Indicadores de sospecha con reconocimiento o no y/o confirmación de malos tratos.

#### Resultados

A través de experiencias, opiniones y percepciones de las mujeres mayores de 65 años sobre la violencia de género como problema actual. Debido a que el desarrollo conceptual y normativo es mas reciente que las situaciones sufridas por estas mujeres mayores, hay menor reconocimiento de las situaciones de violencia, considerándolas normales dentro de la relación de pareja.

#### Conclusiones:

Los servicios sanitarios debemos detectar, prevenir y minimizar la violencia de género, siendo un canal de información y asesoramiento para estas mujeres.



43 CONGRESO  
**SAGG**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



SALUD MENTAL  
EN MAYORES  
**ALMERÍA**  
27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA



Una de las claves es que los profesionales mantengan una actitud de ALERTA ACTIVA y estén sensibilizados y formados para detectar signos de violencia de género en todas sus manifestaciones.

### Palabras Clave

Violencia de género, recursos, formación, abordaje, prevención.



## 732/7. DETERIORO COGNITIVO POR ITU EN PACIENTE GERIÁTRICO.

### **Autores:**

Pérez Nicolas, J.<sup>1</sup>, Callejas Pérez, M.<sup>2</sup>, Rubio Roig, R.<sup>3</sup>, Vicario Hurtado, C.<sup>3</sup>, Castro Carrique, C.<sup>2</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Almería., (2) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (3) Enfermera. Supervisora. Hospital HLA Mediterraneo. Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Paciente de 84 años varón, que llega al servicio de Urgencias acompañado de su hija.

Se realiza la anamnesis a la hija, ya que el paciente presenta disartria, palabras incoherentes y está muy somnoliento.

La hija refiere que su padre era autónomo e IAVD, pero de forma repentina ha comenzado con episodio de desorientación, disartria, relajación de esfínteres, deterioro de la movilidad, incapacidad para la marcha y arreactividad

Refiere leve disuria en la micción.

#### **Metodología:**

EXPLORACIÓN FÍSICA:

##### ■ CONSTANTES:

■ Tª: 39,1°C; TAS: 140, TAD: 85; SAT: 96%

■ NUTRICIÓN: Buen estado de nutrición.

■ HIDRATACIÓN: Moderada deshidratación de piel y mucosas.

■ ASPECTO GENERAL: Regulares condiciones generales.

■ AUSCULTACIÓN CARDÍACA: Tonos rítmicos.

■ AUSCULTACIÓN RESPIRATORIA: Ventilán bien todos los campos.

■ TÓRAX/ABDOMEN: Abdomen blando, depresible, sin megalias ni dolor. Peristaltismo conservado.

■ MM.SS./MM.II.: Pulsos distales conservados. No edemas. Moviliza con dificultad ambas extremidades. No signos TVP.

■ EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: Apertura ocular espontánea, desvía la mirada.

■ Sensibilidad en extremidades conservadas, las moviliza con lentitud.

■ No signos meníngeos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

##### ■ Análítica Sanguínea

Serie Roja – Sin anormalidades

Leucocitos, 25.32 x10<sup>3</sup>/μL

Neutrófilos segmentados 21.15 x10<sup>3</sup>/μL

Linfocitos 0.93 x10<sup>3</sup>/μL

Monocitos 0.29 x10<sup>3</sup>/μL

Eosinófilos 0.15 x10<sup>3</sup>/μL

Basófilos 0.02 x10<sup>3</sup>/μL

Serie plaquetar normal

Glucosa, Suero 85 mg/dl

Urea, Suero 23 mg/dl

Creatinina, Suero 0.5mg/dl



Sodio, Suero 138 mMol/l  
Potasio, Suero 3.50 mMol/L  
Coagulación: Dentro de la normalidad

■ Analítica de Orina

Densidad 1.025  
pH 7,8  
Proteínas 30 mg/dL  
C cetónicos Negativo  
Bilirrubina Negativo  
Glucosa Negativo  
Urobilinógeno Negativo  
Nitritos Positivo  
Hematíes 80 cél/μL  
Leucocitos 20 cél/μL  
Importante Piuria

■ UROCULTIVO: Positivo a E.COLI

■ ECG : ritmo sinusal

■ RX de TÓRAX: Normal

■ TAC DE CRÁNEO: Sin alteraciones

**Resultados**

Juicio Clínico: ITU

**Conclusiones:**

Diagnostico Diferencial:

■ Pielonefritis

■ Cistitis

■ Prostatitis

■ Comentario final:

El paciente fue ingresado, se inició tto antibiótico IV con Cefalosporinas y Fosfomicina v.o.

A los 2 días se solucionó el deterioro cognitivo y a los 7 días fue dado de alta con los parámetros analíticos dentro de la normalidad.

En conclusión.

Las ITU en ancianos constituyen uno de los principales motivos de hospitalización.

La mayoría de son asintomáticas, las ITU sintomáticas contribuyen a la morbilidad de esta población.

Los procesos infecciosos en ancianos, pueden debutar con otra sintomatología diferente a la de un adulto joven. Sobre todo a nivel neurológico.

Se debe lograr un adecuado diagnóstico, realizar una historia clínica detallada y diferenciar los síntomas.

Rojas Oviedo PD. Infecciones del tracto urinario, bacteriuria asintomática en el adulto mayor. Revista Geriatria Clínica. 30 de marzo, 2018;12(1). Recuperado a partir de: [http://adm.meducatium.com.ar/contenido/articulo\\_s/15300130017\\_1074/pdf/15300130017.pdf](http://adm.meducatium.com.ar/contenido/articulo_s/15300130017_1074/pdf/15300130017.pdf)

**Palabras Clave**

Anciano, infección, urinaria, deterioro, cognitivo.



## 732/8. DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA DESDE URGENCIAS DEL ANCIANO FRÁGIL.

### **Autores:**

Pérez Nicolas, J.<sup>1</sup>, Callejas Pérez, M.<sup>2</sup>, Vicario Hurtado, C.<sup>3</sup>, Castro Carrique, C.<sup>2</sup>, Segura Barón, M.<sup>4</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Almería., (2) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (3) Enfermera. Supervisora. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (4) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Desde el servicio de urgencias, enfermería se propone el aseguramiento de la correcta comprensión, adherencia y cumplimiento del tratamiento del anciano vulnerable tras la visita a nuestro servicio, manteniendo contacto telefónico de seguimiento 24 horas después.

#### **Metodología:**

Para incluir al paciente en este procedimiento, tiene que cumplir al menos, 2 de los siguientes factores:

- Mayor de 80 años.
- Que viva solo o que su conviviente sea de las mismas características.
- Ingresos hospitalarios recientes.
- Polifarmacia.
- Sospecha de apoyo ineficaz o insuficiente.
- Historial de caídas.
- Que tenga depresión o deterioro cognitivo.
- La captación del anciano frágil la realizará el enfermero de triaje en la entrevista que realiza a su llegada, si se marcha de alta a su domicilio, hay que confirmar con el paciente el teléfono donde sea más fácil localizarlo, y se le informa que al día siguiente recibirá una llamada telefónica para ver cómo se encuentra.
- Se notificará en el mostrador de urgencias y lo citarán en consulta de enfermería telefónica del día siguiente.

#### **Resultados**

Comenzamos con esta iniciativa en el mes de junio del año 2022.

Desde entonces hasta el 31 de agosto de 2023, hemos atendido en urgencias un total de 1.619 pacientes mayores de 80 años que se marcharon a su domicilio tras la atención recibida.

Fueron captados 210 pacientes (un 12.97%) para dicho seguimiento.

#### **Conclusiones:**

Puede parecer un porcentaje relativamente bajo, pero nuestros pacientes mayores suelen tener apoyo familiar importante.

La iniciativa ha sido muy bien acogida por parte de los pacientes y familiares que la han recibido, que se han mostrado muy satisfechos por la iniciativa.

#### **Palabras Clave**

Adherencia, tratamiento, vulnerable, deterioro, frágil.



## 732/9. LA CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO: UNA TAREA PENDIENTE.

### **Autores:**

Araujo Ordoñez, M.<sup>1</sup>, Burggraaf Sánchez-Matas, H.<sup>2</sup>, Camuñas Sevilla, C.<sup>3</sup>, González García, I.<sup>3</sup>, García Mezcuca, N.<sup>3</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Hospital Virgen del Valle, Toledo, (2) Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Toledo, (3) Unidad de Calidad asistencial y seguridad del paciente. Hospital Universitario de Toledo.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

1. Comprobar si, durante la hospitalización de pacientes ancianos, se cumplen con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en materia de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos, haciendo referencia a tres puntos claves: disponer de una historia completa sobre la medicación en domicilio, corroborar con fuentes de información veraces el tratamiento actual y asegurar una lista actualizada de la medicación activa.
2. Analizar si el uso de frases tópicos que pueden inducir a errores en la interpretación del esquema terapéutico es una práctica habitual en los servicios médicos hospitalarios.

