

SESIÓN 1 Área clínica (1)

Jueves, 6 de junio

Moderadores:

Antonio Hernández Torres
Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
Javier Delpón Sarasúa
Vocal Autonómico de la SEGG - La Rioja

56

ESTUDIO DE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS A UNA UNIDAD DE GERIATRÍA

Ariza Zafra, G.; Corujo Rodríguez, E.; Torres Moreno, B.; Alastuey
Jiménez, C.; Pérez Hernández, D. G.

Servicio de Geriátría del Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife.

Objetivos: Analizar las características clínicas, funcionales y mentales de los pacientes mayores de 65 que ingresan a través del servicio de urgencias en una unidad de agudos de geriatría del Hospital Insular de Lanzarote y en el Hospital General de Lanzarote.

Material y métodos: Es un estudio longitudinal prospectivo de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Lanzarote (único servicio de urgencias hospitalario de la isla), desde el 21 de enero de 2002 hasta el 10 de febrero de 2002, recogiendo: Datos epidemiológicos: Tiempo de estancia; diagnóstico en urgencias; antecedentes personales; fármacos al ingreso y al alta; situación funcional (Barthel), mental (Pfeiffer) previa, al ingreso y al alta; apoyo social; evolución y destino al alta.

Resultados: Acuden a urgencias durante ese periodo 339 pacientes, el 84% regresa a su domicilio, el 4% ingresa en una unidad de agudos de geriatría y el 12% en otros servicios del Hospital General de Lanzarote. La edad media es de 77,45 en la población que ingresa en el Hospital General de Lanzarote y de 82,5 los que ingresan en una unidad de agudos de geriatría. No hay diferencias en cuanto a la media de número de fármacos, media de patologías previas, ni la media de estancia hospitalaria. En cuanto a la distribución por sexos en una unidad de agudos de geriatría el 57% son mujeres y en HGL el 37,5%. La situación funcional previa al ingreso es de Barthel medio de 77 en el Hospital General de Lanzarote y de 29,28 en una unidad de agudos de geriatría. La situación mental según Pfeiffer medio es de 2,92 en Hospital General de Lanzarote y de 5,57 en una unidad de agudos de geriatría. Existe deterioro cognitivo previo en el 50% de los ingresados en una unidad de agudos de geriatría y sólo en el 17,5% de los del Hospital General de Lanzarote.

En cuanto al diagnóstico al alta de urgencias en el Hospital General de Lanzarote predomina la descompensación de patología cardíaca 30%, la infección respiratoria 30% y patologías sangrantes 15%. En una unidad de agudos de geriatría los diagnósticos más frecuentes son la infección respiratoria 64,28% y los cuidados paliativos 14,28%. La mortalidad fue en nuestro servicio de un 21% y en el Hospital General de Lanzarote del 10%.

Conclusiones:

1) Aunque no hay diferencia en cuanto al número de diagnósticos previos, los pacientes que se derivan al servicio de geriatría tienen una edad media mayor, con peor situación funcional y mental, que aquellos que ingresan en los diferentes servicios del HGL.

2) Se confirma que la mortalidad depende más de la situación funcional que de los diagnósticos clínicos.

84

UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA) DE UN HOSPITAL COMARCAL: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO.

Cabré, M.*; Monteis, R.*; Serra-Prat, M.**

* Unidad Geriátrica de Agudos. Hospital de Mataró. ** Unidad de Investigación. Consorcio Sanitario del Maresme. Mataró.

Objetivo: Conocer el efecto de la UGA en la mejora del estado funcional según el índice de Barthel, las derivaciones a residencias o centros socio-sanitarios, el consumo de recursos y la mortalidad intrahospitalaria. **Metodología:** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en la UGA durante el año 2001. La UGA utiliza cuatro elementos clave: un entorno hospitalario específico, unos cuidados centrados en el paciente y su familia, planificación precoz del alta y una revisión diaria de los cuidados médicos y de enfermería.

Resultados: Se estudiaron 310 pacientes con una edad media de 83,51 años (DE 9,06), 138 hombres (44,5%) y 172 mujeres (55,5%). La media del índice de comorbilidad de Charlson fue de 2,47 (DE1,8). Procedencia 68,7% del domicilio y 19,3% de residencias geriátricas. La situación cognitiva al ingreso era de 10,1% con deterioro leve, 20,1% demencia, 7,5% cuadro confusional agudo y 62,3% normal. Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron la inmovilidad 42,3% y la incontinencia urinaria 36,8%. El índice de Barthel preingreso fue de 66,25, al ingreso 47,42, al alta 56,35, al mes 71,13 y a los tres meses 74,64. El estado funcional al alta respecto al ingreso fue peor en el 7,4% de los casos, igual en el 45,2% y mejor en el 46,8%. El destino al alta fue el domicilio en el 58%, convalecencia en el 7,1%, cuidados paliativos en el 1,3%, larga estancia en el 1,9% y residencia geriátrica en el 24,2%. La estancia media fue de 10,66 días (DE 6,65) y la mortalidad durante el ingreso del 7,1%.

Comentarios: La mayoría de los pacientes tuvieron una mejoría del estado funcional al alta con respecto al ingreso y la mayoría de pacientes fueron a su domicilio.

108

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE INDICADORES ADMINISTRATIVOS Y CLÍNICOS A LO LARGO DE 10 AÑOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AGUDOS

Castro, M.; Rodríguez, I.; Vecino, C.; Revuelta, A.; Guillén, F.

Servicio de Geriátría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Objetivo: Analizar cambio de indicadores clínicos y gestión tras diez años de funcionamiento de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del Hospital de Getafe

Metodología: Revisión Base de datos del Servicio. Análisis de variantes, en una UGA de 30 camas durante 10 años, número de ingresos, edad, estancia media, ocupación, mortalidad y situación funcional basal severa previa al ingreso, física y mental (Escala Cruz Roja). Proceso de datos por programa File Maker Pro 5.0.

Resultados: Aparecen en tabla adjunta

Año	Ingresos	Edad	EM	Ocupación	Exitus	DFSP	DMSF
1992	886	79,0			10,0%	7%	4%
1993	1.010	80,5	11,7	107%	11,3%	12%	6%
1994	1.072	80,9	11,1	109%	9,0%	14%	7%
1995	1.014	81,3	11,6	108%	10,0%	16%	9%
1996	1.088	81,5	11,0	110%	11,6%	18%	11%
1997	1.068	82,8	10,3	100%	11,9%	20%	12%
1998	1.136	83,7	8,8	92%	12,3%	21%	13%
1999	1.183	84,0	9,0	96%	13,8%	24%	15%
2000	1.207	84,1	8,4	92%	14,2%	24%	13%
2001	1.232	84,2	7,7	92%	13,4%	21%	12%

EM. Estancia media. DFSP: Deterioro físico severo previo. DMSF: Deterioro mental severo previo.

Conclusiones: Son, básicamente, las siguientes:

1. Progresivo número de ingresos, un 30% con respecto al año inicial, sin modificación del número de camas funcionantes.
2. Claro incremento de la edad de ingreso de los pacientes, con una media de 0,5 puntos al año.
3. Espectacular descenso de la estancia media, de casi cinco días en diez años.
4. Progresivo descenso del índice de ocupación, en relación con el punto 3.
5. Aumento de los índices de mortalidad, sin duda consecuencia de puntos 1 y 6.
6. Notable modificación de la tipología de los enfermos de ingreso, con un importante aumento de pacientes en situación previa de severa dependencia, triplicando las tasas de incapacidad física y mental en 10 años.

127

PERFIL DE PACIENTES EVALUADOS POR UN SERVICIO DE GERIATRÍA Y DERIVADOS A UN HOSPITAL DE APOYO CON UNIDADES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL Y PALIATIVOS

Guerrero Frías, F.; Bartolomé Blanco, S.; Velasco Guzmán, R.; Illán Moyano, J.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Objetivos: Conocer las características clínicas de pacientes seleccionados por el Servicio de Geriatria para su derivación a la Unidad de Paliativos y la de Rehabilitación en el primer año de funcionamiento del concierto entre el Hospital Universitario de Getafe y el Hospital Fundación San José.

Material y método: Estudio descriptivo de pacientes valorados para derivación (siguiendo los criterios previamente establecidos y consensuados para su selección) entre los meses de marzo 2001 a marzo 2002. Análisis de la base de datos File Maker 5.0.

Resultados: Se hicieron 119 valoraciones de las cuales 83 pacientes (70%) se trasladaron (De estos: el 53% a rehabilitación, el 38% a paliativos y el 9% para consolidación de tratamiento). El 63% eran mayores de 75 años y un 54% fueron hombres. El principal área de procedencia fue geriatría (25%), seguido de med. interna (20%), traumatología (8,4%), neurología (7,5%) y oncología (6,8%). Los diagnósticos principales fueron: Accidente cerebrovascular agudo (ACVA) (28,5%), cáncer (24,3%), inmovilismo (23,5%), fractura de cadera (9,2%) y otras fracturas (5%). Las patologías secundarias más frecuentes fueron: HTA (22%), ICC/cardiopatía isquémica (20%), diabetes mellitus (13,4%), osteoporosis/osteoartritis (10%). Los síndromes geriátricos identificados fueron: Deterioro cognitivo

(24,3%), incontinencia urinaria (24,3%), caídas (18,4%), depresión (10%), malnutrición (9,2%) y úlceras por presión (7,5%). La situación basal según escala de Cruz Roja funcional y mental del total de pacientes aceptados fue: CRF (0-1): 33,7%; CRF (2-3): 57,7%; CRF (4-5): 8,4%. CRM (0-1): 80,7%; CRM (2-3): 13,2%; CRM (4-5): 1,2%.

Conclusiones:

- 1) El 63% de los pacientes tenía más de 75 años.
- 2) La mayoría de los pacientes procedían de los servicios de Geriatria y Medicina Interna.
- 3) Los diagnósticos principales fueron ACVA, cáncer e inmovilismo.
- 4) Más del 50% de los pacientes tenían uno o más factores de riesgo vascular.
- 5) Los síndromes geriátricos más prevalentes fueron deterioro cognitivo e incontinencia urinaria.
- 6) La edad, el perfil clínico y las necesidades de los pacientes evaluados, justifica la participación de un geriatra en la gestión de derivaciones a unidades de recuperación funcional y cuidados paliativos.

140

INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD SOBRE UN GRUPO DE PACIENTES GERIÁTRICOS

Reig, L.; Lozano, D.; Corral, O.; Martín, M.

Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Objetivo: Evaluar el efecto de la comorbilidad sobre: estancia media, fallecimiento durante el ingreso y ubicación del alta, en un grupo de pacientes geriátricos.

Material y método: UFISS de Geriatria del Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet. Recogida de la escala de comorbilidad de Charlsson en 675 pacientes, desde 1/1/2000 hasta 31/12/2001. Análisis estadístico: test de chi cuadrado, considerando significativa una p bilateral inferior o igual a < 0,05.

Resultados: 472 mujeres (69,8%), 203 hombres (30,1%). Edad media: 80,74 ± 8,69. Puntuación Barthel media: 67,85 ± 29,54. Puntuación OARS media 8,79 ± 4,32. Estancia media: 19,98 ± 13,19. Destino al alta: Domicilio 46,2%. Ingreso en sociosanitario (CSS): 36,2%. Ingreso en Residencia (CR): 13,5%. Exitus: 12,1%.

Se compararon dos grupos de pacientes: 228 pacientes (33,7%) con ausencia de comorbilidad (no CM) (Charlsson= 0) y 448 pacientes (66,3%) con presencia de comorbilidad (CM) (Charlsson> 0).

Sexo: 41,5% de mujeres no CM. 15,8% de hombres no CM. (p< 0,001)

Edad: 80,4 ± 7,9 años pacientes no CM. 80,9 ± 9,03 años pacientes CM. (p> 0,2)

Estado funcional: Barthel: 61,1 ± 30,8; OARS: 7,6 ± 4,3 en pacientes CM. Barthel: 82,2 ± 20,1; OARS: 10,2 ± 3,8 en pacientes no CM (p< 0,001 en todos los casos).

Estancia media: 22,17 ± 14,5 días pacientes CM. 15,6 ± 8,6 días pacientes no CM (p< 0,001).

CM en 90,1% de pacientes fallecidos y en 62,6% de pacientes no fallecidos. (p< 0,001).

Ubicación del alta: Pacientes CM 58,2% de ingreso en CSS o CR. Pacientes no CM 35,7% de ingreso en CSS o CR. (p< 0,001).

Conclusión: La presencia de comorbilidad influye en gran medida en la evolución de los pacientes geriátricos ingresados.

141

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL TEST DE COMORBILIDAD DE CHARLSSON EN UN GRUPO DE PACIENTES GERIÁTRICOS

Reig, L.; Lozano, D.; Corral, O.; Martín, M.

Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat. l'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

La presencia de comorbilidad influye en la evolución de los pacientes geriátricos ingresados. Uno de los instrumentos empleados para la medición de la comorbilidad es el test de Charlsson. Este instrumento recoge, y puntúa, una serie de patologías que se consideran relevantes.

Objetivo: Estudiar si la puntuación del test de Charlsson con estancia media, fallecimiento durante el ingreso y circunstancias del alta, en un grupo de pacientes geriátricos.

Material y método: Puntuación del test de comorbilidad de Charlsson en 675 pacientes, valorados por la UFISS de Geriátrica del Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet, desde el 1/1/2000 hasta el 31/12/2001. Para el análisis, la puntuación Charlsson se estratificó en ≤ 2 , 3-4, 5-6, >6 .

Resultados: 472 mujeres (69,8%), 203 hombres (30,1%). Edad media: $80,74 \pm 8,69$. Puntuación Barthel media: $67,85 \pm 29,54$. Puntuación OARS media $8,79 \pm 4,32$. Estancia media: $19,98 \pm 13,19$. Destino al alta: Domicilio 46,2%. Ingreso en Sociosanitario: 36,2%. Ingreso en Residencia: 13,5%. Exitus: 12,1%.

Se registraron 513 (53,6%) casos con Charlsson ≤ 2 , 117 (12,2%) casos con Charlsson 3-4, 39 (4,1%) casos con Charlsson 5-6, y 7 (1%) casos con Charlsson > 6 .

Ninguno de los siguientes factores mostró una relación estadísticamente significativa con la puntuación de Charlsson: edad, estancia media, Barthel, OARS, exitus.

Sólo en las circunstancias del alta, la proporción de mejorías disminuyó significativamente a mayor categoría de puntuación del índice.

Conclusiones: El test de Charlsson, si bien distingue bien la presencia de comorbilidad relevante, no ha producido una correcta gradación de la misma en este grupo de pacientes.

Serían necesarios tests que permitieran una mayor estratificación de la comorbilidad relevante.

