

## Área clínica 4

Jueves, 7 de junio, 17.45 horas

Moderadores:

Javier Delpon Sarasua  
Ignacio Pérez de Mendiguren

33

### NIVEL DE CONSENSO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR SOBRE LA ADECUACIÓN DE LA INTENSIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA (UCO). ESTUDIO PILOTO

Porta, M.; Miralles, R.; Digon, A.; Rius, I.; Seguí, M.; Torres, A.; Esperanza, A.; Vázquez, O.; Cervera, A. M.; Vernhes T.

Servicio de Geriátrica Centro Geriátrico Municipal (IMAS). Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar el grado de consenso en la indicación de terapéutica entre los profesionales sanitarios.

**Método:** Se acordó un sistema de clasificación de la intensidad terapéutica modificado y adaptado del Rogers Memorial Veterans Hospital (JAGS, 43:553-562, 1995), que contempla cinco, niveles de intensidad de tratamiento según la situación clínica del paciente: Nivel 4; tratamiento sin límites con traslado a hospital de agudos nivel 3; tratamiento intenso con traslado a hospital de agudos, nivel 2; tratamiento máximo en centro sociosanitario, nivel 1; tratamiento conservador y, nivel 0; tratamiento paliativo (se excluyen antibióticos e hidratación energética). Los pacientes fueron clasificados, en una primera etapa, por dos médicos. Posteriormente, aquellos pacientes clasificados por los dos médicos en niveles < 3 fueron a su vez valorados por dos enfermeras y dos auxiliares del equipo. La valoración se realizó analizando la situación previa del paciente, motivo de ingreso, impacto de la enfermedad actual, respuesta a medidas terapéuticas aplicadas y posibilidades de mejora con tratamiento activo.

**Resultados:** Del total de 24 pacientes ingresados en la UCO, 9 fueron clasificados por los dos médicos en niveles < 3 (no tributarios de traslado a hospital de agudos). La edad media de los mismos fue de  $76,1 \pm 14,1$  años. Previamente al ingreso 5 (55,6%) eran autónomos y en cuatro casos (44,4%) no existía evidencia de deterioro cognitivo. El principal motivo de ingreso fue por discapacidad tras enfermedad o proceso agudo reciente. En cuanto al impacto de la enfermedad sobre su situación actual observamos que la mediana del índice de Barthel, en el momento de la valoración, se situó en 0 puntos, la media del MMSE fue de  $14,3 \pm 3,8$  (en 5 casos no se pudo practicar) y la del índice de comorbilidad de Charlson de  $2,9 \pm 1,7$ . Al aplicar la clasificación evidenciamos que las auxiliares coincidieron en un 66,7% de los casos, los médicos en un 66,7% y las enfermeras en un 33,3%. Solo en un caso se llega a un acuerdo total entre todos los profesionales. Se observó que mientras los médicos utilizan el nivel 2 en un 83,3% de los casos, las enfermeras lo hacen en un 38,4% y las auxiliares en un 27,8%.

**Conclusiones:**

1. Se evidencia escaso consenso al aplicar la clasificación utilizada.
2. Los médicos tienden a considerar indicados niveles de intensidad terapéutica más altos que no el personal de enfermería o auxiliar.
3. Una mejor información y comunicación entre todos los implicados puede facilitar el consenso.

34

### EFICACIA DEL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CONVALESCENCIA: ESTUDIO RANDOMIZADO Y CONTROLADO. RESULTADOS PRELIMINARES A LOS TRES MESES

Vázquez, O.; Miralles, R.; Esperanza, A.; Robles, M. J.; Arellano, M.; Rebossio, V.; Cervera, A. M.

Servicio de Geriátrica del IMAS. Centro Geriátrico Municipal y Unidad Funcional de Geriátrica (UFISS) del Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la mortalidad, capacidad funcional y número de reingresos a los tres meses de un grupo de ancianos ingresados en una unidad de convalecencia comparado con un grupo control que no ingresó en la unidad.

**Pacientes y método:** Se recogieron pacientes > 65 años ingresados en un hospital de agudos, que cumplieran al alta al menos uno, de los siguientes criterios de inclusión imposibilidad de levantarse de la cama o de caminar, alteración del estado mental y/o existencia de un problema médico, funcional o psicosocial que interfiriera en el proceso del alta. Se excluyeron aquellos con: demencia severa situación terminal, ausencia de cuidador, independencia para todas las AVDs y aquellos con especial complejidad. En los pacientes elegibles se recogió edad, índice de comorbilidad de Charlson, índice de Barthel (IB) Minimental, y grupo diagnóstico. Tras randomización, los pacientes fueron remitidos a la unidad de convalecencia, o bien al domicilio (grupo control), donde se efectuó seguimiento por atención primaria. Los pacientes que, no aceptaron el destino asignado pudieron ir al alternativo, siendo analizados tanto en función del resultado de la randomización como del destino real. Se efectuó seguimiento a los tres meses.