#### **Metodología:**

Revisión de los informes de alta hospitalaria de pacientes mayores de 75 años ingresados a cargo de cualquier servicio médico durante un mes aleatorizado de los últimos 3 años.

Se recogen variables demográficas (edad, sexo y lugar de residencia), constancia de información corroborada relativa a la medicación activa del paciente, uso de frases tópicos que pueden inducir a interpretaciones erróneas en el tratamiento al alta (tales como "continuar con su medicación", o "a lo habitual añadir...") así como si se especifica duración en tratamientos al alta.

#### **Resultados**

Se revisaron 280 informes, recogiendo el tratamiento habitual en el 89%, pero aportando la fuente de la información en el 12%.

En el 18,5% de los informes se recogía la posología completa de los fármacos, indicando dosis y periodo del día en el que se administra, el 48% lo reflejaba de manera parcial, y en el 21% no se recogía.

En el 79,3% de los informes se refleja el tratamiento a seguir al alta, usándose frases tópicos en el 32% de los informes, incluso en pacientes que no han sido confirmado el tratamiento al ingreso se usan frases tópicos al alta hasta en el 35%.

En cuanto a tratamientos no sostenidos en el tiempo, en el 18% de los casos no se indica el momento de la retirada. El 55% de los informes no determinaba específicamente los fármacos a añadir, o a retirar al alta hospitalaria.

#### **Conclusiones:**

El porcentaje de pacientes en los que no se recoge el tratamiento al ingreso es elevado (11,1%) siendo excepcional indicar la confirmación del mismo.

Se ha encontrado que sigue siendo frecuente el uso de tópicos en la práctica clínica, incluso cuando la medicación no ha sido confirmada ni se ha recogido la pauta completa de cada uno de los fármacos.

En los pacientes que presentan medicación al ingreso, un alto porcentaje de ellos no recibe información sobre qué debe suspender, mantener, modificar dosis, etc. al alta, lo que puede generar confusión para el propio paciente, así como dificultar la atención por parte de otros profesionales y facilitar errores derivados de un tratamiento equívoco.

#### **Palabras Clave**

Conciliación, medicamentos, paciente crónico, tratamientos.



## 732/10. BENEFICIOS DE LA UTILIZACIÓN DE ESCALA DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PLANTA DE GERIATRÍA.

### **Autores:**

Castro Carrique, C.<sup>1</sup>, Callejas Pérez, M.<sup>1</sup>, Pérez Nicolas, J.<sup>2</sup>, Segura Barón, M.<sup>3</sup>, Rubio Roig, R.<sup>4</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (2) Almería., (3) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería, (4) Enfermera. Supervisora. Hospital HLA Mediterraneo. Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

La escala NEWS (National Early Warning Score) se utiliza en Inglaterra desde 2012 con el OBJETIVO de hacer una detección precoz del riesgo de pacientes hospitalizados por el personal de enfermería para disminuir la mortalidad hospitalaria.

Se basa en la determinación de 6 parámetros clínicos que se registran en la práctica habitual, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, tensión arterial sistólica, saturación de oxígeno, nivel de conciencia y temperatura, asignándose diferentes puntuaciones en función de los resultados, y la sumatoria de puntos establece un nivel de riesgo que determina la actitud a seguir.

#### **Metodología:**

En el año 2021, se realizó formación en el uso de la escala NEWS al personal de Enfermería, y la implementación del protocolo de actuación para su aplicación en función de la estratificación del riesgo, donde se diferenciaba entre riesgo bajo, medio y alto, y las diferentes medidas que había que iniciar:

Bajo Riesgo: 1-4 puntos. ACTITUD: continuar con el control de constantes pautado.

Medio Riesgo: 5-6. ACTITUD: avisar al médico de guardia y aumentar frecuencia de toma de constantes.

Alto Riesgo: > o = 7 puntos. ACTITUD: avisar a medico intensivista y monitorización continua

Las enfermeras, en todos sus turnos registran la puntuación de la escala NEWS y en todos los casos en los que los pacientes avisen por empeoramiento.

#### **Resultados**

Después de llevar a cabo la formación a los profesionales se eligió la unidad de Geriatria del hospital para implementar esta nueva iniciativa.

Para medir estos resultados se tomó como muestra los meses de mayo y junio del año 2022.

De los 179 pacientes ingresados en esas fechas en dicha unidad, se le realizó la escala NEWS, al menos una vez en el turno, a 152 pacientes que corresponden a un 85% de la unidad comprobando la utilización del personal y posterior registro en la historia clínica del paciente.

De esos 152 pacientes un 95% obtuvieron bajo riesgo (puntuación 1-4) donde se continuo con el tratamiento pautado y toma de constantes.

Un 5% de los pacientes obtuvo una puntuación roja, y 1 paciente obtuvo > de 7, activando el protocolo de emergencia intrahospitalaria denominado CODIGO ROJO

#### **Conclusiones:**

La escala NEWS es fácilmente aplicable en el hospital.

Estratifica adecuadamente el riesgo de la situación clínica del paciente.

El aprendizaje es muy rápido y sencillo.

Normaliza la información que da enfermería a médico de guardia.

Disminuye la mortalidad hospitalaria.



43 CONGRESO  
**SAGG**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



SALUD MENTAL  
EN MAYORES  
**ALMERÍA**  
27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA



### Palabras Clave

Riesgo mortalidad, formación, detección, escala.



## 732/11. LA VITAMINA D ESA GRAN DESCONOCIDA, ANALISIS DE SU USO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS/CAÍDAS DE REPETICIÓN EN PERSONAS MAYORES.

### **Autores:**

Benítez Rivero, J.<sup>1</sup>, Galvín Domínguez, L.<sup>2</sup>, Bitaubé Cortes, S.<sup>2</sup>, Villar Puerto, F.<sup>3</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Geriatra. Control de Calidad Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera., (2) Médico de familia. Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera., (3) Trabajadora Social. Directora Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

La vitamina D es una gran desconocida, su relación con las caídas es conocida y publicada por nosotros hace unos años, en la que seguimos investigando, como en este caso para conocer la frecuencia de administración mas eficaz para prevenir caídas y caídas de repetición.

Analizar el uso de los suplementos de vitamina D en personas mayores para evitar la incidencia de caídas y de caídas de repetición, así como determinar que posología es la más eficaz de uso.

#### **Metodología:**

Estudio de cohorte descriptivo de inicio en septiembre de 2020 hasta septiembre 2023, tomando como universo toda la población institucionalizada en la Fundación Centro de Acogida San José de Jerez. Se utiliza el programa informático IPSS 20, se hace análisis descriptivo, de frecuencia, regresión logística, análisis del área bajo la curva ROC y con significación de  $p < 0.005$ .

#### **Resultados**

En septiembre de 2020 había 118 residentes, de los cuales solo 3 tenían vitamina D, y ocurrieron 248 caídas. En septiembre de 2023, tenían vitamina D 122 de los 149 residentes, con una incidencia de 121 caídas, y 59 residentes con  $p < 0.001$ , El nivel medio de vitamina D =  $43.46 \pm 31.80$  (4-134) nanogramos/dl. La administración de dosis semanal es significativa para  $p = 0.0156$  para prevenir caídas Cuando analizamos la dosis más efectiva vemos que es la semanal  $p = 0.0392$  para las caídas de repetición. Podemos ver que, diferenciando en función del nivel de 20 nanogramos, nivel mínimo referido por la evidencia científica, la OR es de 1.14 de producir una caída cuando está por debajo de 20. El área bajo la curva es de 0.518 cuando estudiamos caídas/nivel de vitamina D.