169

MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES DERIVADOS DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS A UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

Muñoz Romero, C.; Álvarez Martín, A.; Brull Royo, M.; Domínguez López, M.; Martínez Almazán, E.; García Navarro, J. A.

Hospital de la Santa Creu. Tortosa.

Una quinta parte de los ingresos en la unidad de larga estancia de nuestro centro son derivados directamente desde centros de agudos, previa valoración geriátrica por equipo especializado (UFISS).

Objetivo: Estudiar los factores de riesgo asociados a mortalidad precoz (en el primer mes de ingreso) en pacientes de larga estancia ingresados desde unidades de hospitalización de agudos.

Método: Se revisaron las historias de los enfermos ingresados durante el 2001 y valorados por la UFISS. Se recogieron datos de filiación, diagnóstico principal y secundarios, situación funcional (Barthel), situación cognitiva (Pfeiffer), estado afectivo, potencial rehabilitador, apoyo familiar, parámetros bioquímicos nutricionales (albumina y colesterol), y la mortalidad a lo largo del primer mes de ingreso. Análisis estadístico mediante paquete SPSS con comparación de medias (T de Student) y comparación de variables categóricas (chi-cuadrado).

Resultados: Durante el 2001 hubo 58 ingresos en larga estancia procedentes de unidades de agudos (21,3% del total de ingresos en esta unidad). La distribución por sexos fue del 50%, y la edad media de $76,4 \pm 13,5$ años. Un 29% procedían de Urgencias, el 32,8% de Medicina Interna, 6,9% de Traumatología, 6,9% de Cirugía, y el 24% restante de otros servicios. Los diagnósticos principales más frecuentes fueron neurológicos (ACV, demencia) 27,5%, cardiopulmonar 27,3% y traumatológico 15,5%. El 27,6% de los enfermos presentaban un Barthel de 0 al ingreso. El 63,8% se consideraron con potencial rehabilitador malo o regular. El Pfeiffer medio fue de $4,1 \pm 4,2$. En el 7% se detecta sintomatología depresiva y el 62% presentaban regular o mal apoyo familiar. La albúmina y el colesterol medios fueron $3,3 \pm 0,5$ g/dl y $182 \pm 55,9$ mg/dl respectivamente. El promedio de fármacos al ingreso 4,6. Fallecieron 5 enfermos duran-

te el primer mes de ingreso (8,62%), presentando estos pacientes menor Barthel al ingreso ($2,2 \pm 2,8$ vs $41,3 \pm 38$, $p < 0,001$) y peor potencial rehabilitador (malo 100% vs 30,2%, $p < 0,05$).

Conclusiones:

1) La situación funcional y el potencial rehabilitador estimado mediante valoración geriátrica son marcadores de mortalidad precoz en este tipo de pacientes.

2) La influencia de otros factores como la edad o los marcadores nutricionales en la mortalidad a corto plazo de estos pacientes necesita ajuste de riesgo en muestras más amplias.

1068

DELIRIUM: ETIOLOGÍA Y MANEJO EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

Sanz Segovia, F. J.; Robles Agudo, F.; López Arrieta, J. M.; Beltrán de Ascensión, M.

Servicio de Geriátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Área Cantoblanco. Madrid.

Objetivos: Conocer la incidencia, etiología, factores asociados, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de delirium en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

Método: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UGA de nuestro centro durante el año 2001 en los que se llegó al diagnóstico de delirium mediante el CAM (Confusion Assessment Method) recogiendo variables clínicas de interés para el estudio.

Resultados: En dicho periodo hubo un total de 352 ingresos en la UGA con una estancia media de 12,62 días y una mortalidad del 12,19%. Se diagnosticó delirium aplicando el CAM a 41 pacientes (11,6%), 27 mujeres (65,85%) y 14 varones (34,14%) con una edad media de $83,53$ años $\pm 5,7$ SD. El 58,53% no presentaba deterioro funcional o era de grado leve, en el 19,51% era de grado moderado y en el 21,95% severo (índice de Barthel < 40). Presentaban deterioro cognitivo avanzado el 26,82%, moderado 17,07%, leve 29,26% y ausente un 26,82% (según SPMS de Pfeiffer). Los antecedentes patológicos más significativos fueron la presencia de ACVAS previos (24,39%), demencia (21,95%), diabetes mellitus (21,95%), insuficiencia cardiaca (17,07%) y cuadros confusionales previos (14,63%). La semiología inicial y/o acompañante más frecuente fue obnubilación (31,70%), fiebre (19,51%), deterioro EG (19,51%) y disnea (12,19%). Las alteraciones analíticas más relevantes fueron la presencia de leucocitosis con neutrofilia (43,90%), trastornos hidroelectrolíticos (39,02%), deterioro de la función renal (48,78%) y un sistemático de orina patológico en el 39,02%, siendo las principales causas las infecciones (58,53% total): respiratorias (31,70%) y tracto urinario (26,82%), metabólicas (14,63%), insuficiencia cardiaca (9,78%), polifarmacia-impregnación farmacológica (9,75%) y caídas (7,31%). En el 97,56% casos se llevó a cabo tratamiento causal recibiendo medicación neuroléptica coadyuvante el 46,34% (risperidona: 56,44%, haloperidol: 31,23% y olanzapina: 12,33%). La remisión total del delirium se consiguió en el 70,73% de los pacientes, parcial en el 14,63%, con cronificación/fallecimiento en el resto.

Conclusiones:

1. Incidencia elevada de delirium como causa de ingreso y/o complicación intercurrente en una UGA.

2. La obnubilación es la manifestación inicial más frecuente.

3. El deterioro de la función renal es el hallazgo de laboratorio más común.

4. La etiología infecciosa es la más frecuente seguida de la metabólica, aunque la multicausalidad pueda confluir en un porcentaje muy elevado de los casos.

5. Más de 2/3 casos evolucionaron a la remisión total tras tratamiento causal y neurolépticos de apoyo.

1093

PRIMEROS TRES AÑOS DE ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE GERIATRÍA. PRESENTACIÓN

Avellana, J. A.; Salvador, M.; Belenguer, A.; Tejero, C.; Palop, V.; Trescolí, C.

Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia.

Introducción: En abril de 1999 inicia su actividad una Unidad de Geriatría, tres meses después de iniciarla el Hospital de la Ribera. Es una Unidad Funcional dependiente del área de Medicina Interna, que realiza su actividad en las distintas áreas de un hospital público de servicios con gestión privada y con un modelo de atención hospitalista: hospitalización médica y quirúrgica, consultas externas y urgencias. Se presta atención a los procesos agudos y crónicos reagudizados, con objetivos clínico-terapéuticos, preventivos y rehabilitadores. Trabaja de forma multidisciplinar con los servicios médicos, quirúrgicos, enfermería, rehabilitación, asistencia social y familia. Gran parte del trabajo hospitalario se realiza apoyando a la mayoría de los servicios quirúrgicos, valorando a todos los > 64 años al día siguiente del ingreso, realizando seguimiento según criterios establecidos.

Objetivo: Presentar la actividad de nuestra Unidad de Geriatría.

Método: Descripción de la actividad asistencial, docente e investigadora de la Unidad durante los años 1999, 2000 y 2001.

Resultados:

Actividad asistencial: En el Área de Hospitalización Médica se han atendido 2.432 pacientes. En el Área de Hospitalización Quirúrgica 5.915 pacientes (edad media 74,5 años, 48% mujeres, estancia media 7,02 días, mortalidad 1,92%, alta a hospitalización a domicilio 3,25%, a hospitales de larga estancia 0,7%, a residencia 1,37%). El Consultas Externas se han realizado 17.039 consultas, de ellas 3.422 en la Consulta de Geriatría, el 38% primeras. En Urgencias se han atendido a 4.027 pacientes.

Actividad docente: Los miembros de la Unidad han preparado un 20% de sesiones del Servicio de Medicina y 6 guías clínicas del hospital. Participan en Comisiones de Investigación, Farmacia, Biblioteca, Coordinación Asistencial, Cirugía sin sangre y Nutrición; en Comisiones de Sociedades Regionales y Nacionales de Geriatría y Medicina familiar y Comunitaria (demencias, deterioro funcional y fragilidad en el anciano, vacunas, uso racional medicamentos); y en grupos de trabajo de las administraciones central y autonómica. Se ha colaborado en los dos cursos de reciclaje de los médicos de atención primaria del área impartidos, 48 ponencias a cursos, talleres y conferencias (EVES, CEE, ADEIT...). Autores de 6 capítulos en libros. Ponentes en 4 congresos, 10 intervenciones medios de difusión general (TV, prensa, radio). Asistentes a más de 30 cursos de formación y congresos nacionales e internacionales.

Actividad investigadora: 7 publicaciones en revistas internacionales y 14 en nacionales. Un metaanálisis sobre la efectividad de la vacuna del neumococo en el anciano.

27 comunicaciones a congresos nacionales y dos a internacionales. Dos codirecciones de tesis doctorales. Investigadores colaboradores en ayudas a la investigación. Dos Premios a la investigación en congreso nacional y uno en regional.

Comentario: Tras estos tres primeros años, la Unidad está consolidada en el hospital, en nuestra área de salud y en la Comunidad Valenciana. En estos momentos tiene como objetivos consensuar con la Atención Primaria y los Centros Sociosanitarios de nuestra área la prevención primaria y las guías clínicas de los procesos más prevalentes en el anciano.

94

TRANSICIÓN DE LA ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SNG A DEGLUCIÓN ORAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Lasso Torres, J. M.; Vinuesa Acosta, F.; Quintana Luque, F.; Carrillo Santos, J. C.; Romero Morell, C.; García Monlleo, F. J.; Linares Samaniego, F.; Peña-Toro Girela, B.

Hospital Universitario San Rafael. Granada.

Objetivo: Revisión del tránsito desde alimentación enteral por sonda nasogastrica a alimentación oral en pacientes geriátricos ingresados en un hospital de media y larga estancia.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes que a su ingreso eran portadores de catéter de alimentación enteral durante el año 2001. Se analizan las siguientes variables: Numero de casos, edad, sexo, hospital de origen, causa de la disfagia, patologías asociadas, tipo de catéter, tipo de alimentación, dieta de transición, dieta final, uso de espesantes, tiempo de transición en días, recateterización, tiempo total con catéter enteral, tratamiento rehabilitador activo, tiempo de estancia, numero de altas hospitalarias y motivo del alta. El tratamiento estadístico se realizó mediante la hoja de cálculo Excel 97.

Resultados: Realizamos un análisis estadístico de los 518 pacientes ingresados en nuestro centro durante el año 2001, procedentes fundamentalmente de los Servicio de Neurología y Medicina interna del Hospital Universitario San Cecilio. De estos pacientes hubo un total de 64 casos que eran portadores de catéter nasogástrico y, por tanto, con nutrición enteral a su ingreso. Con una media de edad de 63,3 años, de estos 33 eran mujeres y 31 eran hombres. En las patologías causantes de disfagia en estos pacientes fueron las mas frecuentes: enfermedad cerebrovascular, encefalopatía anóxica, enfermedades neurodegenerativas, infecciones respiratorias graves, y otros estados como pacientes con desnutrición y neoplasias. Se aprecia una media de días de transición entre su ingreso y la retirada de la sonda nasogastrica con cambio hacia una dieta oral de 8,50 días. De estos pacientes 49 cursaron alta durante el año 2001, los motivos de alta hospitalaria fueron: Mejoría 15, éxitus 26, traslado a otro centro 5, hospitalización domiciliaria 3.

Conclusiones: Es de destacar que siendo el nuestro un centro de media y larga estancia, fundamentalmente geriátrico, también recibimos ingresos de pacientes menores de 65 años, con graves discapacidades portadores de SNG. Que en existe una distribución prácticamente simétrica de sexos. En los pacientes en los que aun portando sonda nasogastrica se inicia tolerancia de la deglución, detectamos una corta transición desde la dieta a través de la sonda hasta la retirada de la misma, con adaptación progresiva a dietas de distinta consistencia. De esto se puede deducir que este actuación no se llevó a cabo en los centros de origen, aunque si hubieran podido iniciar la tolerancia de la deglución.

132

¿ES TAN DIFÍCIL DAR DIETA LIBRE AL ENFERMO EN SITUACIÓN TERMINAL?

Rodríguez Rodríguez, F.; Vinuesa Acosta, F. J.; De la Higuera, S.; Lapresta, E.; Hita, P.; Rubio, I.; Molina, E.; Curiel, A.; Navarro, A.

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario San Rafael. Granada

Objetivo: Consideramos la alimentación como un factor que puede contribuir a aumentar la calidad de vida y mejorar la sensación de control de la situación durante el tiempo de estancia en nuestro centro. Nos proponemos analizar las preferencias en la dieta de los pacientes ingresados en nuestra unidad en situación de enfermedad terminal.

Método: Por dieta libre: entendemos que el paciente terminal puede comer «lo que quiera, cuando quiera y cuanto quiera». Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo durante un periodo de 6 meses, donde se analizan los menús solicitados a cocina (primer plato, segundo, postre, suplementos, en desayuno, almuerzo y cena), el grado de cumplimiento de las solicitudes y su aceptación.

Para ello, hemos introducido las siguientes innovaciones para que las comidas sean un elemento de confort y calidad de vida para paciente y familia:

- Diseño del proceso de pedido de menús libres.
- Preparación y supervisión diaria.
- Encuestas de aceptación.
- Permitir que la familia traiga la comida de casa.

- Generar una estructura de preparación y mantenimiento de la comida en planta.

Resultados: De un total de 78 pacientes, el perfil de paciente que atendemos es mayoritariamente de sexo femenino de unos 64 años de media, presenta cáncer en un 60%, demencia 15%, otras enfermedades neurológicas 20%, SIDA 3%.

Conservan la capacidad de deglución y nivel de conciencia en un alto porcentaje, lo que les permite seleccionar los alimentos que prefieren tomar.

Conclusiones:

1. No se incrementa el gasto.
2. Gran número de pacientes opta libremente por el menú del día.
3. La principal opción elegida es la dieta mediterránea clásica.
4. Se observa mayor variabilidad en segundos platos y postres.
5. La participación de la familia supone una gran satisfacción para ellos mismos y su enfermo.
6. Mantener una infraestructura mínima facilita y agiliza enormemente el sistema.

134

ASPECTOS ANTROPOMÉTRICOS Y DE SALUD BUCAL EN UN GRUPO DE MUJERES ANCIANAS MEXICANAS

Velázquez Alva, M. C.; Irigoyen Camacho, M. E.; Zepeda, Z. M. A.

Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Ciudad de México. México.

El propósito del presente estudio fue describir algunas características antropométricas, que se relacionan con el estado de nutrición y salud de la cavidad bucal en un grupo de mujeres ancianas de la ciudad de México.