**Resultados:** Se evaluaron 140 pacientes que cumplían criterios de inclusión. De ellos, 81 (57,9%) se randomizaron: 35 (43,2%) fueron asignados al grupo, de convalecencia y 46 (56,8%) al de domicilio. No hubo diferencias significativas en la edad, sexo, índice, comorbilidad de Charlson IB y Minimental al comparar ambos grupos, tanto si se analizaban en función del destino tras randomización, como del real. Del total de pacientes randomizados, 7 (8,6%) se excluyeron postrandomización, y 3 (3,7%) se perdieron, quedando 71 para el análisis. A los tres meses de los 40 pacientes que fueron a domicilio, fallecieron 8 (20%), mientras que de los 31 de convalecencia, fallecieron 7 (22,6%) ( $p = ns$ ). La media del IB a los tres meses fue  $51,0 \pm 34,4$  en el grupo de convalecencia, y de  $54,8 \pm 35,5$  en el de domicilio ( $p = ns$ ), siendo las medias del Minimental de  $17,1 \pm 10,8$  y de  $17,1 \pm 9,5$  respectivamente ( $p = ns$ ). Respecto al número de pacientes que reingresaron en hospitales de tercer nivel, fue de 26,6% en el grupo de convalecencia y del 73,3% en el de domicilio ( $p = ns$ ).

**Conclusiones:** A los tres meses de seguimiento, no se observan diferencias significativas en la mortalidad, capacidad funcional y nivel cognitivo en ambos grupos de pacientes. Hay una tendencia a un menor número de reingresos en el grupo de convalecencia, aunque no es estadísticamente significativa, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra.

## 35

**FRAGILIDAD HOSPITALARIA EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**

Francia, E.; Torres, O. H.; Montiel, J. A.; Coloma, A. G.; Fabregat, J.; Ruiz, D.

Departamento de Medicina Interna, Semicríticos y Urgencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.

**Objetivos:**

- Determinar el nivel de fragilidad de los ancianos ingresados en el hospital.
- Determinar el declinamiento funcional hospitalario.

**Pacientes y metodología:**

- Selección de pacientes: mayores de 65 años ingresados en el hospital por motivo médico o quirúrgico.
- Tipo de estudio: descriptivo y observacional.
- Ámbito de estudio: Hospital de Agudos de 650 camas.
- Período de estudio: 1 enero de 1999 a 31 de diciembre del 1999.
- Método: Valoración Geriátrica que incluía el diagnóstico principal, comorbilidad (Índice de Charlson), fragilidad (*Hospital Admission Risk Profile*), síndromes geriátricos y actividades de la vida diaria (Índice de Barthel).
- Estudio estadístico: Programa SPSS 6.5.0. Considerando significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se evaluaron 573 pacientes con edad media de 79,65 años  $\pm 8,32$ . El 45,7% eran varones. Los diagnósticos más frecuentes fueron la fractura de fémur (23%) y actos (16,2%). El número medio de diagnósticos fue de  $2,94 \pm 1,45$ . La comorbilidad media fue de  $1,91 \pm 1,68$ . La fragilidad media fue de  $2,17 \pm 0,79$ . Tenían baja fragilidad un 24%, media un 34,9% y alta un 41,1%. Vivían solos un 30,7%. El índice de Barthel previo medio fue de  $72,605 \pm 30,99$  y al alta de  $31,867 \pm 25,92$  ( $t < 0,001$ ).

**Conclusiones:**

1. Los ancianos ingresados en el hospital tienen una alta fragilidad.
2. Existe un declinamiento funcional importante de los ancianos que ingresan en el hospital.

## 36

**CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UME SEGÚN EL MOTIVO DE INGRESO**

Morales, C.; Baztán, J.; Forcano, S.; Vázquez, E.; González, M.; Ruipérez, I.

Servicio de Geriátria. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

**Objetivos:** Comparar las características y resultados de la atención de pacientes en una Unidad Geriátrica de Media Estancia (UME), según la patología incapacitante principal que motiva el ingreso.

**Método:** Cohorte de todos los pacientes ingresados en UME desde Mayo a Diciembre de 2000. Se recogieron los días de deterioro funcional («predías»); albúmina al ingreso; I. Charlson; I. Barthel modificado, previo (IBP) al ingreso (IBI) y al alta (IBA). Los resultados se evaluaron con la pérdida funcional (IBP-IBI), ganancia funcional (IBA-IBI), I. de Heinemann corregido [IHc = (IBA-IBI)  $\times$  100 / (IBP-IBI)] y eficiencia de atención en UME (IBA-IBI/días de estancia).