#### **Conclusiones:**

- 1.- El uso de Vitamina D en dosis semanal de 0.266 mgrs, es efectiva de uso en mayores para prevenir la incidencia de caídas y de caídas de repetición.
- 2.- Debe de determinarse los niveles de vitamina D de cada persona mayor, cada 6 meses.
- 3.- Debe de utilizarse una dosis semanal, la dosis mensual no es efectiva.
- 4.- La vitamina D, es una desconocida para gran parte de la población sanitaria, pero es una vitamina de la que cada vez vamos descubriendo nuevas características muy significativas para la persona mayor.
- 5.- Cuando la persona mayor esta en rango, no debe de suprimirse la toma del suplemento de vitamina D.
- 6.- En estos años no hemos tenido ninguna incidencia por niveles superiores a 100 nanogramos.
- 7.- La relación de Vitaminada D/peso es causa de otro estudio de sarcopenia.

#### **Palabras Clave**

Vitamina D, Caídas, Caídas de repetición, Persona mayor.



## 732/12. CAIDAS EN LAS PERSONAS MAYORES. METODOLOGÍA AMFE PARA SU DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO.

### **Autores:**

Castro Carrique, C.<sup>1</sup>, Callejas Pérez, M.<sup>1</sup>, Pérez Nicolas, J.<sup>2</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Enfermera. Hospital HLA Mediterraneo. Almería., (2) Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Ninguna persona es ajena al riesgo de caídas, siendo un hecho que los niños pequeños están todo el día en el suelo, pero es conocido que se recuperan rápido y como suele decirse “parecen de goma”.

Una caída en una persona mayor tiene peores consecuencias que en una joven, no solo físicas si no también psicológicas y genera emociones como son el miedo y la ansiedad.

En el ámbito hospitalario, las caídas son una importante preocupación debido a que aumenta la duración de la estancia y reducen la calidad de vida, por esto la prevención de las caídas requiere un enfoque multidisciplinario para crear un entorno seguro para el paciente y reducir las lesiones relacionadas con las caídas.

En el momento actual, todas las estrategias de seguridad recomiendan utilizar la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) para identificar los puntos críticos y valorar las áreas de mejora.

#### OBJETIVOS:

Detectar áreas vulnerables del sistema.

Identificar los factores de riesgo.

Valorar posibles áreas de mejora.

Fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales.

Favorecer la participación/ opinión del paciente y familiares.

#### **Metodología:**

Desde el Comité de Seguridad del Paciente del centro se ha desarrollado la matriz AMFE en el área de caídas como método para la priorización de los riesgos y la toma de decisiones preventivas dirigidas a su reducción mediante:

- La identificación de los modos de fallos potenciales/ conocidos; intrínsecos del paciente o factores externos del paciente.
- La identificación de las causas y efectos de cada modo de fallo: complicaciones hospitalarias, traumatismos, fracturas.
- Método de detección: notificación efectos adversos, historia clínica del paciente, opinión del familiar
- NPR inicial (número de prioridad de riesgo): Se puede calcular a partir de la gravedad del posible fallo, la frecuencia de ocurrencia y la detectabilidad del fallo.

Esta Comisión de Seguridad realizará el análisis de incidente o acontecimiento adverso y valorará el impacto de estas estrategias y su seguimiento.

#### **Resultados**

AMFE otorga una herramienta sencilla para determinar que riesgo es el más importante, y por lo tanto que acción es necesaria para prevenir el problema antes de que ocurra.

#### **Conclusiones:**

El NPR final del AMFE fue menor que el NPR inicial, después de implantar las acciones recomendadas, tales como la formación del personal sanitario en seguridad del paciente, la realización de escala Downton en el 100% de los pacientes y la creación de una guía de seguridad, mejorando especialmente en la detección y la frecuencia de ocurrencia.



43 CONGRESO  
**SAGG**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



SALUD MENTAL  
EN MAYORES  
**ALMERÍA**  
27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA



### Palabras Clave

Caída, prevención, seguridad, AMFE, riesgo.



## 732/13. PARTICIPACIÓN DE CENTROS RESIDENCIALES LARES EN PROYECTOS SUBVENCIONADOS POR EL MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030.

### **Autores:**

Camacho Ortega, E.<sup>1</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Gestora de Proyectos. LARES Asociación. Madrid.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Se pretende mostrar los datos obtenidos en cuanto a participación por parte de centros residenciales para personas mayores de Lares ante la oferta de participar en proyectos formativos y divulgativos para la mejora de los cuidados subvencionados por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Dicha convocatoria ofertaba un total de 8 proyectos de distinta índole, todos relacionados con las personas mayores y los equipos de profesionales que les atienden en residencia. En la presente comunicación se centrará en concreto a la participación de los centros en 3 proyectos: uno relacionado con la nutrición y el ejercicio físico, otro sobre la eliminación de sujeciones y el proyecto de buenas prácticas.

#### **Metodología:**

En marzo de 2022, se lanzó una convocatoria por correo electrónico a las unidades territoriales de Lares, que representan a residencias en diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). Se realizó una sesión virtual en abril para informar sobre los proyectos disponibles y el proceso de inscripción, mediante un formulario en línea.

#### **Resultados**

Se obtuvieron 39 respuestas de 12 CCAA, con un promedio de 2.29 centros por CCAA. Madrid tuvo la mayor participación con 8 residencias, seguida de Castilla y León con 7 y Aragón con 5. Los proyectos más populares fueron la eliminación de sujeciones (30 inscripciones), seguido de buenas prácticas y nutrición y ejercicio físico.

#### **Conclusiones:**

: Las diferencias en la participación sugieren la influencia de factores legislativos, como la Resolución de julio de 2022 sobre la eliminación de sujeciones, que establece plazos para la implementación de planes de atención sin sujeciones, así como la adaptación de las propuestas a las necesidades regionales. Estos resultados indican que mejorar la comunicación de políticas públicas, como los objetivos de la Agenda 2030 y la legislación relacionada con el tercer sector y la atención a largo plazo, además de fomentar una mayor colaboración a nivel regional, podría aumentar la participación en proyectos.

#### **Palabras Clave**

Participación, Lares, proyectos, agenda2030.



## 732/14. PASOS LARES PARA LA ELIMINACIÓN DEL USO DE SUJECIONES.

### **Autores:**

Camacho Ortega, E.<sup>1</sup>, Nevado Rey, M.<sup>2</sup>, Espantaleón Rueda, L.<sup>3</sup>, Martínez de Pedro, S.<sup>4</sup>, Morán Colmenar, P.<sup>5</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Gestora de Proyectos. LARES Asociación. Madrid., (2) Psicólogos sin fronteras. Madrid., (3) Psicóloga. Residencia de mayores San Fernando de Henares., (4) Centro de día y Residencia de mayores Montepari., (5) Psicóloga. Autónoma coordinadora. Máster Universidad Europea Miguel de Cervantes. Madrid.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Mostrar de forma concisa los 10 pasos propuestos por Lares para la eliminación de sujeciones en entornos residenciales.

#### **Metodología:**

Se ha llevado a cabo una revisión de las distintas metodologías para la eliminación del uso de sujeciones, así como entrevistas con profesionales con experiencia en el proceso en sus centros para elaborar un listado de 10 pasos que permiten realizar un cambio de modelo hacia la atención sin sujeciones.

#### **Resultados**

Se han obtenido 10 pasos en el proceso de retirada del uso de sujeciones:

1. CREACION DEL EQUIPO- Selección de la persona que se encargará de la coordinación y de su equipo de confianza que trabajará para la eliminación de las sujeciones presentes.
2. RADIOGRAFÍA DEL CENTRO- Recopilación de información mediante registros y observación para conseguir el necesario conocimiento de las características únicas del centro en cuanto a factores estructurales, sociales, ambientales y organizacionales.
3. CONOCIENDO Y ACTUANDO SOBRE LAS CAÍDAS- Elaboración y consolidación de un censo de caídas y de un protocolo para las mismas
4. ELABORACION CENSO DE RESIDENTES – Elaboración de un censo exhaustivo de las personas residentes que en el momento actual tienen aplicado algún tipo de sujeción reconocible o encubierta.
5. HOJA DE RUTA – Elaboración del itinerario flexible sobre el que se va a avanzar desde la reducción hasta la eliminación total y los procedimientos necesarios para su mantenimiento.
6. POTENCIACIÓN CULTURA – Difusión entre el equipo de profesionales, las personas residentes sobre la nueva estrategia de cuidados.
7. COMUNICACIÓN A LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD- Transmisión del mensaje, la nueva cultura y de las mejoras que el cambio de atención traerá al centro para poder tratar los miedos y ajustar las expectativas.
8. EL INICIO, EL DÍA “D” – comienza la retirada de sujeciones desde las más sencillas.
9. LA LISTA DE LA COMPRA- Elaboración de una lista con los materiales que van a ser necesarios en aquellos casos en los que se requieran modificaciones ambientales.
10. MANTENIMIENTO DE LOS CAMBIOS- Establecimiento de protocolos y herramientas que permitirán un mantenimiento de la atención libre de sujeciones.