Métodos: Se seleccionaron mujeres de 60 o más años de edad, que acudían a un centro gubernamental llamado «Desarrollo Integral de la Familia», en el que realizan actividades de socialización. Las personas seleccionadas pertenecen a un grupo de bajo nivel socioeconómico. Se utilizaron los criterios de la OMS para la evaluación de mediciones antropométricas en ancianos; así mismo los criterios de este organismo se emplearon en el diagnóstico del estado de la cavidad bucal. En el análisis estadísticos se calcularon las estimaciones de estadística descriptiva de las variables de estudio, así mismo, se generó un modelo de regresión múltiple para estudiar la asociación de variables antropométricas y las necesidades de atención odontológica protésica.

Resultados: Se examinó a un total de 61 mujeres, con una edad promedio de 69,5 años (ds 7,0). En la siguiente se presentan algunas variables antropométricas y el índice de caries del grupo de estudio

Variables	Promedio	ds
Antropometría		
Talla (cm)	147,3	± 5
Peso (kg)	62,1	± 12
IMC (kg/m ²)	28,7	± 6
% de grasa	34,4	± 4
Dientes		
Cariados (C)	5,4	± 6
Perdidos (P)	14,2	± 10
Obturados (O)	1,2	± 2
CPO	20,08	± 7

El 64% del grupo estudiado requería de una prótesis (parcial o total), ya sea superior, inferior o ambas. El 16,4% de las ancianas estaban edéntulas. El modelo de regresión mostró una asociación entre las necesidades protésicas y el IMC, controlando por edad, las mujeres que no tenían prótesis tendían a presentar IMC más bajos, que las mujeres que no requerían prótesis ($p < 0,01$).

Conclusiones: Se observó que las mujeres que no tenían prótesis dental presentaban mediciones antropométricas que sugieren un mayor riesgo nutricional.

139

CONCORDANCIA ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA VALORACIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL.

Fontecha, B.; Fernández, M.; García, S.; Sánchez-Ferrín, P.

Consorci Sanitari de la Creu Roja a Catalunya. Centre Sociosanitari. L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivo: Estudiar el grado de concordancia entre la valoración del estado nutricional mediante el índice de masa corporal (IMC) y la impresión subjetiva realizada en el momento del ingreso en una unidad de media estancia.

Metodología: Se utilizan dos métodos, valoración subjetiva estratificada en: bien nutrido, desnutrición moderada, severa y obeso y, por otra parte la medición del índice de masa corporal. Se ha definido desnutrición como IMC inferior a 19 y obesidad IMC superior a 25.

Resultados:

	IMC > 19	IMC ≤ 19	
No desnutridos	178	5	183
Desnutridos moderados y severos	54	16	70
Total	232	21	253

K 0,0257. Error típico asistótico: 0,062 asumiendo la hipótesis alternativa. T aproximada empleando el error típico asintótico basado en hipótesis nula: 5.191. Significación aproximada: $p = 0,000$.

	IMC < 25	IMC ≥ 25	
Bien nutridos y obesos	36	95	131
Desnutridos leves, moderados y severos	91	31	122
Total	127	126	253

K 0,0474. Error típico asistótico: 0,055 asumiendo la hipótesis alternativa. T aproximada empleando el error típico asintótico basado en hipótesis nula: 7,523. Significación aproximada: $p = 0,000$.

Conclusiones: Tomando como patrón el IMC, la valoración subjetiva muestra una concordancia moderada para pacientes ancianos bien nutridos y obesos y, por el contrario, es baja para la valoración de la desnutrición en grado moderado o severo.

1022

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA TALLA ESTIMADA A PARTIR DE LA ALTURA DE LA RODILLA Y LA LONGITUD DE LOS BRAZOS

Llopis Calvo, A.; Caballero, J.; Roig Parera, T.; Lladó Arnal, M.; Espinosa, M. C.

Antic Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró. Barcelona.

La valoración nutricional es fundamental en la valoración geriátrica integral. Uno de los parámetros más utilizados es el índice de masa corporal (IMC), para su cálculo necesitamos obtener el peso y la altura del individuo. La obtención de la talla real es compleja en pacientes ancianos incapacitados o con importantes deformidades de columna. El tamaño de los huesos largos no se modifica con el envejecimiento, por lo que se han publicado algunas fórmulas para estimar la talla a partir de una medida indirecta de los huesos largos de las extremidades. Chumlea et al publi-

caron una fórmula para obtener la talla a partir de la altura talón-rodilla (JAGS 33:116-120, 1985) que se utiliza ampliamente en el ámbito de la Geriátrica aunque algunos trabajos muestran diferencias importantes con la talla real (Alastre et al, Rev Esp Geriatr Gerontol 28;4:243-256,1993). Kwok et al (JAGS 39: 492-496, 1991) describe que la longitud de los brazos dispuestos en cruz es equiparable a la talla real del individuo, existiendo trabajos que corroboran esta correlación como el estudio SENECA.

Objetivos: Comparar en una población de pacientes ancianos la talla estimada a partir de la altura de la rodilla y la obtenida de la longitud de los brazos con la talla real para identificar cuál de las dos medidas es más útil y válida.

Metodología: Pacientes ingresados en el Antiguo Hospital Sant Jaume y Santa Magdalena y en la Residencia Sant Josep de Mataró, > 65 años, en los que se pudieran obtener las tres medidas, excluyendo a los que presentaban importantes deformidades de columna. La obtención de las medidas se realizó siguiendo estrictamente las directrices de los autores en sus artículos.

Resultados: Se midieron 54 pacientes, 9 hombres y 45 mujeres, edad media 82,2 años.

Longitud de los brazos - talla real: correlación: 0,87, diferencia media: $-4,36 \pm 5,03$. Talla obtenida a partir de la altura talón-rodilla - talla real: correlación: 0,91, diferencia media $-0,16 \pm 3,5$.

Conclusión: Ambas medidas pueden ser útiles para obtener la talla estimada del individuo, sin embargo, la medida de la longitud de los brazos dispuestos en cruz presenta en la práctica mayor dificultad técnica y diferencias individuales más marcadas, por lo que resulta menos útil.

1096

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

Esteban y Peña, M.; De Tena Dávila Mata, M. C.; Seerrano Garjo, P.; Romero Chaparro, R.; Martín Díaz, C.; Martínez Simancas, A.

Centro Municipal Geriátrico. Área de Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

Objetivo: El estado nutricional es de importancia capital para la recuperación de los diversos procesos patológicos que pueden encontrarse en los ancianos. El Centro Municipal Geriátrico, dentro de su consulta de valoración, ha incluido un protocolo de evaluación nutricional y manejo de la malnutrición que se aplica a todos los pacientes atendidos, cualquiera que sea el motivo de su consulta. En el presente estudio se pretende conocer la frecuencia de riesgo de malnutrición y malnutrición propiamente dicha en la población atendida, así como las características de la misma.

Material y métodos: Se estudian 205 pacientes, vistos por vez primera en nuestra consulta de geriatría durante los años 2000 y 2001. La edad media es de 77,5 años (DE= 6,1) y el 75% son mujeres. Se analizan variables nutricionales mediante el MNA, estado funcional (Barthel, Lawton) y parámetros bioquímicos y hematológicos (albúmina, linfocitos, transferrina y colesterol). El MNA se estratifica según el criterio establecido (sin riesgo, riesgo de malnutrición y mal estado nutricional). Las subpoblaciones obtenidas con esta clasificación se analizan en relación con los parámetros estudiados y se marcan las diferencias existentes. Todo el análisis se efectúa con SPSS.

Resultados: La población estudiada tiene un MNA medio de 23,5 (DE= 4,54) y un Barthel de 85,81 (DE= 6,16), la media de los parámetros analíticos fue: albúmina 4,1 (DE= 0,35), linfocitos 1.891 (DE= 0,66), transferrina 232 (DE= 44,11) y colesterol 201 (DE= 87). El estado nutricional, según MNA, se divide en:

1. Sin riesgo 114 (55,6%).
2. Con riesgo de malnutrición 75 (36,6%).
3. Malnutridos 16 (7,8%).

La edad media en los distintos grupos no fue diferente, no ocurriendo lo mismo con el Barthel, que muestra mayor puntuación cuanto mejor es el estado nutricional: 1= 95,23 (DE= 8,47), 2= 79,79 (DE= 21,06), 3=

47,81) DE= 29,83) ($p < 0,001$). Ninguno de los parámetros analíticos muestra diferencias significativas entre los grupos analizados.

Conclusiones: A pesar de que más de la mitad de la población estudiada tiene un buen estado nutricional, la existencia de un alto porcentaje de pacientes en riesgo o malnutridos, justifica una actuación como la descrita, siendo precisamente el grupo en riesgo el que más puede beneficiarse de la misma.

1124

ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO EN POBLACIÓN ANCIANA INCLUIDA EN UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA

Forcano, M.; Cucullo, J. M.; Aznar, P.; Echavarri, J. M.; Terreros, J. L.

Hospital San Jorge. Zaragoza.

Objetivo: Analizar las medidas de antropometría en un grupo de población anciana sana moderadamente activa.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo, de los ancianos incluidos en un programa de actividad física individualizada para mayores de 75 años, de octubre a junio de 2001. Valoraciones realizadas en el Centro de Medicina del Deporte del Gobierno de Aragón. Se recogieron datos de peso, talla, pliegues cutáneos, diámetros óseos, perímetros, IMC (nomo-grama de Bray), porcentaje de grasa medido por bioimpedancia eléctrica e índice de riesgo cardiovascular medido por antropometría (índice de cintura/cadera según nomograma de Bray y Gray). Las medidas se realizaron en el lado derecho.

Resultados: De un total de 37 ancianos se completó la valoración en 31. Edad media de 77 años y prevalencia de mujeres del 68%. El peso medio fue de 66,09 kg en mujeres y 75,92 kg en varones y la talla media de 152,3 cm en mujeres y 167 cm en varones. Los valores medios de los pliegues cutáneos (medidos en mm) fueron: tricipital 17,48, subescapular 21,52, supraespinoso 17,43, abdominal 25,94, muslo 24,95 y pierna 18,65, con valores mayores en las mujeres. En los diámetros óseos las medias (medidas en mm) fueron: biestiloideo 6,27, bicondíleo humeral 8,48 y bicondíleo femoral 9,93, con valores más altos en varones. Los perímetros medios (medidos en cm) fueron: brazo 29,47, pierna 33,48, cintura 93,94 y cadera 102,4, mayores en varones excepto el perímetro de cadera que fue mayor en mujeres. El porcentaje de grasa medido por impedancia eléctrica tuvo una media de 42,35% en mujeres y 35,11% en varones. Con el IMC se estimó un 52% de individuos moderadamente obesos y un 13% severamente obesos, con mayor proporción de mujeres. El índice cintura/cadera para mujeres fue 0,86 y para varones 0,79. El índice de riesgo cardiovascular medido por antropometría fue bajo en 13%, moderado en 23%, alto en 26% y muy alto en 39%, predominando el riesgo moderado en varones y alto y muy alto en mujeres.

Conclusiones:

1. Los resultados antropométricos de nuestra muestra son similares a otros estudios europeos en población anciana.
2. El sexo femenino aparece con valores más altos en obesidad y masa grasa, con un mayor porcentaje de riesgo cardiovascular elevado.
3. La valoración del índice de riesgo cardiovascular según el nomograma de Bray para estas edades, no ha sido aún estudiada, por lo que los resultados deberán tomarse con cautela.
4. La realización de estudios posteriores más amplios, como el que se realizará en la segunda fase de este trabajo, nos indicará la fiabilidad de estos parámetros.

1144

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA.

Escuer, A.; Fort, I.; Cunill, J.

Centro Sociosanitario El Carme. Badalona (Barcelona).

Objetivo: Conocer el tipo de alimentación y aspectos relacionados, de los pacientes ingresados en la Unidad de Larga Estancia del Centro Sociosanitario El Carme de Badalona (Barcelona).

Método: Se revisan las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad A de Larga Estancia (30 camas), durante el año 2001, registrando las siguientes variables: edad, sexo, tipo de alimentación (normal o especial, y dentro de las especiales la nutrición enteral completada por sonda nasogástrica o gastrostomía, dietas hiposódica y para diabéticos, y alimentación básica adaptada), indicaciones, complicaciones y evolución. Se trata de un estudio descriptivo y transversal. El análisis estadístico es univariante de variables cuantitativas y cualitativas.

Resultados: Han estado ingresados 87 pacientes, 58 (66,6%) precisaron alimentación especial, la edad media fue de 80,8 años (r 39-99), 40 (69,0%) mujeres y 18 (31,0%) hombres, fueron éxitos 24 (41,4%), alta a domicilio o centro residencial 17 (29,3%) y 17 (29,3) permanecían ingresados. En relación al tipo de alimentación 24 pacientes (41,3%) precisaron dieta hiposódica, 18 (31,0%) para diabéticos, 18 (31,0%) nutrición enteral completa, de éstos, 13 (66,6%) por sonda nasogástrica y 7 (33,3%) gastrostomía (PEG), y 16 (27,6%) alimentación básica adaptada. Las indicaciones para la dieta hiposódica fueron 18 (75%) HTA, 4 (16,7%) cardiopatía y 2 (8,3%) otros, para la diabética 18 (100%) diabetes mellitus tipo 2, para la alimentación básica adaptada, 16 (88,9%) hipoalbuminemia y 2 (11,1%) ingesta energético proteica escasa; para la nutrición enteral completa 7 (38,9%) AVC, 6 (33,3%) demencia, 3 (16,8%) E. Parkinson, 1 (5,5%) esclerosis múltiple y 1 (5,7%) paraparesia espástica. Presentaron complicaciones 15 (83,3%) de los 18 pacientes con nutrición enteral completa, los portadores de SNG (12) presentaron: 3 (25%) obstrucción, 2 (16,6%) necrosis por presión, 2 (16,6%) regurgitación y 1 (8,3%) neumonía aspirativa. Los 6 pacientes portadores de PEG realizaron algún tipo de complicación: regurgitación 4 (66,6%), rotura de sonda 4 (66,6%), diarreas 3 (50%), infecciones ostomía 3 (50%), estreñimiento 1 (16,6%).

Conclusiones:

1. Elevado porcentaje de pacientes con alimentación especial.
2. Las enfermedades neurológicas graves en nuestra Unidad son la única causa de indicación de nutrición enteral completa.
3. Las complicaciones más frecuentes son, en la SNG la obstrucción y en la PEG la rotura de sonda y la regurgitación.

63

FRACTURA DE FÉMUR. SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Soria, X.; Alaez, F.; Aisa, L.; Cardiel, A.; Lozano, A.; Carral, E.

Centro Sociosanitario L'Aliança. Barcelona.

Objetivos: Conocer las relaciones existentes entre las fracturas del tercio proximal de fémur y la situación nutricional de los pacientes ingresados en nuestro centro con criterio de convalecencia.