#### **Conclusiones:**

El elaborado proceso de la eliminación del uso de sujeciones puede ser simplificado si se aporta a los centros información sobre el itinerario que habrá que desarrollar hasta llegar a la eliminación de su uso

#### **Palabras Clave**

Eliminación, sujeciones, Lares, pasos, proceso.



## 732/15. USO INADECUADO DE BENZODIAZEPINAS EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

### **Autores:**

Gea Romero, O.<sup>1</sup>, Morra, S.<sup>2</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Geriatria. Hospital HLA Mediterráneo. Almería., (2) Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Revisar la literatura sobre el uso de benzodiazepinas en síndromes confusionales agudos (SCA) y ver la idoneidad de su uso en estos cuadros así como cuales son sus indicaciones.

#### **Metodología:**

Búsqueda bibliográfica: Pubmed, Medline, Google Scholar y Cochrane introduciendo palabras clave: benzodiazepinas, confusional, delirium, anciano, antipsicóticos.

#### **Resultados**

El uso de benzodiazepinas en pacientes con SCA (delirio) no está claro y puede ser perjudicial en algunos casos si bien si tienen indicación en delirio relacionado con la abstinencia de alcohol y agitación refractaria en cuidados paliativos(1,2). Las benzodiazepinas pueden tener efectos secundarios graves, como la sedación excesiva, la confusión, la amnesia, la depresión respiratoria y la dependencia por lo que deben usarse con precaución en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias, EPOC, insuficiencia hepática o renal, y en pacientes ancianos o frágiles(1,2). En casos de SCA, se recomienda identificar y tratar las causas subyacentes del delirio, establecer un tratamiento no farmacológico (4)(orientación, ambiente, movilización temprana, evitar sujeciones, hidratación..) y, si es necesario, utilizar otros medicamentos, especialmente antipsicóticos de baja potencia, como la quetiapina o la olanzapina, en lugar de antipsicóticos de alta potencia, como el haloperidol.(5)

En aquellos casos en los que sí están indicadas las benzodiazepinas, las combinaciones mas adecuadas serian el lorazepam y el haloperidol para el delirio en fase terminal y el diazepam o el clordiazepóxido, para el tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol.(4,5)

#### **Conclusiones:**

No hay pruebas suficientes para determinar si las benzodiazepinas son efectivas cuando se usan para tratar a pacientes con delirio fuera de las indicaciones dadas (abstinencia alcohol y en paciente en cuidados paliativos). La evidencia disponible no respalda su uso rutinario fuera de estas situaciones. Si se recomienda en primer lugar tratar la causa desencadenante y uso de medidas no farmacológicas debiendo individualizar la pauta de antipsicóticos y siempre bajo supervisión médica.

#### **Palabras Clave**

Benzodiazepinas, confusional, delirium, anciano, antipsicóticos.



## 732/16. DE AQUELLOS BARROS ESTOS LODOS: MANEJO Y CONTROL DE BROTE POR GÉRMENES RESISTENTES, NADIE ESTAMOS LIBRE DE SU INCIDENCIA.

### **Autores:**

Benítez Rivero, J.<sup>1</sup>, Galvín Domínguez, L.<sup>2</sup>, Bitaubé Cortés, S.<sup>2</sup>, Villar Puerto, F.<sup>3</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Geriatra. Control de Calidad Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera., (2) Médico de familia. Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera., (3) Trabajadora Social. Directora Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Las personas mayores institucionalizados presentan una mayor frecuencia de bacteriurias y leucociturias asintomáticas entre el 15% a 50%, lo que no constituye enfermedad, no estando indicado el tratamiento antibiótico.

Clásicamente se usaba como diagnóstico el cambio de color de la orina o la realización de una tira reactiva Combur test con nitritos positivos para iniciar una pauta de antibióticos.

Análisis de las ITUS desde agosto del 2022 a sept 2023 en nuestro Centro.

#### **Metodología:**

Tras la detección de aumento de la incidencia de ITUS, analizamos el germen presente, procedimiento de detección y pautas de tratamiento antibiótico.

Revisamos los programas de higiene personal, de limpieza. Análisis de los protocolos de manejo de las ITUS en residencias.

#### **Resultados**

En agosto 2022 se inicia en el Sector 1, con 15, en Sector 2 con 5 en octubre 2022, en el Sector 3. 9 en diciembre 22, y en el 4: 1, en marzo del 23, que procedía del sector 3, total 35 residentes con ITUS que evolucionaron a residentes en 16.

Se identificaron, sin estigmatización del individuo, se atendían con bata, mascarillas y guantes a cada uno de ellos, empezando por los no contaminados para pasar luego a los contaminados.

Los procedimientos de limpieza fueron cambiados, así como los productos químicos que se utilizan por este servicio.

Hemos sido inspeccionado en 4 ocasiones por la Autoridad Sanitaria, por Epidemiología, Enfermero de Enlace dictaminándose que se elaborará Protocolo de manejo de las ITUS resientes, Formación a todos los profesionales implicados: limpiadoras, auxiliares, enfermeros

En septiembre del 2023 el número de residentes contaminados ha descendido con E. Coli y E. Faecalis presentes, de los que se hacen resistentes con E. Coli Blee 6. En el Sector 2 apareció en octubre con un caso; en el Sector 3 de enfermería en diciembre del 22 con 6 Coli Blee y otros 2 con Providencia resistentes, Klebsiella peumonie y en un paciente concurrían un Blee y Morganella. En el Sector 4 un residente que había estado en el sector 3 en marzo de este año 2023. En total 16 residente.

Aplicamos el PIRASOA programa del SAS de utilización de antibióticos, no utilizamos las tiras reactivas como índice de diagnóstico y realizamos urocultivos según la clínica, no utilizamos antibióticos empíricos.

#### **Conclusiones:**

- 1.- No utilizar antibióticos de forma empírica.
- 2.- Las leucociturias y bacteriurias asintomáticas no se tratan.
- 3.- El diagnostico no debe de hacerse en base a una tira reactiva de nitritos en orina (Combur test).
- 4.- Revisar los protocolos de Higiene corporal y de Limpieza de los centros.
- 5.- El servicio de limpieza y los productos que utilizan es básico en la prevención.



43 CONGRESO  
**SAGG**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



SALUD MENTAL  
EN MAYORES  
**ALMERÍA**  
27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA



6.- Las auxiliares, en la higiene individual, son necesarias e importantes.

5.- Nadie está libre de que te aparezca un brote por ITUS de gérmenes resistentes.

### **Palabras Clave**

Itus de repetición, Gérmenes resistentes, Bacteriuria-Leucocituria asintomáticas.



## 732/17. CONTROL DE CALIDAD DE LOS TALLERES DE PSICOLOGIA/FISIOTERAPIA/TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES EN EL 2022.

### **Autores:**

Benítez Rivero, J.<sup>1</sup>, Paez Gassin, I.<sup>2</sup>, Garrido Ortíz, M.<sup>3</sup>, Ortega Fernández, S.<sup>4</sup>, Villar Puerto, F.<sup>5</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Geriatra. Control de Calidad Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera., (2) Psicóloga. Fundación Centro de Acogida San José, Jerez de la Frontera, (3) Terapeuta ocupacional. Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera., (4) Fisioterapeuta Fundación Centro de Acogida San José, Jerez de la Frontera, (5) Trabajadora Social. Directora Fundación Centro de Acogida San José. Jerez de la Frontera.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

La implantación de actividades y realización de talleres por parte de Psicología, Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeutas, es objeto de análisis para conocer el nivel de participación de los residentes, beneficios conseguidos utilizando unos criterios específicos muy definidos, analizar la eficiencia, así como las causas de no asistencia.

Proponer medidas correctoras.

#### **Metodología:**

Estudio de cohorte, transversal descriptivo cuasi experimental con situación basal en octubre 2021 final diciembre 2022.

El estudio tiene dos partes: una encuesta auto cumplimentada en la que se les pregunta sobre su participación, satisfacción y causas de la falta de asistencia; y una segunda que analizan los niveles de escalas bien definidas y validadas para Psicología: test de Lobo, Pfeiffer, GDS, Isaac. Para Terapia Ocupacional: Test de Barthel, Lawton-Brody.

Para Fisioterapia: TUG, Velocidad de la marcha y Fuerza de prensión.

#### **Resultados**

La residencia tiene 121 plazas, con una ocupación media del 98%.

El 90% están satisfechos con los talleres, les gustan y se lo pasan bien y están de acuerdo con el trato que se les brinda por parte de los profesionales.

El nº de asistentes es 37 para Psicóloga que aumento con respecto al ejercicio 2021, 35 para T Ocupacional, y de 23 para Fisioterapeuta, que se mantiene con los mismos números de residentes además tenemos 40 (33.3%) de residentes con demencia, y 21 (17.5%) de dependientes totales.

Las causas de falta de asistencia fueron muy similares en los tres casos: las visitas de los familiares, el “encontrarse mal”, el estar en la peluquería y por último la negativa.

Para Psicóloga y Terapeuta Ocupacional: no hay diferencias estadísticamente significativas entre las valoraciones del año 2021/2022 en ninguno de los test, en valores absolutos, media, mediana.

En Fisioterapia se produce una diferencia estadísticamente significativa  $p < 0.05$  en la fuerza de prensión que paso de  $3.6 \pm 6.42$  a  $7.6 \pm 11.81$  Kg con una mediana de 3 Kg. (0-5.2)

Por ello se realizan unas propuestas de mejoras

-Aumentar la captación de residentes aumentando un 25% en el año 2023

- Reevaluar los criterios de rechazo de inclusión en talleres.
- Redefinir la metodología de los talleres.
- Modificar horario de peluquería.
- Conjuntamente con la T social informar a las familias de la importancia de asistencia a los talleres y sus horas de vistas.



43 CONGRESO  
**SAGG**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



SALUD MENTAL  
EN MAYORES  
**ALMERÍA**  
27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA



### Conclusiones:

1. Hemos identificado las causas de no asistencia a los talleres.
2. No han empeorado sus capacidades de autonomía medidas según escalas de funcionalidad y cognitivas.
3. Hay una mejoría significativa de la fuerza de prensión y no empeoramiento del TUG ni de la velocidad de la marcha hemos combatido la Fragilidad.
4. La asistencia a los talleres es parte fundamental de la vida de la residencia.
5. Una residencia que se autoanalice con propuestas de medidas correctoras, es una residencia que se preocupa por el nivel de calidad que ofrece a sus residentes.

### Palabras Clave

Estimulación Cognitiva.

Terapia Ocupacional.

Fragilidad & Fisioterapia.



## 732/18. LA DEPENDENCIA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON DEMENCIA: UNA REVISIÓN RÁPIDA.

### **Autores:**

López-Mongil, R.<sup>1</sup>, Maté-Real, C.<sup>2</sup>, Niño-Martín, V.<sup>3</sup>, Rivas-García, F.<sup>4</sup>, Hernández-Ruiz, Á.<sup>5</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Residencia de ancianos Virgen de Belén. Residencia de ancianos Grandevita. Málaga., (2) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid., (3) Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Valladolid. Valladolid., (4) Ayuntamiento de Guadix. Unidad Municipal de Salud y Consumo. Granada., (5) Dietista- Nutricionista. Área de desarrollo de proyectos científicos de la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT), Armilla (Granada), España.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

El número de personas mayores está incrementando y esto lleva consigo un aumento de algunos síndromes geriátricos y enfermedades de alta prevalencia en geriatría como la demencia. La demencia se caracteriza por la pérdida de memoria, y otras funciones mentales, además de síntomas neuropsiquiátricos (NP) y dependencia funcional, por lo que los pacientes precisan de cuidados de otras personas, los cuidadores informales.

El objetivo de esta revisión fue determinar la dependencia de los cuidadores principales de pacientes pluripatológicos y con demencia e identificar los factores de riesgo de estos cuidadores junto con la sobrecarga que soportan.

#### **Metodología:**

Se realizó una revisión rápida con metodología sistemática (Rapid Review), en MEDLINE (PubMed). Se diseñó una estrategia de búsqueda formada por 4 ecuaciones (dependencia, cuidador, paciente pluripatológico y demencia) empleando términos MeSH, palabras clave y operadores booleanos. Se limitó la búsqueda a estudios en personas mayores de 65 o más años y publicados en los 10 últimos años. Los principales hallazgos fueron informados siguiendo el protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses).

#### **Resultados**

La aplicación de la estrategia de búsqueda recuperó 284 artículos. Después de las fases de cribado, 16 artículos fueron seleccionados. De todos los artículos se obtuvieron datos acerca de la carga del trabajador mediante las escalas más frecuentes empleadas para analizar la situación del cuidador y del paciente (escala ZBI, Zarit Burden Interview), el nivel de demencia del paciente (MMSE, Mini Mental State Examination), las características principales de los cuidadores y los factores de riesgo que afectan a los cuidadores principales y a los pacientes. Se pudo observar que la mayoría de los cuidadores son mujeres, de mediana edad y que conviven con el paciente sin importar el lugar de procedencia. Se observó una mayor carga sobre los cuidadores de pacientes con demencia que sin ella. Los factores de riesgo que influyen y que generan un mayor estrés son la severidad de la enfermedad, los síntomas NP, la resiliencia, la capacidad emocional y los conocimientos del cuidador acerca de la enfermedad. Se debe prestar atención a los cuidados de la persona con demencia y a los del cuidador encargado de dicha persona para mejorar la calidad de vida de ambos, resultando en unos mejores cuidados. Sería interesante plantear investigaciones próximamente, centrándose en la depresión y ansiedad que afectan a los cuidadores derivados de la sobrecarga.

#### **Conclusiones:**

Los cuidadores que sufren mayor estrés y ansiedad y que no tienen muchos conocimientos acerca de la enfermedad, presentan peores resultados, con mayor puntuación en la escala ZBI. Se debe prestar atención a los factores de riesgo para evitar llegar a esa situación de sobrecarga. Para mejorar la atención de los cuidados, es fundamental el apoyo social, económico, emocional y familiar.

#### **Palabras Clave**

Demencia.



## 732/19. PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN TRATAMIENTO CON iPCSK9. EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS.

### **Autores:**

Segura Díaz, M.<sup>1</sup>, Flores Serrano, L.<sup>2</sup>, Jácome Pérez, A.<sup>2</sup>, Fernandez Almira, M.<sup>3</sup>, Montes Romero, J.<sup>3</sup>, Sánchez López, P.<sup>3</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) MIR. H. Torrecárdenas. Almería, (2) MIR. H. Torrecárdenas. Almería, (3) FEA. H. Torrecárdenas. Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

La hipercolesterolemia constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, siendo la primera causa de muerte en la población española. Los iPCSK9 son fármacos hipolipemiantes han conseguido llevar a objetivos terapéuticos pacientes que previamente no los conseguían con sus tratamientos prescritos o dando alternativa a los pacientes intolerantes a estatinas. Los ensayos clínicos eran en su mayoría adultos jóvenes. Nuestro objetivo ha sido describir el efecto en las cifras de LDL en pacientes mayores de 65 años en los que se le indicó iPCSK9 como prevención secundaria (al no alcanzar objetivos LDL).

#### **Metodología:**

Es un estudio observacional y retrospectivo. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años con evento cardiovascular previo que se encuentran actualmente en tratamiento con iPCSK9 en el Hospital de Torrecárdenas. Para ello, se solicitó el listado de pacientes a Comisión de Farmacia.

#### **Resultados**

Se han analizado un total de 40 pacientes, con una media de edad de 73,72 años +/- 2,09 de los cuales un 64,1% son hombres y 35,9% son mujeres. El evento por el que se comenzó la prevención secundaria fue en un 87,2% por enfermedad coronaria, en un 10,3% por enfermedad arterial periférica y en un 2,5% por ambas. En nuestra cohorte no hubo pacientes con ictus como primer evento cardiovascular.

La prevalencia del tratamiento previo al inicio del iPCSK9 es la siguiente: Estatina 15,4%, Ezetimibe 7,7%, Estatinas + ezetimibe 69,2%, Estatinas + omega 3 2,6%, Estatina + ezetimibe + fibratos 5,1%.

Se han determinado los valores de LDL previos al inicio de tratamiento con iPCSK9 y tres meses después (como mínimo), ya que según la bibliografía es el tiempo necesario para una disminución significativa de los niveles. La media de LDL inicial fue 142,26 +/- 11,64 mg/dl y la media de LDL final 54,10 +/- 7,27 mg/dl. Se ha realizado la d de Cohen para muestras emparejadas obteniendo que hay una diferencia significativa entre medias con una  $p < 0,001$  y un intervalo de confianza del 95% entre el 77,902 y 98,405. No hubo ningún efecto secundario. Respecto al iPCSK9 pautado, fue en un 30,8% de los casos el Evolocumab y en un 69,2% el Alirocumab.