Método: El estudio se realiza mediante el análisis de los datos obtenidos de los pacientes ingresados en los años 2000 y 2001. Se recogen los datos referidos a: número de pacientes, sexo, edad, tipo de fractura, situación funcional previa y al alta, grado de autonomía en la marcha, destino, estancias e índice de masa corporal.

Resultados: De los 239 pacientes, 45 eran varones y 194 (81,2%) mujeres. La media de edad fue de 82 años. El diagnóstico más frecuente fue la fractura pertrocanterea (64,3%). El índice de Barthel previo promedio era 85,65. Al alta fue 71,6. La deambulación previa al ingreso era autónoma en 165 pacientes (69%). Al alta solo lo fueron 79 (33%). Fueron a domicilio 170 (71%), a residencia 47, éxitos 3, a hospital agudos 16. Los pacientes con IMC < 21 fueron 57. Solo fue significativo en las variables: tipo de fractura pertrocanterea (p: 0,06495), Barthel previo ingreso (p: 0,0313), Barthel alta (p: 0,0445)

Conclusiones: Los pacientes con índice de masa corporal inferior a 21 tenían las características siguientes:

- Varones mayores de 80 años.
- El tipo de fractura era pertrocanterea.

- La capacidad funcional global, índice de Barthel, era peor tanto en la situación previa como al alta del centro.
- La autonomía en la deambulación previa a la fractura y al alta era menor sin ser estadísticamente significativa.

73

ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE LA EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES AFECTOS DE FRACTURA DE CADERA. RESULTADOS PRELIMINARES

Vilà Santasuana, A.*; Galí López, J.**; Puig Rossell, C.**

* Medicina Interna. Geriátrica. ** Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Barcelona. Barcelona.

Objetivo: Determinar el impacto de un programa de atención geriátrica integral en el tratamiento de pacientes ≥ 65 años con fractura de cadera.

Material y método: Estudio comparativo de la eficacia de dos métodos de asistencia de pacientes con fractura de cadera: 1) seguimiento y tratamiento estandarizados mediante la aplicación de una vía clínica (Grupo A, n = 100) y 2) el mismo tratamiento con la incorporación de un geriatra en el equipo (Grupo B, n = 100). Los pacientes fueron evaluados a los 6 y 12 meses.

Resultados: No existieron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a edad, sexo, comorbilidad, tipo de fractura y complicaciones durante el ingreso. Comparados con el grupo A, los pacientes del grupo B generaron menos interconsultas (84 vs. 30, p = 0,01) y precisaron menos días de ingreso ($7,2 \pm 2,7$ días vs. $6,5 \pm 2,1$ días, p = 0,02). Los consumos de material sanitario y de farmacia fueron menores en el grupo B, aunque las diferencias en el coste medio por proceso no fueron significativas (20,0902 vs. 1.976 euros, p = 0,4). El número de reingresos (24 vs. 20, ns) y la mortalidad al año (24% vs. 19%, p = 0,194) fueron menores en el grupo B.

Conclusiones: A pesar de que el estudio se realizó en un ámbito ya optimizado por la aplicación de una vía clínica se mejoró la atención médica de los pacientes, disminuyendo la estancia hospitalaria, la variabilidad de la actuación y el coste medio por proceso.

87

INCIDENCIA DE CAÍDAS ENTRE PACIENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS

Guzmán, M.; Murciano, S.; Vilà*, A.; Ropero, C.; Ber, T.; Cot, R.

Enfermería. * Medicina Interna. Geriátrica. Hospital de Barcelona. Barcelona.

Objetivo: Determinar la incidencia de caídas en pacientes ingresados y analizar los factores asociados.

Material y método: Estudio prospectivo de la incidencia de caídas en pacientes ingresados en especialidades médicas y quirúrgicas durante un periodo de dos años (desde enero del 2000 hasta enero del 2002). Variables evaluadas: edad, sexo, factores de riesgo intrínsecos de caída, fármacos involucrados, grado de severidad y registro de la caída en el informe de alta.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron hospitalizados 40.127 pacientes, de los cuales 357 (0,9%) presentaron caídas. De estos, el 59% eran mujeres y la edad media fue 76 ± 11 años. La incidencia de caídas global fue de 8,9/1.000 altas. La incidencia de caídas fue mayor en pacientes hospitalizados en especialidades médicas (25,6 caídas/1.000 altas) que en las quirúrgicas (3,7/1.000 altas). No existieron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, factores de riesgo de caída, severidad de la caída y registro de la caída en el informe de alta entre los pacientes hospitalizados en especialidades médicas y quirúrgicas. En cuanto a los fármacos, únicamente se observó un mayor uso de diuréticos en los pacientes de especialidades médicas (80% vs. 20%, p < 0,001).

Conclusiones: La incidencia de caídas es mayor en los pacientes hospitalizados en especialidades médicas que en quirúrgicas, aunque no se han observado diferencias entre los factores de riesgo intrínseco entre los dos grupos.

Las estrategias preventivas deberían aumentar en este grupo de pacientes.

136

DETERIORO FUNCIONAL TRAS UNA FRACTURA DE FÉMUR

Alcalde Tirado, P.; Guillén Álvaro, A.; Martos Gutiérrez, J.; Ariño Blasco, S.

Hospital General de Granollers. Granollers.

Objetivo: Determinar el cambio en la situación funcional de la población anciana después de haber presentado una fractura del tercio proximal de fémur.

Metodología: Estudio prospectivo de pacientes con perfil geriátrico ingresados en el servicio de Traumatología del Hospital General de Granollers durante el año 2000 con fractura del tercio proximal de fémur. Se realiza una valoración geriátrica durante su ingreso hospitalario por el equipo de Geriátrica tras la interconsulta del traumatólogo, efectuándose una posterior entrevista telefónica a los 6 meses de la fractura.

Resultados: Se incluyen un total de 106 pacientes. Se evalúa la evolución de su situación funcional en 6 actividades básicas de la vida diaria (AVD). La evolución funcional de los que sobreviven respecto a las AVD es la siguiente: 27 (31%) permanecen con independencia funcional, 12 (14%) mantienen su situación de dependencia total inicial, y 46 (55%) pierden una o mas AVD.

La evolución funcional de las 85 personas que sobreviven a los 6 meses es la siguiente:

Actividad básica	Autonomía previa al ingreso	Autonomía a los 6 meses
Deambulación intradomiciliaria	69	52
Deambulación extradomiciliaria	40	20
Vestirse	55	33
Transferencias	64	44
Ir al water	63	44
Comer	69	62

Conclusiones: Tras una fractura de tercio proximal de fémur se produce un deterioro funcional global importante, con pérdida de la mayoría de AVD, y muy especialmente de la deambulación extradomiciliaria. Una proporción elevada de ancianos ya presentaban previamente una importante incapacidad funcional.

147

TENDENCIA EVOLUTIVA DE LAS FRACTURAS DE CADERA EN LA PROVINCIA DE CÁCERES.

Pedrerá, J. D.; Rey, P.; Durán, N.; Calderón, J. F.; Morales, M. L.; Borrellá, S.

Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura. Cáceres.

Objetivos: Hay amplias variaciones en la incidencia/año y en la evolución de las fracturas de cadera en pacientes mayores de 50 años y que siendo por trauma mínimo, se consideran fracturas por fragilidad ósea. No conociéndose la de la provincia de Cáceres, quisimos conocer la misma y su tendencia evolutiva.

Metodo: Se han estudiado un total de 1577 fracturas de caderas habidas entre los años 1996 al 2000 (ambos inclusive). El tipo de fractura se obtiene de los códigos CIE del 820 al 829, relativos a fracturas de miembros inferiores.

Resultados: Un total de 1.119 fracturas ocurren en mujeres y 378 en hombres, siendo la edad media de presentación de 81,9± 9 y de 74± 18 años respectivamente, ambos datos significativamente menores en los hombres ($p < 0,0001$). El índice de incidencia por sexos es de 2,6 mujeres/hombres/100.000 habitantes/año. El porcentaje de fracturas habidas por sexos, dependiendo de la localización anatómica, no varía. El mayor número de fracturas en ambos sexos es a nivel trocántero ($p < 0,0001$), y su incidencia y prevalencia es mayor en el año 2000 para los hombres que en el años 1996 ($p < 0,0001$) y en las mujeres también mayor que en los años anteriores ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Podemos señalar que la incidencia de las fracturas de cadera, por trauma no violento en la población extremeña de la provincia de Cáceres, está aumentando en estos últimos años, y su incidencia es mayor en mujeres que en hombres, aunque el porcentaje de tipo de fractura, según su localización anatómica, es el mismo por sexos.

152

FRACTURA OSTEOPORÓTICA ¿SE PREVIENE EN NUESTROS ANCIANOS?

Sayán, G.; Silva, L.; Cuesta, F.; Lázaro, M.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriátrica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Objetivos: Valorar: 1) Proporción de ancianos diagnosticados previamente de osteoporosis que acuden a las consultas externas de Geriátrica. 2) Factores de riesgo de osteoporosis. 3) Medidas de prevención y terapéuticas a que están sometidos.

Material y método: Estudio descriptivo prospectivo. Periodo de estudio: Dos meses. De la población general que acude a la consulta externa del Servicio de Geriátrica del Hospital Clínico San Carlos. Protocolo pre-establecido con 25 ítems: variables demográficas, clínicas, diagnósticas, preventivas y terapéuticas. Análisis estadístico: SPSS v.10.0

Resultados: número de pacientes vistos: 115 (60% mujeres). Edad media: 81,3 (6,7). Procedencia: Atención Primaria: 58,9% **Diagnosticados de osteoporosis:** 64,3%. **Factores de Riesgo de Osteoporosis:** Historia previa de fractura: 35,7% Hábito tabáquico: 24,3%; Hábito enólico: 9,6%. Inactividad física: 58,3%, Consumo de fármacos (esteroides): 13%, Enfermedad Endocrinológica: 27,8%, Enfermedad reumatológica: 51,3%, Enfermedad Hematológica: 6,1%, Enfermedad Gastrointestinal: 31,3%. **Se llegó al diagnóstico:** Fractura actual: 7,8%; Densitometría Osea: 3,5%, Radiología ósea: 63,5%, Gammagrafía Osea: 0,8%. **Medidas preventivas:** Práctica de ejercicios: 17,4%; Suplementos de calcio y vitamina D: 14,8%; Dieta rica en lácteos: 38,3%. **Tratamiento específico:** Bifosfonatos: 1,7%, Calcitonina: 2,6%, Terapia Hormonal Sustitutiva: 0,8%.

Conclusiones: 1. La proporción de ancianos que acuden a Geriátrica con el diagnóstico de osteoporosis es elevado. 2. Las medidas preventivas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos indicados con anterioridad a la visita son escasas. 3. Es un problema de Salud Pública no suficientemente atendido.

1008

PAPEL DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA FRACTURA DE FÉMUR EN EL PACIENTE MAYOR

Ortiz, J.*; Guarllar, A.**

* UFISS Hospital Sagrat Cor (HSC). ** Hospital Sant Joan de Deu. Martorell.

Introducción: El ingreso hospitalario motivado por un proceso traumático es frecuente en pacientes mayores, siendo en este grupo la fractura de fémur el procedimiento más importante tanto desde el punto de vista sanitario como económico y social.

Asimismo, siendo la incontinencia urinaria (IU) uno de los síndromes geriátricos más prevalentes parece interesante valorar la posible relación entre ambos procesos con la finalidad de establecer medidas de prevención para evitar una patología que se acompaña de elevada morbimortalidad.

Objetivos, material y métodos: Con el objetivo de determinar la posible relación entre IU y la fractura de fémur hemos analizado una muestra de 856 pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital urbano universitario de la ciudad de Barcelona, de los cuales 228 ingresaron por fractura de fémur. Determinamos como variables significativas la edad, el sexo, la IU en forma previa al ingreso, la capacidad funcional previa, la toma de diuréticos y el estado cognitivo. Los datos obtenidos se han comparado con los pacientes no afectados de fractura de fémur y los resultados se han tratado estadísticamente con el programa SPSS.

Resultados: 228 pacientes presentaban fractura de fémur, predominando en pacientes de sexo femenino. La IU se encontraba en 43% de ellos, tomando un 27,2% diuréticos y uniendo IU a la toma de diuréticos un 12,3%. El deterioro cognitivo estaba presente en un 45,6% de la muestra.

En los 628 pacientes restantes la IU se encontraba en un 43,9% de los mismos, consumiendo diuréticos un 33,8%, asociando IU y toma de diuréticos un 16,4%. Presentaron deterioro cognitivo un 49,5% de estos pacientes.

Los pacientes afectados de fractura de fémur son mayores que los ingresados por otra patología, siendo también mejor su capacidad funcional previa.

Conclusiones: La fractura de fémur es una patología prevalente en el paciente mayor, teniendo mayor incidencia en mujeres, que a su vez presentan mayor deterioro cognitivo y mayor incidencia de IU previa.

Contrariamente a lo que esperábamos la IU se manifiesta en igual proporción en el paciente ingresado por fractura de fémur que en los ingresados por otra patología, siendo la toma de diuréticos más frecuente en los pacientes ingresados por otra patología, así, pensamos que ni la IU previa ni la toma de diuréticos tiene influencia favorecedora de fractura de fémur en el paciente mayor.

1034

DENSITOMETRÍAS ÓSEAS EN RESIDENTES GERIÁTRICOS

Primo Rodríguez, M. C.; Aranda Vizcaíno, J. J.; Rodríguez Ferrer, C.

Residencia Villa del Tratado. Tordesillas (Valladolid).

La masa ósea se va perdiendo con la edad. La osteoporosis produce un descenso de calidad de vida, produciendo fracturas, siendo la del fémur la más importante y a su vez la que produce más alta morbilidad.

La osteoporosis ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como «una enfermedad esquelética difusa caracterizada por la disminución de la masa ósea y su alteración microarquitectural».

Metodología: Estudiamos al personal que se encuentra en la residencia: tiene capacidad para 96 personas; pero en el momento del estudio solamente hay 88 personas distribuidas: 17 personas no se pudo hacer el estudio por presentar patología osteoarticular a nivel de la articulación tibio-peroneo-astragalina, 3 personas tienen marcapasos, 3 inmovilizados; el estudio se hace con 43 mujeres y 23 hombres. La media de las mujeres es de 82 años y de los hombres 79,45 años. Se separaron ambos grupos y se estudiaron independientes. El estudio realizado es descriptivo. Nos basamos en las densitometrías realizadas con un densitómetro óseo Pixi, el cual mide la masa ósea del calcáneo, dicho aparato ha sido aprobado por la FDA para el diagnóstico de osteoporosis, con los siguientes resultados para este aparato: T-score menor de -0,6 normal, T-score entre -0,6 y -1,6 osteopenia, T-score mayor -1,6 osteoporosis.

Resultados:

Edad	Nº mujeres	A	B	Nº hombres	A	B
50-60	2	0	0	3	2	1
61-70	3	2	0	0	0	0
71-80	9	3	5	3	0	0
81-90	20	5	9	11	3	8
91-100	9	1	7	5	0	3

A: Osteopenia. B: Osteoporosis.

Conclusiones:

1. Las mujeres: el 25,58% tiene osteopenia; el 58,14% tiene osteoporosis y el 16,28% no tiene patología ósea.

2. Los hombres: el 22,73% tiene osteopenia; el 54,55% tiene osteoporosis y el 22,73% no tiene patología ósea.

1035

EVALUACIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN EL ANCIANO

Aranda Vizcaíno, J. J.; Niño Martín, V.; Ayala Álvarez, M. J.

Centro de Salud Delicias I. Valladolid.

La osteoporosis ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como «una enfermedad esquelética difusa caracterizada por la disminución de la masa ósea y su alteración microarquitectural». Atendiendo a la clasificación etiológica de Riggs, nos referiremos a la osteoporosis primaria y dentro de ella a la del anciano o tipo II.

Metodología: Estudiamos 137 personas (89 mujeres, 48 hombres), al azar, comprendidas entre 50 y 90 años, la edad media de las mujeres es de 71,85 años y la media de los hombres de 72,85 años. Se separaron ambos grupos y se estudiaron independientes. El estudio realizado es descriptivo. Nos basamos en las densitometrías realizadas con un densitómetro óseo Pixi, el cual mide la masa ósea del calcáneo, dicho aparato ha sido aprobado por la FDA para el diagnóstico de osteoporosis con los siguientes resultados: T-score menor de -0,6 normal, T-score entre -0,6 y -1,6 osteopenia, T-score mayor -1,6 osteoporosis.

Resultados:

Edad	Nº mujeres	A	B	Nº hombres	A	B
50-55	3	0	1	0	0	0
56-60	3	0	0	1	0	0
61-65	16	5	2	9	1	4
66-70	17	3	4	5	0	4
71-75	20	7	6	15	6	2
76-80	20	6	3	14	0	6
81-85	7	2	1	2	0	2
86-90	3	9	3	2	9	1

A: Osteopenia. B: Osteoporosis.

Conclusiones:

1. El 25,84% tienen osteopenia; el 22,47% tiene osteoporosis de las mujeres. Normal el 51,69%.

2. El 14,58% tienen osteopenia; el 39,58% tiene osteoporosis de las mujeres. Normal el 45,84%.

1014

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

Santana Orgega, M.; Pérez Lorenzo, A. M.

Centro de Costa Ayala. Centro Social de Guanarteme. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las diferentes patologías asociadas al envejecimiento que conllevan incapacidades físicas acarream un sentimiento de soledad y aislamiento en las personas que empeora drásticamente su calidad de vida. Desde 1996 la Asociación de Vecinos (AAVV) y el equipo sanitario del Centro de Costa Ayala organizan un acto en honor a las personas mayores del barrio que habitualmente no pueden salir de casa.

Objetivos: Aumentar la autoestima de las personas con limitaciones físicas y facilitar las relaciones interpersonales y de grupo. Fomentar y mantener las relaciones familiares y sociales de las personas mayores.

Metodología: Identificación de las personas que presentan dificultad para trasladarse fuera de su domicilio. Registro de su nombre, edad, ayudas que precisa para desplazarse, familiares o personas que pueden acompañarle, dirección y teléfono. Solicitar la colaboración de la Cruz Roja para el transporte adaptado. Captación de familiares y voluntariado que colaboren en las actividades. Invitar por escrito a través de visitas al domicilio, el Consultorio y la AAVV.

Actividades: Traslado de los discapacitados desde sus domicilios hasta la AAVV. Celebración de la Santa Misa dedicada a estas personas. Merienda elaborada por familiares y vecinos, en la que se facilitan las relaciones interpersonales. Actuación de la Agrupación Folklórica de la Tercera Edad con música y bailes canarios. Regreso de los homenajeados a sus domicilios.

Resultados: Este acto se lleva realizando desde 1996 (51 asistentes), aumentando ligeramente el número de participantes cada año. La distribución por edades de los 76 asistentes del año 2001 es: discapacitados < 65 años: 3; 65-74 años: 38; 75-84 años: 24; 85-92 años: 11. Se necesitó transporte adaptado para 16 personas. Debido a la capacidad de convocatoria que ha tenido este acto, el cercano barrio de Casa Ayala incorporó este evento a sus fiestas patronales cada año desde 1999.

Lo más destacable de este programa es la satisfacción y alegría expresada por los participantes al poder relacionarse con personas de su entorno, cosa que, a causa de sus incapacidades, les resulta imposible realizar de forma habitual.

Como premio adicional para quienes organizamos estos actos es comprobar el gesto alegre y sincero de todos los participantes.

Conclusiones: Esta actividad mejora la autoestima de las personas con limitaciones físicas. Facilita las relaciones interpersonales de este grupo con su entorno social.

126

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR.

Blasco, E.; Ramos, R.; Forcano, M.; Flaquer, N.; Angelet, I.; Ortiz, C.

Hospital San Jorge. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza.

Objetivo: Análisis de pacientes con fibrilación auricular potencialmente tratables con anticoagulantes.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, de tipo prospectivo, en ancianos con fibrilación auricular crónica ingresados en el Hospital San Jorge de Zaragoza en el periodo comprendido entre julio-diciembre de 2001. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, AMTS, escala de Plutchik, vivir sólo, antecedentes tromboembólicos, HTA, IAM, hemorragia digestiva y patología valvular. Se recogieron los distintos tratamientos antitrombóticos que estaban recibiendo. Se consideraron criterios de exclusión de anticoagulación oral: hemorragia digestiva; vivir sólo y edad mayor de 85 años; vivir sólo y AMTS < 7; edad mayor de 85 años y AMTS < 7.

Resultados: De 89 pacientes con fibrilación auricular (31 hombres y 57 mujeres; edad media 85 años), 19 llevaban tratamiento anticoagulante y 38 tratamiento antiagregante. Veintisiete pacientes tenían alguno de los 4 criterios de exclusión establecidos para la anticoagulación. De ellos, 2 pacientes llevaban anticoagulantes orales; 18 y 13 presentaban AMTS y Plutchik patológicos respectivamente. No reunían criterios de exclusión para anticoagulación 62 pacientes, de los cuales sólo 17 eran tratados con anticoagulantes orales, 27 con antiagregantes, 18 sin tratamiento antitrombótico y ninguno recibía tratamiento combinado antitrombótico. El AMTS fue normal en 40 de los 62 y la escala de Plutchik en 37.

Conclusiones:

1) A partir de una edad avanzada se debería individualizar el tratamiento antitrombótico en fibrilación auricular.

2) El tratamiento con anticoagulantes orales está infrautilizado en personas ancianas con fibrilación auricular crónica.

114

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Sanz Ibáñez, M. J.; López Peinado, J. C.; Soto, M. E.; Guillén Llera, F.

Hospital Universitario de Getafe. Servicio de Geriatria. Getafe (Madrid).

Objetivos: Analizar las características en un conjunto de pacientes de mas de 65 años ingresados en el Servicio de Neumología de un Hospital general, haciendo hincapié en los criterios de paciente geriátrico de los enfermos analizados.

Método: Estudio prospectivo de pacientes > 65 años ingresados en un periodo de tres meses, aplicando protocolo File Maker 5.0. Se registran datos filiación situación basal, motivo de ingreso, comorbilidad, tratamientos y cumplimiento de criterios de paciente geriátrico, según variables al respecto establecidas en documentos Insalud. Se revisa también el peso total de pacientes > 65 años en el servicio de Neumología

Resultados: Durante el año 2001, el 59,268% del total de las altas de neumología tenían más de 65 años. Se analizan 100 pacientes, 65% hombres y 35% mujeres. La edad media fue 75,17 años (rango 65-89). 35% de los pacientes fueron reingresos (85% (29) hombres y 17.14% (6) mujeres.

La clínica de ingreso más frecuente fue disnea (71%) y, como diagnósticos, infección respiratoria (37%), EPOC reagudizado (30%), insuficiencia respiratoria (30%) y neumonía (17%). Patologías base son EPOC 58%, asma 18%, insuficiencia respiratoria crónica 26%, cor pulmonale 13%, cardiopatía 17% y otras 35%.

La patología asociada más frecuente es la HTA con un 46%, la DM 24%, arritmias 17%, dislipemias 13%, patología osteoarticular 13% y otras 85%. La situación funcional física basal fue deterioro ausente-leve en 45%, moderado en 37%, y severo en 3%. La situación mental de un 97% sin deterioro o con olvidos ocasionales y 3% de deterioro leve. Cumplen criterios de paciente geriátrico un 25%, de ellos 56% hombres (edad media 79 años) y 44% mujeres (79,9 años). Los fármacos más utilizados fueron: broncodilatadores inhalados (77%), corticoides inhalados (60%), corticoides sistémicos (35%) y oxigenoterapia domiciliaria (30%). Diuréticos usaron el 44% de pacientes, anti-HTA el 32% y antiseoretos el 39%

Conclusiones:

1. El porcentaje de pacientes > 65 años ingresados en un Servicio de Neumología es del 59%.
2. La situación funcional basal de la muestra es buena, con escaso deterioro físico severo previo. Sorprende la ausencia de pacientes con demencia, seguramente ingresados en el Servicio de Geriatria.
3. Sólo un 25% cumplen criterios estrictos de paciente geriátrico.
4. El motivo de ingreso más frecuente fue disnea e infección respiratoria.
5. Patologías de base prevalentes fueron EPOC/ BNCO, I. respiratoria, cor pulmonale y cardiopatías.
6. Los broncodilatadores fueron los fármacos más utilizados, seguidos de los corticoides, inhalados o sistémicos.

91

EVOLUCIÓN DEL ESTADO COGNITIVO DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE MÁS DE 60 AÑOS.

Roma, J.; Sobrino, X.; Plana, J.; Soler-Amigó, J.; Llibre, J.; Felip A, Cabau, J.

Fundació per l'Estudi de la Hipertensió als Hospitals Comarcals de Catalunya

Objetivos: Determinar el grado de deterioro cognitivo entre la población hipertensa de edad avanzada utilizando el test minimental (MmMSE).

En segundo lugar analizar si el tratamiento con lercanidipino puede modificar el perfil del estado cognitivo.

Material y métodos: Estudio observacional, abierto, en pacientes hipertensos no controlados de más de 60 años en tratamiento con lercanidipino durante seis meses para el control de la Hipertensión arterial leve moderada y/o hipertensión arterial sistólica aislada. Todos los pacientes se les aplica el MmMSE para el estudio de su capacidad cognitiva, se excluyen todos aquellos con valores inferiores a 20 puntos.

Resultados: Se han estudiado 309 pacientes hipertensos, 46.3% varones y 56.3% mujeres, con una edad media de $68,22 \pm 4,2$ años (entre 60 y 79 años). La presión arterial sistólica media basal es de $162,8 \pm 3,8$ mmHg y una presión arterial diastólica media basal de $94,6 \pm 7,2$ mmHg. El test MmMSE basal arrojó una media de $29,9 \pm 3,8$ puntos y al final de los seis meses de seguimiento fue de $30,08 \pm 3,5$ puntos. Se ha podido demostrar de forma significativa una correlación entre la edad y la disminución del MmMSE y entre la presión arterial diastólica y el MmMSE. El análisis del incremento del MmMSE entre el inicio y el final del seguimiento muestra una diferencia significativa ($p < 0,001$), mediante el análisis por el Modelo General Lineal hemos podido demostrar de forma significativa que el único factor diferencial, para la evolución del MmMSE, es el tratamiento farmacológico con lercanidipino. Se mantienen las correlaciones significativas al final del tratamiento de la edad y de la presión arterial diastólica. Al final del estudio un 78% de los pacientes presentaban buen control de la presión arterial.

Conclusiones: Los pacientes de más de 60 años en nuestro grupo presentan una correlación significativa del MmMSE con la edad y con la presión arterial diastólica al inicio y al final del tratamiento. El tratamiento de la hipertensión arterial con lercanidipino ha contribuido significativamente a un incremento en el MmMSE test.

90

TRATAMIENTO CON LERCANIDIPINO DURANTE SEIS MESES EN PACIENTES HIPERTENSOS DE MÁS DE 60 AÑOS

Roma, J.; Sobrino, X.; Plana, J.; Soler-Amigó, J.; Llibre, J.; Felip, A.; Cabau, J.

Fundació per l'Estudi de la Hipertensió als Hospitals Comarcals de Catalunya.

Objetivo: Estudiar la eficacia y la tolerancia del tratamiento a largo plazo con lercanidipino en pacientes hipertensos de más de 60 años.

Material y métodos: Estudio observacional, abierto, en pacientes hipertensos no controlados de más de 60 años en tratamiento con lercanidipino durante seis meses para el control de la presión arterial. En el segundo mes de seguimiento, si el control de la presión arterial no era correcto, se añadía un IECA, a los cuatro meses se añadía doxazosina hasta el final del estudio.

Resultados: Se han estudiado 309 pacientes hipertensos, 46,3% varones y 56,3% mujeres, con una edad media de $68,22 \pm 4,2$ años (entre 60 y 79 años). El 58% de los pacientes no eran fumadores, y menos del 50% presentaron hipercolesterolemia. La presión arterial sistólica media basal es de $162,8 \pm 3,8$ mmHg y una presión arterial diastólica media basal de $94,6 \pm 7,2$ mmHg. La presión arterial sistólica y diastólica disminuyeron de forma significativa desde los quince días de tratamiento hasta los seis meses, PAS $137,2 \pm 8,7$ mmHg y PAD $81 \pm 6,1$ mmHg. Un 75% de los pacientes llegó al 6 mes de tratamiento, de ellos un 78% de los pacientes estaban controlados, la proporción de respondedores era de 82%. La presión del pulso y la presión arterial media también descendieron de forma significativa durante los seis meses de seguimiento. 41 pacientes necesitaron ser tratados con un IECA y solamente 12 llegaron al tercer escalón. Menos del 3% de los pacientes presentaron reacciones adversas, todas ellas leves y solamente dos pacientes abandonaron el tratamiento por edemas maleolares.

Conclusiones: El lercanidipino es un fármaco eficaz para el tratamiento de la hipertensión arterial en las personas de más de 60 años. El bajo nivel de reacciones adversas, ninguna grave, hace que sea un fármaco de primera elección en este grupo de pacientes.

89

TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO DE EDAD AVANZADA. ESTUDIO ZANYCAL

Calvo, C.; Hermida, R. C

En representación de los Investigadores del Estudio ZANYCAL.

Introducción: La elevación de la presión arterial (PA), el tratamiento antihipertensivo y el envejecimiento, influyen en la calidad de vida de los sujetos hipertensos ancianos e inciden negativamente en el cumplimiento terapéutico y en el control de la hipertensión arterial (HTA).