#### **Conclusiones:**

A pesar de que la terapia con iPCSK9 no está muy estudiada en la población mayor de 65 años, podemos concluir que, en los pacientes descritos en este estudio, los iPCSK9 han demostrado diferencias significativas en la mejoría de los niveles de LDL. Esto minimiza la probabilidad de acontecer un segundo evento y la discapacidad que esto supondría, ayudando a mantener la autonomía y la calidad de vida en nuestros pacientes mayores sin apenas efectos adversos.

#### **Palabras Clave**

Hipercolesterolemia.

iPCSK9.

LDL.



## 732/20. HERRAMIENTAS DE CRIBADO PARA SARCOPENIA EN RESIDENCIAS, UTILIDAD PRÁCTICA EN ENTORNOS DONDE PREDOMINA EL DETERIORO COGNITIVO.

### **Autores:**

López-Mongil, R.<sup>1</sup>, Mora Quesada, E.<sup>1</sup>, Trujillo Morata, N.<sup>1</sup>, Valiente Aguado, C.<sup>1</sup>, MIRÓ MUÑOZ, J.<sup>1</sup>, Hernández-Ruiz, Á.<sup>2</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Residencia de ancianos Virgen De Belén. Málaga, (2) Dietista- Nutricionista. Área de desarrollo de proyectos científicos de la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT), Armilla (Granada), España

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

La sarcopenia se considera un nuevo síndrome geriátrico, gigante de la geriatría por lo que requiere el máximo interés en su valoración en residencias. Cuando se sospecha una sarcopenia, el primer escalón diagnóstico consiste en medir la fuerza muscular, con la dinamometría y existe también una herramienta de cribado que es el cuestionario SARC-F. Directamente relacionado con la sarcopenia existe una escala de valoración funcional de la marcha FAC (Functional Ambulation Categories).

Evaluar las relaciones de la puntuación de la escala SARC-F con las puntuaciones de la dinamometría, determinando qué prueba ofrece mayor utilidad en el entorno residencial donde predomina el deterioro cognitivo. Detectar la sarcopenia midiendo la fuerza de presión palmar en población mayor institucionalizada para avanzar en la sospecha diagnóstica de este síndrome geriátrico y también valorar funcionalmente la marcha y medir la correlación de SARC-F y FAC.

#### **Metodología:**

Estudio descriptivo transversal. La fuerza de presión palmar se determinó con un dinamómetro hidráulico (Jamar) en condiciones normalizadas sarcopenia. Se utiliza el cuestionario SARC-F con un rango de 0-10, creando una versión modificada de la puntuación: sarcopenia leve (4-5), sarcopenia moderada (6-7) y sarcopenia severa 8-10. Se realizó la escala FAC.

#### **Resultados**

Se incluyeron 60 residentes (75% mujeres). La mediana de la edad fue de 86,1 (P25-P75) = 81,9-91,5. La edad mínima fue 65,9 y la máxima 101,1. La prevalencia de demencia en 2023 fue del 67%. La mediana de la puntuación del MiniMental fue de 15,0 (7,25-25,0). La mediana del SARC-F fue de 8 puntos (5-8). Según la versión modificada de las puntuaciones del SARC-F, los sujetos fueron clasificados sin sarcopenia el 24,07%, con sarcopenia leve el 12,96%, con sarcopenia moderada el 11,11% y con sarcopenia severa el 51,85%. Respecto a la dinamometría de la mano derecha, se observó una mediana de 12,95 (9,0-18,35) y de la mano izquierda 11,95 (8,08-15,88). Se observó una correlación moderada en la dinamometría de ambas manos  $\rho=0,64$  (valor  $p<0,001$ ) y entre el SARC-F y la dinamometría mano derecha  $\rho=-0,56$  (valor  $p=0,0011$ ). Según el FAC (N=54), 22 pacientes se clasificaron como no ambulación, 14 como deambulación funcional, 9 hogar deambulación, 3 deambulación independiente de la comunidad y 6 deambulación normal. Se observó una correlación fuerte entre SARC-F y el FAC  $\rho=-0,84$  (valor  $p<0,001$ ).

#### **Conclusiones:**

La sarcopenia destaca como un síndrome geriátrico gigante en residencias 3 de cada 4 pacientes lo presentan. La valoración con un dinamómetro es costosa por lo que resulta mucho más útil y asequible el SARC-F. Su detección podría tener repercusión en la práctica clínica pudiendo plantearse la reversibilidad en los estadios leve y moderado de sarcopenia y su correlación con la escala FAC es interesante con el objetivo de mejorar la calidad de vida asociándola a la funcionalidad de los residentes

#### **Palabras Clave**

Sarcopenia.



## 732/21. MARÍA LUISA TIENE SÍNTOMAS DE DISFAGIA.

### **Autores:**

López Porras, M.<sup>1</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Enfermera. Referente de la unidad a la cronicidad y pacientes paliativos HAR Morón.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Mostrar resultados de la realización de Método exploración clínico volumen viscosidad (MECVV) para la detección de disfagia durante 8 meses en la Unidad de Atención a Pacientes Pluripatológicos y Paliativos del HAR de Morón.

#### **Metodología:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los resultados de MECVV realizados desde Enero de 2023 hasta Septiembre del 2023, esta exploración se ha realizado en pacientes con sospecha de Disfagia (por patologías y/o sospecha de familiares) en área de hospitalización y de consultas externas de pacientes pluripatológicos y paliativos.

#### **Resultados**

De un total de 211 exploraciones por el método MECVV, se han detectado 84 pacientes con disfagia, 56 a consistencia líquida, 5 ml: 26 10ml 20 y 15 ml 10 con alteraciones de la seguridad (125 ); con signos (tos 56, Cambio de Voz 28 , desaturación 41) y con alteraciones de la eficacia ( 95), con signos (Sello labial 39 , residuo oral 27, deglución fraccionada 56 , residuo faríngeo no ; a consistencia néctar 27 , 5ml 16 10 ml 11 15 ml 11 con alteración de la seguridad.: con signos (tos 22, Cambio de Voz 17, desaturación 27) y con alteraciones de la eficacia... con signos (Sello labial 21, residuo oral 19, deglución fraccionada 21, residuo faríngeo: no) y 1 a consistencia pudding volumen 10 ml con alteracioneso signos de seguridad con tos, cambio de voz y desaturación y con alteraciones de la eficacia con signos de no sello labial y deglución fraccionada. 127 No tenían disfagia a pesar de la sospecha clínica.

#### **Conclusiones:**

- Con el MECVV hemos confirmado 84 pacientes con Disfagia.
- Con los datos obtenidos, se aprecia pacientes con disfagia consistencia líquida y néctar en mayor proporción a 5 ml. Asimismo consistencia pudding en volumen 10 ml.
- Hemos descartado más de la mitad de pacientes que teníamos sospecha e incluso tomaban espesantes prescrito por la sospecha, con la mala tolerancia de algunos de estos pacientes.
- Con este método de exploración hemos podido adaptar la dieta a pacientes con disfagia al volumen y consistencia tolerada con eficacia y seguridad.

#### **Palabras Clave**

Disfagia, Pluripatológicos, Paliativos.



## 732/22. REVISAR SIEMPRE LA MEDICACIÓN: PENFIGOIDE AMPOLLOSO POR GLIPTINAS.

### **Autores:**

Flores Serrano, L.<sup>1</sup>, Flores Serrano, L.<sup>2</sup>, Segura Díaz, M.<sup>3</sup>, Urrutia López, P.<sup>2</sup>, Rodríguez Rodríguez, E.<sup>2</sup>, Jácome Pérez, A.<sup>2</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería, (2) Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Varón de 89 años con antecedentes personales de Diabetes mellitus tipo 2, enfermedades de alzheimer avanzada. Su situación basal, es dependiente para todas las actividades básicas, realiza una vida cama-sillón y está institucionalizado en residencia. No presenta ninguna alergia a ningún medicamento. Como tratamiento de base toma insulina abasaglar 10U, vildagliptina 50 mg/metformina 1000 mg, quetiapina 100 mg nocturna, trazodona 100 mg nocturna y donepezilo 10 mg.

Ingresa en el servicio de medicina Interna por presencia desde 2021, de lesiones cutáneas generalizadas, muy pruriginosas y con mala evolución clínica a pesar de recibir tratamientos prolongados con antibioterapia y corticoterapia. Acompañando a dichas lesiones, aparición de febrícula. No pérdida de peso, ni ninguna otra clínica focal. Se revisan nuevos tratamientos prescritos, y requiere importancia destacar el inicio del medicamento vildagliptina/metformina con la aparición a los días de las lesiones mencionadas.

#### **Metodología:**

A la exploración destaca un regular estado general, estabilidad hemodinámica. Se objetivan en tronco y extremidades, múltiples lesiones ampollas, varias rotas con abundante exudado.

En las analíticas de sangre es señalable un incremento de los reactantes de fase aguda, PCR 12.71 mg/l y leucocitos 15.9 10<sup>9</sup>/L (PMN 80.45%).

#### **Resultados**

Se realiza interconsulta al servicio de Dermatología y se señala como diagnóstico penfigoide ampolloso por gliptinas. Ante la alta sospecha del diagnóstico, evidencia científica existente, antes de realizar biopsia cutánea, se decide la retirada de vildagliptina. Tras la retirada de dicho medicamento, y junto con curas locales y tratamiento sistémico las lesiones comienzan una fase involutiva y no aparecen nuevas.

#### **Conclusiones:**

El PA debe diferenciarse en primer lugar con una dermatitis eccematosa o la urticaria, ya que en su inicio suele estar precedida por una fase prodrómica caracterizada por placas inflamatorias pruriginosas que se asemejan a la dermatitis eccematosa. Debe diferenciarse también de otras enfermedades caracterizadas por la presencia de ampolla subepidérmicas como la dermatitis herpetiforme, la dermatosis IgA lineal, el penfigoide de mucosas u otras enfermedades relacionadas como toxicodermias simples o exantemas medicamentosos.

El penfigoide ampolloso es la enfermedad ampollosa más frecuente en adultos mayores de 60 años y su etiología es autoinmune mediado por anticuerpos.

Las gliptinas, modifican la respuesta antigénica de la membrana basal epidérmica, favoreciendo la aparición de Penfigoide ampolloso. Según la literatura, se demuestra que es un efecto adverso probablemente compartido por todo tipo de iDPP4.

El penfigoide ampolloso es una reacción adversa con una frecuencia no conocida claramente, por ello en caso de sospecha, es conveniente un diagnóstico precoz y el cese del tratamiento, ya que se proporciona un mejor pronóstico y menor mortalidad.

1García Castro R, Godoy Gijón E, González Pérez AM, Román Curto C. Bullous pemphigoid and DPP4 inhibitors. Med Clin (Barc)



43 CONGRESO  
**SAGG**  
SOCIEDAD ANDALUZA  
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



SALUD MENTAL  
EN MAYORES  
**ALMERÍA**  
27 Y 28 OCTUBRE 2023  
HOTEL AC ALMERÍA



### Palabras Clave

Gliptinas, penfigoide, envejecimiento, ampollas, medicamento.



## **732/23. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES Y NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES-CUIDADORES EN LA UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE MORÓN DE LA FRONTERA.**

### **Autores:**

López Porras, M.<sup>1</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Enfermera. Referente de la unidad a la cronicidad y pacientes paliativos hAR Morón.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Parte del papel de la Enfermería en las la Unidades de Cuidados Paliativos y Pluripatológicos (UCP) es explorar las opiniones de los familiares-cuidadores sobre la calidad del servicio recibido, tanto por ellos como por sus familiares enfermos terminales, con objeto de mejorarlo. El objetivo del presente estudio es analizar las necesidades y niveles de satisfacción de los familiares-cuidadores de pacientes terminales en la UCP del Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera.

#### **Metodología:**

Muestreo intencional por conveniencia (n = 68 familiares-cuidadores de pacientes de la UCP del mencionado Hospital), metodología participativa de encuesta (cuestionario NSF de necesidades/satisfacción), diseño cuasi-experimental y transversal, estudio cuantitativo descriptivo.

#### **Resultados**

Conocimientos generales: el 66,18% dice conocer qué son los cuidados paliativos y el 91,18% cree que alivian el sufrimiento, pero el 54,41% desconoce sus beneficios y el 79,41% opina que acortan la vida. Por otro lado, el 52,94% desconoce qué son las voluntades anticipadas y el 97,06% no las tienen declaradas. Comunicación sobre la agonía: es adecuada con los médicos y enfermeros para el 97,06% y entre los familiares para el 79,41%. Control sanitario, equipamiento e infraestructuras: el 100% considera que hubo un buen control de los síntomas y el 80,88% un adecuado equipamiento e infraestructuras. Apoyo humano del personal: el 95,59% no recibió apoyo psicológico, el 83,82% tampoco espiritual y el 52,94% no recibió apoyo emocional. Necesidad del apoyo: el 88,24% creyó necesitar apoyo emocional, el 67,65% psicológico y el 47,06% espiritual. Trato y atención recibidos: en una escala de 1 a 10 puntos, la media de calidad referente a los médicos fue de 8,85 puntos; de 9,04 puntos para los enfermeros y de 8,54 puntos para la atención y trato generales de la UCP.

#### **Conclusiones:**

Las mayores necesidades de los familiares-cuidadores se concentran en el apoyo humano del personal de la UCP y en la comunicación intrafamiliar. Las mayores satisfacciones se dan en el control de síntomas, equipamientos e infraestructuras; en la comunicación con el personal, en su apoyo humano y trato y atención recibidos. Conviene mejorar los conocimientos generales de los familiares-cuidadores respecto a los cuidados paliativos.

#### **Palabras Clave**

Familiares-cuidadores, necesidades, satisfacción.



## 732/24. DEMENCIA EN RESIDENCIAS: PREVALENCIA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, DATOS PARA LA REFLEXIÓN.

### **Autores:**

López Trigo, J.<sup>1</sup>, López-Mongil, R.<sup>2</sup>, Valiente Aguado, C.<sup>3</sup>, Tovar Aguilar, L.<sup>3</sup>, Ruiz Aguilar, R.<sup>4</sup>, Hernández-Ruiz, Á.<sup>5</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Geriatra, Residencia de ancianos Grandevita. Málaga, (2) Geriatra, Residencia de ancianos Virgen de Belén. Málaga, (3) Psicóloga, Residencia de ancianos Virgen De Belén. Málaga, (4) Enfermera, Residencia de ancianos Grandevita. Málaga, (5) Dietista- Nutricionista. Área de desarrollo de proyectos científicos de la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT), Armilla (Granada), España.

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Determinar la prevalencia de demencia en dos centros residenciales, así como analizar y el tratamiento farmacológico específico para la misma.

#### **Metodología:**

El criterio diagnósticos más utilizados para el diagnóstico de demencia es la CIE-11. Los exámenes neuropsiquiátricos semiestructurados fueron realizados por psicólogos con experiencia e incluyeron diferentes pruebas cognitivas.

La entrevista con el informante clave incluyó preguntas sobre cambios en el comportamiento, actividades de la vida diaria y funciones intelectuales. Análisis descriptivo mediante el cálculo de la mediana y los cuartiles (percentil-P25 y P75) para las variables cuantitativas y la distribución de las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. El análisis se realizó con el software RCommander versión 2.4.0.

#### **Resultados**

Se incluyeron dos residencias. Según sexo, el 69,0 % de la muestra fueron mujeres (118 mujeres) La edad de la muestra global, mediana 86.01, P25-P75 (79.46 - 91.63) (edad mínima 57,1 y máxima 102,5). La mediana de la puntuación del MMSE 2023 fue 14 (5-23). De la muestra total el 21,1% no tienen demencia; el 14,3% presentan demencia leve; el 29,9% presenta demencia moderada; el 12,2% tienen demencia severa o grave; el 22,4, demencia terminal. La prevalencia de demencia según la puntuación del MMSE 2023, fue en la residencia 1: el 84,1% tiene demencia y en la residencia 2, el 71,2%. Respecto a los resultados del tratamiento farmacológico, 26 personas tomaban IACE, 15 personas toman donepecilo y 11 rivastigmina. Ninguno galantamina. 28 sujetos tomaban memantina. Específicamente 8 tomaban donepecilo y memantina y 6 rivastigmina y memantina.

#### **Conclusiones:**

Las residencias deben especializarse en el cuidado e investigación de la demencia, puesto que 8 de cada 10 residentes lo presentan. El acceso a los tratamientos específicos (Inhibidores de acetilcolinesterasa y los estabilizadores del glutamato: memantina no llega a alcanzar a 1 de cada 4 pacientes y la asociación de ambos solo se alcanza en el 12% de los pacientes que lo presentan. Sin duda influye que la prescripción de esta terapia en las residencias de Málaga solo es accesible a través de la valoración a través del neurólogo.