Objetivos: El objetivo primario es evaluar el perfil de tolerabilidad y seguridad de Lercanidipino, calcioantagonista de nueva generación, en el tratamiento de la HTA esencial en pacientes mayores de 65 años. Los objetivos secundarios son evaluar la eficacia antihipertensiva de Lercanidipino y el grado de cumplimiento terapéutico.

Metodología: Diseño: Estudio prospectivo, observacional, abierto, no aleatorizado, realizado en Atención Primaria (Área de Santiago de Compostela), con la participación de 20 médicos-investigadores. Criterios de inclusión: Pacientes a ambos sexos, mayores de 65 años con el diagnóstico de HTA esencial ligera-moderada, incluyendo HTA sistólica aislada, fases I y II, no tratada o con tratamiento previo en monoterapia y mala respuesta terapéutica o mala tolerancia. PAS= 140-179 mmHg y/o PAD= 90-109 mmHg; PAS= 160-179 mmHg y PAD< 90 mmHg. Desarrollo estudio: La duración fue de 6 meses. Basalmente, se analizan los datos demográficos y los parámetros clínicos-biológicos para definir criterios de inclusión/exclusión del estudio. Se realiza medición del perímetro maleolar con cinta métrica en ambos tobillos (cm), encuesta de sintomatología y Mini Mental Test (MMT) para valorar deterioro cognitivo, anotando puntuación obtenida (menos de 20/35 puntos, es motivo de exclusión del estudio). Se inicia tratamiento con Lercanidipino 10 mg en monoterapia, con visitas a los 2 y 4 meses. Si se produce respuesta terapéutica (PA< 140/90 mmHg o reducción de 10 mmHg en PAS y de 5 mmHg en PAD), se mantiene monoterapia con Lercanidipino 10 mg; en caso contrario, se asocia otra medicación antihipertensiva. La visita final es a los 6 meses.

Resultados. Se incluyen en el estudio 295 pacientes (231 evaluables), con edad media 67,7 años y un IMC de $28 \pm 3,3$ kg/m².

Respuesta terapéutica a los 6 meses: 89,6% (n= 207). Pacientes controlados: PAS<140 mmHg (69,3%) y PAD< 90 mmHg (90,5%). En monoterapia (2 meses): 68% (n= 157). Final estudio (6 meses): 65,8% (n= 152). Tras 6 meses de tratamiento, se observa una mejoría de la sintomatología sin cambios en los perímetros bimalleolares, junto con un aumento en la puntuación del MMT, sobre todo en las secciones referentes a la memoria, la concentración y el cálculo. Aunque probablemente se ha producido una infranotificación de reacciones adversas, sólo 7 pacientes (2,6%) presentaron efectos secundarios asociados a la administración de Lercanidipino.

Conclusiones: El tratamiento con Lercanidipino en pacientes hipertensos mayores de 65 años realizado en el ámbito de Atención Primaria demuestra una excelente eficacia, tolerancia y seguridad terapéuticas, al mismo tiempo que se observa un buen cumplimiento y una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

88

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA ANTIHIPERTENSIVA DE LERCANIDIPINO CON MAPA EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS

Motero, J.*; Márquez, E.**; Casado, J. J**; Palomar, C.***

* Centro Especialidades Virgen de la Cinta. ** Centros Atención Primaria. Huelva. *** Escuela Enfermería Huelva.

Introducción: El diferente patrón de comportamiento de la Presión arterial (PA), es bien conocido durante el tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores y menores de 65 años. El objetivo primario del estudio piloto es evaluar la eficacia y tolerancia de Lercanidipino, en la HTA leve-

moderada (PAS 140 -179 mmHg; PAD 90-104 mmHg), durante 6 meses empleando la MAPA en dos poblaciones de > 65 años y < 65 años.

Material y métodos: Se analizan datos preliminares de 102 pacientes (43 varones y 59 mujeres) con HTA leve-moderada. Grupo A: 51 pacientes < 65 años y Grupo B: 51 pacientes > 65 años.

Resultados: La presión arterial, tanto sistólica como diastólica, descendió significativamente ($p < 0,001$) en los dos grupos cuando utilizamos la presión casual clínica. El descenso de la PAS es mayor que el de la PAD, este descenso es mayor en el grupo B que en el grupo A ($p < 0,015$). Con MAPA los resultados son similares, existe un descenso significativo de las presiones arteriales diurnas, nocturnas y en el contexto global de las 24 horas. El descenso es mayor en la PAS en los sujetos del grupo B que en los del grupo A ($p < 0,017$). La frecuencia cardíaca no se modificó a lo largo del seguimiento. No se comunicaron eventos adversos serios y el perfil de tolerancia global fue excelente.

Diferencias medias de los valores de PA y la FC entre las cifras finales y basales con presión arterial casual y MAPA en los dos grupos de tratamiento.

	Grupo A	Grupo B	p-valor
P.A. CASUAL			
PAS	-19,11	-22,79	0,015*
PAD	-13,09	-14,99	0,406
FC-1,88	-0,99	0,166	
MAPA			
PASM24	-11,87	-15,13	0,017*
PADM24	-9,22	-10,48	0,223
PASMD	-12,09	-14,93	0,042
PADMD	-9,52	-11,23	0,288
PASMN	-7,19	-9,44	0,14
PADMN	-4,64	-5,48	0,943
FC	-1,08	-0,098	0,203

PAS: Presión Arterial Sistólica (mm Hg), PAD: Presión Arterial Diastólica (mm Hg), PAS24: Presión Arterial Sistólica Media de las 24 horas, PADM24: Presión Arterial Media de las 24 horas, PASMD: Presión Arterial Sistólica Media Diurna (mm Hg), PADMD: Presión Arterial Diastólica Media Diurna, PASMN: Presión Arterial Sistólica Media Diurna, PADMN: Presión Arterial Diastólica Media Nocturna, FC: Frecuencia cardíaca (l/m)

Conclusiones: Lercanidipino es un fármaco eficaz y con un excelente perfil de tolerabilidad. Lercanidipino muestra un comportamiento más favorable en el descenso en la PAS de los pacientes mayores de 65 años tanto con presión casual clínica como con MAPA.

72

FRECUENCIA DE ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA EN PACIENTES MAYORES AMBULATORIOS

Martínez Manzanares, C.; González Guerrero, J. L.; Ariño, S.; Martos, J.; Corujo, E.; Jiménez, M. A.

Hospital Clínico Universitario Sevilla. Sevilla.

La enfermedad acidopéptica es una de las patologías que más han aumentado como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población española. Diversos estudios muestran la enfermedad acidopéptica como una patología frecuente en el paciente mayor de 65 años. La enfermedad acidopéptica en este grupo de población origina un importante número de consultas y hospitalizaciones, y conlleva un deterioro de la calidad de vida con el frecuente desarrollo de serias complicaciones que incrementan la morbilidad y mortalidad.

Objetivos: El objetivo principal es estudiar la frecuencia de enfermedad acidopéptica en población geriátrica ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional, epidemiológico, prospectivo, transversal y multicéntrico. Se valoraron 1138 pacientes en consulta externa de

15 Unidades Hospitalarias de Geriátrica (80 pacientes consecutivos mayores de 65 años por centro en 4 meses)

Resultados: Se incluyeron 1.138 pacientes (1.124 evaluables): 65,1% mujeres (edad media 80,7 años) y 34,9% varones (edad media 79,8 años).

La frecuencia de pacientes con síntomas de enfermedad acidopéptica fue del 40,9% (460 pacientes), de los cuales 64,3% fueron mujeres (295) con una edad media de 80,9 años. Del total de la muestra se observaron un 22,7% con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); un 11,5% con úlcera péptica; un 16,9% dispepsia y un 4,3% tenían el diagnóstico de otras enfermedades acidopépticas (gastritis, infección por *Helicobacter pylori*...). En los pacientes con ERGE el síntoma más frecuente fue la pirosis en el 67,2%. Otros síntomas asociados a ERGE en la población estudiada fueron: dolor epigástrico 57,4%; plenitud postprandial 55,3%; regurgitación 51%; flatulencia 53,1%; náuseas 27,3% disagia 26,9%; dolor torácico 23%; manifestaciones respiratorias 16,4%; manifestaciones orales 13% y vómitos en 12,2% de los casos.

Conclusiones.

1. La frecuencia de enfermedad acidopéptica en la población estudiada es del 40,9%, lo que la convierte en una de las patologías más relevantes en el cuidado y tratamiento de esta población.

2. La patología acidopéptica más frecuentemente observada es ERGE en un 22,7% de los pacientes.

3. En personas mayores de 65 años con ERGE el síntoma más frecuente es la pirosis en un 67,2% de casos, aunque hasta en un 30% de los pacientes se encontró sintomatología atípica (disfagia, dolor torácico, manifestaciones respiratorias...).

71

COMORBILIDAD Y POLIMEDICACIÓN EN PACIENTES MAYORES AMBULATORIOS CON ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA

Rodríguez Pascual, C.; Serra Rexach, J. A.; Marañón Fernández, E.; Cervera Alemany, A. M.; Robles, M. J.; Mercé J.; Domenech, J.

Hospital Meixoeiro. Vigo.

Diversos estudios muestran la enfermedad acidopéptica como una patología frecuente en el paciente mayor de 65 años. La enfermedad acidopéptica aparece en las personas mayores en un contexto caracterizado por la patología múltiple y la polimedicación, condicionando el manejo diagnóstico y sobre todo terapéutico.

Objetivos: Evaluar la comorbilidad, la frecuencia de polimedicación y el empleo de fármacos con potencial de interacción farmacológica en población geriátrica ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional, epidemiológico, prospectivo, transversal y multicéntrico. Se valoraron 1.138 pacientes en consulta externa de 15 Unidades Hospitalarias de Geriátrica (80 pacientes consecutivos mayores de 65 años por centro en 4 meses).

Resultados: Se incluyeron 1.138 pacientes (1124 evaluables). 65,1% mujeres (edad media 80,7 años); 34,9% varones (edad media 79,8 años). La frecuencia de pacientes con síntomas de enfermedad acidopéptica fue 40,9% (460 pacientes). La patología acidopéptica más frecuentemente observada es la enfermedad por reflujo gastroesofágico en 22,7%. El 90% de los pacientes presenta patología asociada relevante (media de 4 patologías por paciente): cardiovascular 65,1%; digestiva (incluida la enfermedad acidopéptica) 53,5%; neurológica 42,7%; psiquiátrica 37,7%; metabólico-endocrina 36,9%; urogenital 26,6%; respiratoria 22,2%. En el 90% de los pacientes con enfermedad acidopéptica aparecía patología asociada relevante: 66,3% cardiovascular; el 44,3% neurológica; el 40,9% psiquiátrica; el 32,6% metabólico-endocrino; el 29,6% urogenital; el 24,6% respiratoria, entre otras. En la población de estudio, 90,5% de los pacientes (1.017) seguían tratamiento con 2 o más fármacos (media de 4 por paciente). El 90,4% de los pacientes con enfermedad acidopéptica tomaba dos o más fármacos (media de 4 por paciente). Los fármacos más frecuentemente encontrados en la población del estudio fueron: antihiper-

tensivos 23,8%; antidepresivos 7,2%; ansiolíticos-hipnóticos 6,9%; anti-diabéticos 5,9%.

Conclusiones:

1. En personas mayores con enfermedad acidopéptica la presencia de comorbilidad es habitual. Un 90% de los pacientes estudiados con enfermedad acidopéptica presentan patología asociada relevante.
2. La comorbilidad conlleva polimedicación. El 90% de los pacientes estudiados con enfermedad acidopéptica tomaban dos o más fármacos, y el 45% tomaban 5 o más medicamentos.
3. Por tanto, es importante y necesario realizar una valoración cuidadosa del potencial de interacciones farmacológicas del fármaco a seleccionar en cada paciente.

70

GASTROPROTECCIÓN EN PACIENTES MAYORES AMBULATORIOS

Jiménez Páez, J. M.; Jiménez, M. P.; Hornillos, M.; Abizanda, P.; Calleja, J. L.; Guillén, F.

Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

La enfermedad acidopéptica aparece en las personas mayores en un contexto caracterizado por la patología múltiple y la polimedicación, que condiciona el manejo diagnóstico y sobre todo terapéutico. La indicación de medicación con potencial efecto gastroerosivo es frecuente en esta población, y sólo un reducido porcentaje de pacientes sigue terapia gastroprotectora. Los AINES constituyen uno de los grupos farmacológicos utilizados en la población mayor de 65 años.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de utilización de fármacos con potencial gastroerosivo y la frecuencia de medicación gastroprotectora en población geriátrica ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional, epidemiológico, prospectivo, transversal y multicéntrico. Se valoraron 1138 pacientes en consulta externa de 15 Unidades Hospitalarias de Geriátrica (80 pacientes consecutivos mayores de 65 años por centro en 4 meses).

Resultados: Se incluyeron 1.138 pacientes (1.124 evaluables): 65,1% mujeres (edad media 80,7 años) y 34,9% varones (edad media 79,8 años). La frecuencia de pacientes con síntomas de enfermedad acidopéptica fue 40,9% (460). La patología acidopéptica más frecuentemente observada es la enfermedad por reflujo gastroesofágico en 22,7%

El 53,6% (602) de los pacientes tomaban medicación concomitante potencialmente gastroerosiva: un 15,1% (171) AINES; un 37,8% (425) tratamiento de antiagregación y un 6,25% (70) tratamiento con esteroides. La indicación más frecuente del tratamiento con AINES fueron las enfermedades del sistema musculoesquelético en un 63,6%. El 41,6% de los pacientes que toman medicación gastroerosiva seguían tratamiento gastroprotector, por categorías: un 44,4% de los pacientes en tratamiento con AINES, el 39,6% de pacientes en tratamiento con antiagregantes y el 52,9% de los pacientes en tratamiento con esteroides recibía fármacos gastroprotectores. Sin embargo, sólo el 30,7% del total de pacientes con tratamiento gastroprotector utilizaban una profilaxis efectiva con inhibidores de la bomba de protones.

Conclusiones:

1. El 53,6% de los pacientes reciben medicación potencialmente gastroerosiva.
2. La toma de AINES es muy frecuente en la población de más de 65 años: 15% de los pacientes estudiados tomaban AINES regularmente.
3. Sólo un 44% de los pacientes que tomaban AINES recibían tratamiento gastroprotector.
4. Del total de pacientes que reciben gastroprotección por AINES, sólo tres de cada 10 utiliza una profilaxis efectiva para prevenir la toxicidad gastroduodenal por AINES.
5. La toma de antiagregantes también es frecuente, 39,6%, sólo uno de cada tres pacientes aproximadamente utiliza profilaxis efectiva con inhibidores de la bomba de protones.