#### **Palabras Clave**

Demencia.



## 732/25. ÚLCERAS PRETIBIALES BILATERALES EN PACIENTE ANCIANO.

### **Autores:**

Segura Díaz, M.<sup>1</sup>, Flores Serrano, L.<sup>2</sup>, Jácome Pérez, A.<sup>2</sup>, Rodríguez Rodríguez, M.<sup>2</sup>, Urrutia López, P.<sup>2</sup>, León Ruiz, L.<sup>3</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) MIR. H. Torrecárdenas. Almería, (2) MIR. H. Torrecárdenas. Almería, (3) FEA. H. Torrecárdenas. Almería

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Presentamos el caso de un varón de 85 años totalmente independiente para las ABVD y con deambulacion sin ayuda. Como antecedentes personales destacan: hipertension, Diabetes Mellitus II, insuficiencia renal cronica, flutter auricular y bloqueo auriculoventricular tipo I.

#### **Metodología:**

El motivo de ingreso inicial fue deterioro del estado general junto con aparicion de ulceras cutaneas en la zona pretibial de ambos miembros inferiores. A lo largo de un año ingreso en tres ocasiones por mala evolucion de dichas lesiones, que le impedian realizar su actividad diaria por el fuerte dolor que le ocasionaban y provocó que el paciente pasara a tener una vida cama-cama.

En relacion a las ulceras cutaneas pretibiales, presentaba placas necroticas con bordes anfractuosos, presencia de esfacelos y fondo eritematoso friable.

#### **Resultados**

Analiticamente, destacaba elevacion de los parametros de fase aguda. Durante los tres ingresos se solicitaron cultivos de las ulceras en numerosas ocasiones, con aislamiento multiples microorganismos. Tambien, fue valorado por Cirugia Vasculare que descartó causa vascular.

La sospecha diagnostica inicial fue de ulceras isquemicas sobreinfectadas, recibiendo tratamiento antibiotico dirigido y curas por Enfermeria especializada en ulceras complejas. A pesar de ello, las ulceras presentaron una evolucion torpida, por lo que se decidió realizar una biopsia cutanea, con hallazgos de Pioderma gangrenoso.

Comenzó tratamiento con 30 mg de Prednisona al día, mejorando de forma considerable. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con Prednisona 10 mg al día.

#### **Conclusiones:**

El pioderma gangrenoso es una enfermedad caracterizada por la presencia de ulceras muy dolorosas e incapacitantes para el paciente. Las lesiones evolucionan rapidamente y se caracterizan por presentar bordes irregulares y sobre-elevados con un área eritematosa e indurada alrededor. En el 78 % de las ocasiones se presenta en miembros inferiores, siendo lo más frecuente en la zona pretibial, como es el caso del paciente presentado. La lesión puede aparecer de forma espontánea o por el fenómeno de patergia (en zonas de traumatismo o cirugía), que sucede en el 25-50% de los casos. La incidencia máxima se encuentra entre los 20 y los 50 años sin embargo, esto no nos puede hacer descartar este tipo de lesiones en una persona anciana. Además, el aislamiento bacteriano en estas lesiones no excluye el diagnóstico de pioderma gangrenoso ya que puede tratarse de una sobreinfección.

Una evolucion torpida de una ulcera cutanea debe hacernos sospechar en esta lesion y por lo tanto solicitar una biopsia cutanea. En los pacientes ancianos el pioderma gangrenoso, debido al gran dolor que provoca genera un empeoramiento en la calidad de vida y una pérdida de autonomia. Por lo que la sospecha del mismo y el diagnóstico y tratamiento precoz es una forma de evitar de discapacidad en estos pacientes.

#### **Palabras Clave**

Úlceras pretibiales, Pioderma gangrenoso.



## 732/26. MUSICOTERAPIA Y SU IMPACTO EMOCIONAL POSITIVO CON EL USO DE UN NUEVO INSTRUMENTO MUSICAL: "EL SONAKETE".

### **Autores:**

López Mongil, R.<sup>1</sup>, Mora Quesada, E.<sup>2</sup>, Trujillo Morata, N.<sup>2</sup>, Valiente Aguado, C.<sup>2</sup>, Fernández Siles, A.<sup>3</sup>, Hernández-Ruiz, Á.<sup>4</sup>

### **Centro de Trabajo:**

(1) Geriatria, Residencia de ancianos Virgen de Belén. Málaga, (2) Residencia de ancianos Grandevita. Málaga, (3) Residencia de ancianos Virgen De Belén. Málaga, (4) Dietista- Nutricionista. Área de desarrollo de proyectos científicos de la Fundación Iberoamericana de Nutrición (FINUT), Armilla (Granada), España

### **Resumen:**

#### **Objetivos:**

Analizar los resultados de los residentes tras la implementación de un programa musical individualizado y grupal: MÚSICA & SONAKETE (M&S), diseñado para el abordaje de la depresión y síntomas neuropsiquiátricos asociados con la demencia (BPSD), así como el estudio de medidas cognitivas, sarcopenia y nutrición.

#### **Metodología:**

La intervención fue introducir el sonakete y enseñar su manejo, valorando la aceptación y la respuesta a diferentes niveles. Se utilizaron mediciones del MMSE, dinamometría determinando la fuerza de presión palmar, con un dinamómetro hidráulico (Jamar) y el MNA (versión cribaje y completa). Análisis descriptivo mediante el cálculo de la mediana y los cuartiles (P25 y P75). El análisis se realizó con el software RCommander.

#### **Resultados**

Un total de 54 residentes (75% mujeres) participaron. La mediana de la edad fue de 86,1 años (edad mínima 65,9 y máxima 101,1; P25 81,9 y P75 91,5).

La puntuación del MMSE (2022) fue 14,5 (7,0-24,0) y la prevalencia de demencia del 77%. La puntuación del MMSE (2023) fue de 15,0 (7,25 -25,0) y la prevalencia de demencia del 67%. Se observaron puntuaciones de mejoras del MMSE, sin llegar a ser estadísticamente significativas ( $p=0,06$ ), pero sí clínicamente relevantes. La puntuación del SARC-F fue de 8 (5-8) y la prevalencia de sarcopenia según SARC-F del 75%. Se observaron las siguientes dinamometrías, mano derecha (2022) 10,2 (5,9 -15,5); mano izquierda (2022) 9,5 (4,2-13,5); mano derecha (2023) 13,0 (9,0-18,4) y mano izquierda (2023) 12,0 (8,1-15,9). La puntuación del MNA cribaje fue de 11,5 (10-13) y del MNA total 23 (19-25).

El 72,2% aceptaron realizar la actividad M&S. En un 69,2% se evidenciaron respuestas emocionales positivas, disfrutando de las sesiones. La puntuación del MNA cribaje de los sujetos que participaron en el programa (M&S) fue de 12 (10-13) y de los que no participaron de 10 (9-10). La puntuación del MNA total en el Programa (M&S) fue de 24,5 (21,5-25) y de los que no participaron fue de 19,5 (18-22). Los participantes que tuvieron una respuesta positiva presentaron un MNA cribaje de 12 (12-13) y los que tuvieron una respuesta negativa 10 (9-11). En relación con el MNA total, los sujetos con respuesta positiva obtuvieron 25 (23,5-25,5) y los de respuesta negativa 19,5 (18-22,8).

#### **Conclusiones:**

El programa (M&S) ha tenido una excelente aceptación en el centro, suponiendo una novedad entre las terapias no farmacológicas de musicoterapia activa. Este programa presenta una repercusión positiva en el estado emocional en casi 3 de cada 4 residentes y en estos, se ha observado una valoración nutricional cercana a la normalidad. El (M&S) es muy fácil de usar, suponiendo un disfrute y una mejora de la calidad de la atención en el centro.

#### **Palabras Clave**

musicoterapia, depresión, demencias.

**Organiza**



**SAGG**

Sociedad Andaluza  
de Geriatría y Gerontología

**Secretaría Técnica**

**Fase20**  
congresos

C/Mozárabe 1, Edif. Parque Local 2 - 18006 - Granada  
Tel. 958 20 35 11 - Fax: 958 20 35 50  
[www.fase20.com](http://www.fase20.com) • [info@fase20.com](mailto:info@fase20.com)