69

EMPLEO DE MEDICACIÓN ANTISECRETORA EN PACIENTES MAYORES AMBULATORIOS

Verdejo, C.; Fabre, C.; Cucullo, J. M.; Carbonell, A.; Madruga, F.; Ribera Casado, J. M.

Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Diversos estudios muestran la enfermedad acidopéptica como una patología frecuente en el paciente mayor de 65 años. La enfermedad acidopéptica aparece en esta población en un contexto caracterizado por la patología múltiple y la polimedicación condicionando el manejo diagnóstico y sobre todo terapéutico.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de empleo de medicación antisecretora en población geriátrica ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional, epidemiológico, prospectivo, transversal y multicéntrico. Se valoraron 1138 pacientes en consulta externa de 15 Unidades Hospitalarias de Geriátrica (80 pacientes consecutivos mayores de 65 años por centro en 4 meses).

Resultados: Se incluyeron 1.138 pacientes (1.124 evaluables). 65,1% mujeres (edad media 80,7 años); 34,9% varones (edad media 79,8 años). La frecuencia de pacientes con síntomas de enfermedad acidopéptica fue 40,9% (460 pacientes). La patología acidopéptica más frecuentemente observada es la enfermedad por reflujo gastroesofágico en 22,7%

Del total de pacientes estudiados el 37,8% (422) recibían un tratamiento antisecretor (inhibidores de la bomba de protones en un 29,2% y antiH2 en un 8,3%).

En el grupo de pacientes diagnosticados de enfermedad acidopéptica el 66,7% recibían tratamiento antisecretor. Las indicaciones de la toma de la medicación antisecretora en los pacientes con tratamiento antisecretor fueron: gastroprotección en el 19,1% (215); enfermedad por reflujo gastroesofágico en el 13% (146); úlcera gástrica en el 2% (23); úlcera gastroduodenal en 2,8% (31); dispepsia en 6,6% (74); otras indicaciones en 23 pacientes (esofagitis, gastritis, duodenitis, síndrome Mallory-Weiss, erradicación *H. pylori*...).

En la población de estudio el 90,5% de los pacientes seguían tratamiento con dos o más fármacos (media de 4 fármacos por paciente). El 90,4% de los pacientes con enfermedad acidopéptica tomaba dos o más fármacos (media de 4 fármacos por paciente)

Conclusiones:

1. Los antisecretores son fármacos frecuentemente utilizados en la población del estudio, en la que se encuentra una elevada incidencia de polimedicación. El 37,8% de los pacientes del estudio tomaban un tratamiento antisecretor.
2. En los pacientes con enfermedad acidopéptica el 66,7% recibía un tratamiento antisecretor.
3. Por tanto, es importante y necesario realizar una valoración cuidadosa del potencial de interacciones farmacológicas del fármaco a seleccionar en cada paciente.

171

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA: UNA ENCUESTA HOSPITALARIA

Vilches, A.; Hyatt, R. H.

Servicio de Geriátrica. Burnley Healthcare NHS Trust. Reino Unido.

Las caídas constituyen una de los mayores factores de morbilidad y mortalidad entre ancianos. La hipotensión ortostática (HO) es una frecuente causa de caídas en el anciano. La precisión diagnóstica de HO se fundamenta en la historia clínica, exploración física y una técnica adecuada de medición de cambios posturales en la presión arterial.

Mientras que varios estudios han puesto en duda la fiabilidad de la técnica de obtención de valores de presión arterial, el nivel del conocimiento teórico de HO entre las enfermeras no ha sido antes estudiado.

Método: Las enfermeras de nuestro departamento rellenaron una encuesta concerniente a la técnica de medición de cambios posturales en la presión arterial.

A continuación nuestras enfermeras recibieron información verbal y escrita sobre esta materia y sus dudas fueron respondidas.

Tres meses después la misma encuesta fue redistribuida y los resultados entre los dos grupos comparados mediante chi cuadrado.

Resultados:

Respuestas correctas		
Primera encuesta	10/90 (11.1%)	p< 0,00001
Segunda encuesta	62/90 (68.9%)	

Conclusiones: La hipotensión ortostática es una causa frecuente y remediable de caídas en el anciano. La fiabilidad diagnóstica de HO se basa en el conocimiento de la técnica para la medición de cambios posturales en presión arterial.

Este estudio ha demostrado que nuestras enfermeras carecían inicialmente de los conocimientos teóricos necesarios para obtener dichos valores posturales, pero su competencia en la materia fue significativamente mejorada mediante una sencilla sesión educativa.

1007

SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL PACIENTE MAYOR INGRESADO EN UN SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

Ortiz, J.*; Sanjosé, N.**; Guallar, A.***

UFISS Hospital Sagrat Cor. Barcelona. ** Cirugía Vascular. Hospital Sagrat Cor. *** Hospital Sant Joan de Deu. Martorell.

Introducción: En los servicios hospitalarios de angiología y c. vascular cada vez es más frecuente la atención a pacientes mayores de 65 años, siendo la edad del paciente ingresado superior a la manifestada en más de una década en forma habitual. En este contexto nos hemos planteado el estudio de la prevalencia de determinados síndromes geriátricos en el paciente vascular anciano ingresado en un centro de agudos con la finalidad de detectar complicaciones en forma precoz, para actuar eficazmente sobre las mismas, favoreciendo una mejor recuperación del paciente, que redundará en una disminución del gasto sanitario, una mayor optimización de recursos y una mayor satisfacción del usuario, tanto interno como externo, del sistema.

Material y métodos: Analizamos 104 pacientes mayores de 65 años ingresados en un servicio de angiología y cirugía vascular valorando variables como el sexo, la edad, la patología de ingreso agrupada en base a la isquemia (aguda o crónica) y lesiones tróficas, el estado mental y la valoración cognitiva evaluada por el cuestionario de estado mental de Pfeiffer, la comorbilidad puntuada por el índice de Charlson, la inmovilidad, la incontinencia urinaria (IU) previa al ingreso o desarrollada durante el mismo, la IU funcional, la existencia de síndromes psiquiátricos (demencia o depresión), la presencia de delirio, los antecedentes de AVC, cardiopatía isquémica, cardiopatía valvular y la existencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 82,35 años (100-65), predominando los pacientes de sexo masculino (56 vs 48), la isquemia crónica fue responsable del ingreso hospitalario en 58 casos, 36 pacientes presentaron lesiones tróficas y 10 pacientes ingresaron por isquemia aguda. La IU previa al ingreso se constató en 30 pacientes, siendo manifiesta en 34 pacientes en el momento de la evaluación geriátrica, si bien de estos sólo eran IU previos 22. El deterioro cognitivo se encontró en 44 pacientes, dos de ellos en forma de demencia. 24 pacientes presentaron depresión y 10 desarrollaron delirio durante el ingreso hospitalario. La comorbilidad de la muestra fue de 2,86.

Conclusiones: El paciente geriátrico vascular se caracteriza por ser un paciente complejo, con prevalencia de antecedentes de AVC, cardiopatía isquémica o valvular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Es además un paciente frágil como demuestra la aparición de grandes síndromes geriátricos como la IU o el delirio relacionado con el ingreso.

La depresión se halla con mayor frecuencia en estos pacientes, tal vez por la incidencia de patología invalidante. La inmovilidad se halla presente en un 94,7% de los pacientes.

La actuación conjunta de los servicios de angiología y c. vascular y geriatría redundará en un beneficio para el paciente y en una disminución del gasto sanitario.

1020

ETIOLOGÍA DE LA DIARREA DE ORIGEN INFECCIOSO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Cánovas, C.; Merino, F. J.

Servicio de Geriatría (Hospital Institucional) y Servicio de Microbiología (Hospital General). Soria.

Objetivo: Conocer la prevalencia y la etiología de las diarreas de origen infeccioso en los ancianos hospitalizados.

Método: Estudio retrospectivo en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados en el Hospital Institucional de Soria durante el año 2001, que presentaron al ingreso o durante su estancia, algún episodio de diarrea de probable origen infeccioso. Se realizó estudio de enteropatógenos habituales y en el caso de sospecha de diarrea post antibiótica la detección de la toxina de *Clostridium difficile*.

Resultados: Presentaron diarrea de probable origen infeccioso 87 pacientes, con una edad media de 87,2 años (68-101) y con un predominio de mujeres (50), representando el 13,3% del total de los pacientes ingresados. En 60 pacientes se realizó estudio de toxina de *C. difficile*, siendo positiva en 26 (43,3%). Cinco pacientes requirieron más de una muestra para obtener un resultado positivo. En dos de los 27 pacientes con diarrea sin consumo previo de antibióticos, se cultivaron una *Salmonella* y un *Campylobacter jejuni*, respectivamente.

Conclusiones:

1. En ancianos hospitalizados, el principal agente etiológico de las diarreas de origen infeccioso es *C. difficile*. La existencia de otros enteropatógenos es anecdótica en esta población.

2. Ante cualquier paciente mayor de 65 años que presente diarrea al ingreso o durante su hospitalización se debe solicitar un estudio para la detección de la toxina de *C. difficile*.

1039

INFLUENCIA DE DIFERENTES AGUAS MINERO-MEDICINALES RICAS EN AZUFRE, SOBRE LA TENSIÓN ARTERIAL

Ramón Giménez, J. R.; Hernández Torres, A.; Cuenca Giralde, E.; Casado Moragón, A.; López Fernández, E.; Guillén, J.; Chamorro, J. C.; Caballero, C.

Instituto de Salud «Carlos III». ASEPEYO, CSIC, Balneario de Jaraba Madrid, Jaraba (Zaragoza).

Introducción: Cada vez existe más evidencia de la influencia de la dieta y otros factores, como el propio ambiente balneario, sobre la tensión arterial (TA). En un primer estudio, nuestro grupo mostró que la balneoterapia con aguas sulfuradas disminuyó significativamente la TA, así como que se eliminan por orina productos de lipoperoxidación (TBARs) que disminuyen con la crenoterapia y aunque no se ha podido demostrar una relación entre TA y concentración urinaria de TBARs, hay evidencia que la concentración de radicales libres de oxígeno (RLOs) en plasma, particularmente peróxido de hidrógeno, guardan relación con la HTA esencial.

Objetivos: 1. Estudiar y comparar la eliminación urinaria de productos de lipoperoxidación antes y después del tratamiento en dos balnearios, con normotensos (NT) (grupo control) e hipertensos tratados farmacológicamente (HTF) y no tratados farmacológicamente (HNTF). 2. Estudiar y

comparar la respuesta de la TA en voluntarios tratados con aguas minero-medicinales, ricas en azufre, pero con diferente composición iónica.

Material y métodos: Se han obtenido muestras de orina de 230 voluntarios del Programa de Termalismo Social del IMSERSO (edad $71 \pm 0,5$ años), 115 hombres y 115 mujeres, que asistieron a dos balnearios de aguas sulfuradas (AS) en Archena y aguas bicarbonatadas-sulfuradas (ABST) en Jaraba, en seis épocas distintas del año. Se determinó la concentración de TBARs mediante HPLC al llegar al balneario y tras 14 días de tratamiento (crenoterapia); paralelamente se les realizó historia clínica y tomas de TA antes y después del tratamiento.

Resultados.

1. La cantidad de TBARs urinarios varía entre las poblaciones de los balnearios en los grupos HTF y HNTF, pero no en los NT: en Jaraba los TBARS urinarios disminuyen en el grupo HTF y más aun en HNTF, en Archena disminuyen en el grupo HTF pero aumentan en el HNTF, siendo significativos (des) ($p < 0,05$) respecto de Jaraba. La eliminación de TBARs es menor al final del tratamiento ($p < 0,05$) y la diferencia entre llegada y salida (efecto terapéutico, ET) depende del balneario y de la TA, siendo mayor en Archena que en Jaraba ($p < 0,05$).

2. La respuesta tensional depende de las aguas utilizadas: las AS producen des ($p < 0,05$) de la TA (sistólica, TAS y diastólica, TAD), en tanto que las ABST no producen ningún cambio tensional. La posible explicación estriba en que estas últimas tienen diferente composición iónica, influyendo sin duda en el resultado.

Conclusiones: Las diferentes composiciones de las aguas condicionan la respuesta tensional a la crenoterapia y a la disminución de la producción urinaria de TBARs. No es asegurable si ambos hechos son concomitantes o uno la causa del otro.

1084

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA (NAC) EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE APOYO

Robles Agudo, F.; Sanz Segovia, F. J.; Franco Gómez, S.*; López Arrieta, J. M.; Beltrán de la Ascensión, M.; Urmeneta Rada, A. **

Servicios de Geriatria, Neumología* y Microbiología. Hospital Gregorio Maraón. Área Cantoblanco. Madrid.

Objetivos: Conocer el diagnóstico etiológico y la sensibilidad de los gérmenes. Valoración de los tratamientos antibióticos empíricos en función de los antibiogramas obtenidos a posteriori.

Material y métodos: Estudio prospectivo de las NAC que ingresaron en 2001. A todos los pacientes, siempre que fue posible, se les realizó hemocultivos, tinción de Gram y cultivo de esputo (grado 5 de Murray-Washington) y serología en fase aguda y de convalecencia *chlamydia, legionella, mycoplasma y coxiella).

Resultados: Se recogieron 96 episodios de NAC. La distribución por sexos fue de 41 varones y 55 mujeres, con una edad media de 81,32 años (rango 65-100). el diagnóstico etiológico se alcanzó en el 28,12% de los casos. Los agentes causales más frecuentes fueron: s. pneumoniae (14,8%), pseudomona aeruginosa (22,2%), haemophilus influenzae (11,1%), n. atípicas (22,2%), 4 BGN enterobacterias (14,8%) y miscelánea (14,8%).

Sensibilidad de los gérmenes aislados a los tratamientos empíricos habitualmente utilizados en nuestro centro, según resultados de los antibiogramas.

Antibiótico	Am/clav	CF3 ^a	Ceftaz	FQ	Tobra	Imipen
Germen						
S. pneumoniae	50%	100%	—	50%	—	—
H. influenzae	100%	100%	—	100%	—	—
BGN	33%	66%	66%	100%	100%	100%
Pseudomonas	—	—	50%	33%	83%	83%

No se recogen en la tabla los gérmenes causantes de N. atípica (4 mycoplasma, 2 chlamydia y 1 legionella), cuyo tratamiento empírico se efectúa con macrólidos o fluorquinolonas.

Conclusiones: 1. La información microbiológica de la NAC en el anciano que ingresa en un centro de apoyo está sesgada por la selección de los casos y el inicio de tratamiento empírico en el Servicio de Urgencias del hospital terciario. 2. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia corresponden a pseudomonas aeruginosa, S. pneumoniae, BGN, haemophilus influenzae y agentes responsables de neumonías atípicas. 3. A la vista de los resultados de sensibilidad sería una buena elección de tratamiento empírico CF tercera generación más macrólido o FQ, en particular levofloxacino, más eficaz frente a s. pneumoniae (sensibilidad 75%).

1094

PÉRDIDA AUDITIVA EN LOS ANCIANOS: DETECCIÓN EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA

Serano Garijo, P.; De Tena Dávila Mata, M. C.; Zancada González, J.; Romero Chaparro, R.

Centro Municipal Geriátrico. Área de Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

Introducción y objetivo: La privación sensorial es un factor de riesgo de incapacidad, institucionalización y muerte, por otro lado, la gran prevalencia las alteraciones sensoriales en el anciano indica la necesidad de incluir detección de las mismas entre las actividades de cualquier centro geriátrico. Objetivo del presente trabajo es analizar una propuesta de protocolo de detección de problemas auditivos y los primeros resultados de su puesta en marcha.

Material y método: Se ha elaborado un protocolo consistente en la inclusión y la historia clínica de una breve anamnesis en relación con problemas conocidos en el campo de la audición, con preguntas generales o específicas, así como una serie de datos exploratorios (voz cuchicheada y otoscopia). Los datos anteriores permiten clasificar los casos como normales, con patología conocida o desconocida y efectuar la derivación pertinente. Una revisión programada a los seis meses permite conocer el resultado de nuestra actuación. En este análisis preliminar se han utilizado 200 historias, correspondientes a enfermos que han acudido por primera vez a nuestra consulta de geriatría durante los años 2000 y 2001, edad media 77,67 (DE= 6,29), 75% mujeres.

Resultados: El 50% (100) de los estudiados referían problemas auditivos, dos eran portadores de audífono, 68 referían vértigo o inestabilidad, 12 tenían problemas de otitis y seis de otosclerosis. El 45,6 decía haber acudido al ORL en el último año. En 93 personas (46,7%) se obtuvo un test de la voz cuchicheada anormal (75 en el oído derecho y 70 en el izquierdo), muchos de ellos por problemas ya conocidos y controlados. 50 personas (25% de los estudiados) fueron derivadas al ORL, para estudio y tratamiento. De ellos, 32 acudieron durante ese tiempo a revisión a nuestra consulta y sólo 14 referían haber sido vistos por el especialista. En 10 pacientes existía constancia de una intervención.

Conclusiones: Aunque seguimos considerando que el estudio de los problemas sensoriales debe incluirse en la historia clínica de todo paciente mayor y formar parte de la valoración geriátrica integral, somos conscientes de que el seguimiento es muy dificultoso, con muchas pérdidas de casos y de información. Es precisa una revisión minuciosa de todo el proceso en aras de una mayor eficacia.

1100

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FENTANILO-TTS EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Grupo de estudio de Fentanilo TTS (Gómez-Busto, F.; Ramos, L.; Barroso, J.; Ortiz de Murua, V.; Irizar, J.; Goikoetxea, J.; Espina, F.; Cía, F.; Sainz, N.; Fernández, C.; Peña, N.; Pascual, G.; Calvo, J. J.; Arriola, E.; Alkorta, L.).

Foro de Geriatria AGURE de Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de fentanilo-TTS en el tratamiento del dolor moderado-severo de pacientes geriátricos.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. Criterios de inclusión: pacientes con edad > 65 años y dolor moderado-severo no controlado con opioides menores. El seguimiento ha sido de 6 meses. Controles realizados: visita basal, 4º y 7º día y los meses 1, 3 y 6. Parámetros evaluados: edad, índice de masa corporal (IMC), tipo de dolor, diagnóstico de patologías, medición de la intensidad del dolor (paciente y cuidador) mediante la escala pictórica de Wong= Baker [grados de 0 a 5. 0 (ningún dolor) - 5 (peor dolor imaginable)], motivo de inicio del tratamiento, dosis de fentanilo y efectos secundarios (OMS).

Resultados: Se han incluido 58 pacientes (50 M; 18 V) con una edad media de 80 años (66-100). Patologías: osteoartritis (53%), osteoporosis (33%) y neuralgias (17%). Motivo de inicio con fentanilo TTS: mal control del dolor previo (80%), señalando además un 40% comodidad de uso, un 19% exceso de efectos secundarios por tratamientos previos y un 10% dificultad de uso vía oral. Abandonos del seguimiento: 23 pacientes interrumpen el tratamiento por éxitos (9), secundarismos (4) o no control del dolor (%). Evaluación del dolor: el 76% de los pacientes señalaron los máximos grados de dolor (grados 4 y 5) en la visita basal, reduciéndose a 0% en el mes 3. El 75% presentaba grados 0, 1 o 2 de dolor a partir del mes 1. Dosis de fentanilo: las dosis iniciales fueron 25 µg/h. 15 pacientes precisaron dosis de 50 µg/h. 22 pacientes necesitaron medicación coadyuvante y 13 analgesia de rescate para el control del dolor. Efectos secundarios: al cuarto día los más frecuentes fueron leves: estreñimiento (40%), náuseas (29%), somnolencia (22%), vómitos (17%), reduciéndose las náuseas y vómitos a partir del mes 1 (8% y 4% respectivamente), 5 pacientes presentaron efectos secundarios graves.

1105

FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS Y NO PSIQUIÁTRICOS EN > 65 AÑOS

Oliván Usieto, M. T.; Ruiz-Flores Bistuer, M.; Florensa Becana, M.; Oliván Usieto, J. A.; Olivera Pueyo, F. J.; Monclús, P.

Hospital San Jorge. Huesca. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Centro de Rehabilitación Mental. Huesca.

Objetivos: Conocer el número de fármacos al ingreso y la modificación medicamentosa al alta hospitalaria en pacientes mayores de 65 años en un servicio de medicina interna, así como la proporción de fármacos psiquiátricos existentes entre ellos.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, observacional descriptivo. Se recogen datos de pacientes ingresados en la unidad de medicina interna del Hospital San Jorge de Huesca referentes al sexo, edad, fármacos al alta y al ingreso. Se excluyen aquellos pacientes procedentes de otros servicios o trasladados a otro hospital al alta. Como técnica de muestreo se utiliza el aleatorio proporcional. La herramienta estadística es el SPSS 9.0.

Resultados: La edad media de la población estudiada es 81 años (74,2-87,8), observándose un pico de frecuencia entre los 75 y 77,5 años y los 80 y 82,5 años. El 48,5% son hombres. el 50% se pueden considerar polimedicados (> 3 fármacos) al ingreso y el 68% al alta. Dos pacientes tomaban más de 10 fármacos al ingreso y tres lo hacían al alta (no observándose diferencias en el sexo ni la edad). No puede decirse que el número de fármacos sea proporcional a la edad. Al 13,2% se les disminuyó el número de fármacos al alta, se les aumentó al 44,1%, con una media de 2,5 fármacos (2,1-2,9). No hubo ninguna modificación en la medicación al alta al 14,7% (10 pacientes). En las modificaciones al alta el máximo fue de 12 modificaciones, con la dificultad que esto conlleva de cumplimiento en ancianos, la media es de 5 modificaciones por paciente. Dentro de la terapia con fármacos psiquiátricos se modifican en el 10,6% (14 pacientes), en la mayor parte de los casos se procede a sustitución por otro fármaco o bien la supresión del mismo. La variación máxima ha sido 5 en un caso, en el que se eliminó su terapia previa y se administró 5 fármacos.

Conclusiones:

1. Existen sesgos geográficos no modificables sin otros estudios, no siempre se reflejan los fármacos psiquiátricos en el tratamiento.
2. Al alta existe gran modificación de fármacos, que puede dificultar el cumplimiento.
3. Se suele aumentar el número de fármacos y con ello la polifarmacia.
4. Los fármacos psiquiátricos son menos modificados (sustituye o elimina).

1076

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN GERIÁTRICA BÁSICA EN LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Peña González, A.*; Díaz Palarea, M. D.**

* Dirección General de Programas Asistenciales. ** Universidad Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Desarrollar un programa de formación para el personal sociosanitario de APS que le capacite para:

1. Conocer las líneas básicas de actuación en geriatría y gerontología.
2. Identificar los factores de riesgo y principales problemas de salud de la persona mayor que vive en la comunidad.
3. La utilización y manejo de los instrumentos de valoración geriátrica.
4. El trabajo multidisciplinar y la integración entre los diferentes recursos y niveles asistenciales.

Método: El programa de formación está destinado al profesional médico, enfermero y de trabajo social de APS. Este se lleva a cabo mediante talleres de formación, tutorizados por un grupo de monitores, procedentes de cada área de salud y formados para tal fin. Cada taller está constituido por una parte teórica-conceptual y otra práctica. El módulo teórico estudia los conceptos básicos de geriatría y gerontología y se desarrolla a través de sesiones expositivas y material impreso de apoyo. En el módulo práctico se estudian diferentes casos clínicos donde, aplicándose los conceptos teóricos previos, se analizan, discuten y además, se proponen pautas de actuación bajo una perspectiva multidisciplinar. La carga lectiva de cada taller es de 12 horas, desarrolladas en dos sesiones y adaptadas para ser realizadas en dos días. Al final de cada taller se cumplimenta un cuestionario de evaluación.

Discusión: El progresivo incremento de la esperanza de vida está condicionando un marcado envejecimiento poblacional, donde las crecientes demandas de la población de mayor edad obliga a redefinir y adaptar la estructura sociosanitaria. En la Comunidad Autónoma Canaria, el 98,9% de los mayores de 65 años viven en sus domicilios y el 11% de estos viven solos. Por tanto, desde la APS se hace imprescindible el desarrollo de estrategias que permitan prolongar su autonomía y favorecer la permanencia de los mismos en su entorno habitual. La formación específica del personal sanitario y social en el ámbito geriátrico y gerontológico, se hace indispensable para la aplicación y articulación de programas geriátricos multidisciplinarios de salud.

1113

FACTORES DE RIESGO DE FRACTURAS RELACIONADAS CON LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES MAYORES DE EXTREMADURA

Román García, M. M.; Bureo Dacal, P.; Díaz Curiel, M.; Garcés Puentes, M. V.

Hogares de Mayores I y III. Cáceres.

Objetivo: Comprobar la relación entre densidad mineral ósea (DMO), fracturas y algunos probables factores de riesgo de osteoporosis (FR de OSP) en mujeres de 50 a 80 años de la Comunidad de Extremadura.

Pacientes y métodos: Fueron estudiadas 304 mujeres: 138 sin historia clínica de fractura y cumpliendo determinados criterios de inclusión-exclusión (Grupo normal) y 166 con fracturas después de los 50 años (Grupo con fracturas). Se determinó la DMO en columna lumbar y cuello femoral mediante absorciometría de método DXA. Se aplicó cuestionario de FR de OSP para obtener datos específicos sobre salud, enfermedad, hábitos y modos de vida, que fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 7.5 para Windows.

Resultados: La edad, talla, peso e IMC fueron similares en ambos grupos, pero se observó diferencia en la edad de la menopausia ($p < 0,001$). La DMO en el Grupo con fracturas fue más baja que en el Grupo normal en todas las localizaciones evaluadas ($p < 0,001$). En el Grupo con fracturas, el 19,9% tenía DMO normal, el 45,8% osteopenia y el resto osteoporosis, aplicando los criterios diagnósticos de la OMS. La edad de la fractura fue 59,86. 1 (mDE) años. Se registraron fracturas de cadera, colles, miembro inferior, más de una fractura y en diversas localizaciones. La más frecuente y la única que presentó DMO similar al Grupo normal, fue la fractura de miembro inferior (MI). El odds ratio del antecedente familiar de osteoporosis y/o fracturas para las fracturas de cualquier localización fue 2,404 (IC 95% 1,315-4,396) y OR: 4,242 (IC 95% 2,080-8,865) para las fracturas de cadera y Colles, consideradas conjuntamente. De las mujeres que se exponían al sol más de 30 minutos/día, el 80,2% pertenecían al Grupo normal y el 19,8% habían tenido fracturas de cadera o de Colles. No se encontró relación entre frecuencia de fracturas y actividad física, paridad, consumo de café y de alcohol.

Conclusiones:

1. Las mujeres extremeñas mayores de 50 años, que presentan osteopenia, antecedentes familiares de osteoporosis y/o de fracturas, menopausia precoz y escasa exposición al sol, tienen riesgo de sufrir fracturas de cadera, Colles o más de una fractura en diversas localizaciones del esqueleto, exceptuando MI.
2. El antecedente de fractura después de los 50 años (salvo las de MI) es un factor de riesgo de osteopenia u osteoporosis en las mujeres extremeñas de 50-80 años.
3. En los protocolos de intervención sobre osteoporosis y fracturas, cobra especial relevancia la recogida de datos sobre edad de la menopausia, tiempo de exposición al sol, antecedentes familiares de osteopo-

rosis y/o fracturas y antecedente personal de fractura después de los 50 años.

1160

PRONÓSTICO DE LA NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA (NEH) EN EL ANCIANO: ¿ES IMPORTANTE LA VALORACIÓN DEL ESTATUS FUNCIONAL DEL PACIENTE?

Torres, O.; Muñoz, E.; Francia, J. A.; Montiel, J. R.; Ruiz, D.

Unidad de Geriatria. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Objetivo: Estudiar el pronóstico de NEH en el anciano en nuestro medio y analizar la importancia del estatus funcional.

Método: Estudio prospectivo de pacientes ≥ 65 años con NEH visitados en nuestro hospital analizando: I. Fine, I. Barthel, I. Charlson e I. fragilidad. Se realizó seguimiento hospitalario o telefónico a los 15 y 30 días tras la NEH y a los dos años. Además, los tratados ambulatoriamente fueron visitados tras 48-72 horas del alta.

Resultados: Se analizaron 85 pacientes, 50 varones y 35 mujeres (edad media: 80 ± 8). Puntuaron: I. Fine 126 ± 27 , I. Charlson $1,8 \pm 1,5$, I. Barthel 82 ± 24 e I. Fragilidad $2 \pm 1,6$. Ingresaron el 75% con estancia media 8 ± 5 días. A los 30 días reingresó el 14% y la mortalidad fue del 5%. Ninguno de los tratados ambulatoriamente fue éxito, si bien dos de ellos (9,5%) requirieron ingreso a las 48-72 horas. El I. Barthel a los 15 días fue 81 ± 28 , sin diferencias estadísticamente significativas con el previo. A los dos años el 58% había ingresado en una o más ocasiones y la mortalidad fue del 35% (de ellos el 45% de ingresos y el 37% de éxitus por neumonía o infección respiratoria). En el análisis multivariado de los índices citados se relacionaron con mortalidad ($p < 0,05$): el I. Barthel a los 30 días e I. fragilidad a los dos años. Ninguno de los índices se relacionó con los reingresos a 30 días o dos años.

Conclusiones: En el paciente anciano con NEH conviene plantearse la valoración del estatus funcional como factor pronóstico tanto a corto como largo plazo.