**Resultados:** Se estudiaron 87 pacientes con ictus; 42 con COT y 36 con inmovilidad por otras causas. Los principales resultados fueron:

	ACVA	COT	Inmovilidad	p
Edad (DS)	79,38 (6,93)*	81,43 (7,14)	83,22 (5,17)	0,01
Mujeres (%)	54%	76,2%*	58,3%	0,05

	ACVA	COT	Inmovilidad	p
«Predías»	22,51 (25,79)*	35,36 (40,98)	44,06 (45,46)*	< 0,01
Albúmina > 3,5	48,8%	38,1%	33,3%	NS
I. Charlson	2,16 (1,33)	1,31 (1,60)*	2,22 (0,96)	< 0,005
IB previo	91,74 (11,19)*	78,86 (25,34)	72,14 (23,06)	< 0,001
IBP-IBI	66,84 (20,77)*	45,64 (26,58)	48,78 (23,58)	< 0,001
IBA-IBI	27,19 (17,66)	31,07 (16,31)	25,25 (15,83)	NS
IHc	44,42 (29,58)*	73,15 (53,34)*	67,19 (57,88)	0,001
Estancia media	26,54 (13,53)*	20,76 (10,24)	21,89 (12,27)	< 0,05
Eficiencia	1,18 (0,90)*	1,70 (0,86)*	1,52 (1,29)	< 0,05
Alta Residencia	20,7%	11,9%	21,2%	NS

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados por COT obtienen mayor ganancia funcional absoluta y relativa en nuestra unidad. Los pacientes con ictus parten de una mejor situación funcional previa, sufriendo una mayor pérdida funcional al ingreso, menor recuperación porcentual, con una estancia mayor. Aquellos con inmovilidad, tienen mayor fragilidad y comorbilidad, pero obtienen beneficios funcional y asistencialmente apreciables del ingreso en nuestra unidad.

## 37

**DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL SEMANAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA**

González, M.; Baztán, J.; Vázquez, E.; Forcano, S.; Morales, C.; Ruipérez, I.

Servicio de Geriátria. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

**Objetivos:** Describir la evolución funcional semanal de los pacientes ingresados en una Unidad de Media Estancia (UME); de forma global y según la patología principal motivo de ingreso.

**Método:** Cohorte de todos los pacientes ingresados en UME desde mayo a diciembre de 2000. Se excluyeron pacientes con estancia menor de 5 días, fallecidos o derivados al alta a una unidad de agudos. Se evaluó la situación funcional previa, al ingreso y la ganancia funcional semanal (GFS: diferencia en la puntuación del Índice de Barthel respecto a la semana previa) hasta el alta con el índice de Barthel modificado (Shah, 1989), considerando una GFS mayor de 5 puntos como clínicamente relevante. El diagnóstico principal motivo de ingreso fue clasificado en: Ictus; Fractura de cadera (Fx C); Síndrome de Inmovilidad (SI) por otras causas y Otros.

**Resultados:** Ingresaron 167 pacientes, de los que 158 fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 80,66 años ( $\pm 6,78$ ), 60,5% mujeres, con una estancia media de 24,07 días ( $\pm 12,64$ ) con una mediana de 21 días (rango intercuartílico de 15-31,25). El motivo de ingreso fue ictus en el 52,1%, fractura de cadera el 20,4% y síndrome de inmovilidad de otras causas el 21,6%. La media de ganancia funcional semanal fue respectivamente de:

Días	6	13	20	27	34	41	48
N global	158	147	94	57	34	19	9
GFS global	13,04	9,1	7,02	4,12	4,12	2,84	1,89
GFS ictus	11,74	7,95	7,31	4,26	2,46	3,6	2,5
GFS Fx C	14,81	12,5	7,28	5,8	6,6	-3,5	-
GFS SI	13,97	7,58	5,47	2,36	9,6	3,5	-3

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados en nuestra unidad, en conjunto, obtienen una ganancia funcional clínicamente relevante durante las tres primeras semanas, siendo máxima en la primera semana con una clara disminución de la misma a partir de la quinta semana.

## 38

### DIFERENCIAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE PACIENTES CON ACVA INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA SEGÚN LA EDAD

Forcano, S.; Baztán, J.; Morales, C.; Vázquez, E.; González, M.; Ruipérez, I.

Servicio de Geriátria. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

**Objetivos:** Comparar las características clínicas y funcionales previas y al ingreso, así como la recuperación funcional de pacientes con ACVA ingresados en una Unidad Geriátrica de Media Estancia (UME) en función de la edad.

**Método:** Cohorte de todos los pacientes ingresados por ACVA en UME desde mayo a diciembre de 2000. La población se categorizó según edad < 75 años; 75-84 y ≥ 85 años. Se estudiaron variables sociodemográficas; clínicas (albúmina al ingreso; índice de comorbilidad de Charlson; escala de Orpington); funcionales (escala física de Cruz Roja-CRF; Índice de Barthel modificado: IBP-previo; IBI-Reingreso; IBA-alta); mentales (escala mental de Cruz Roja-CRM; Pfeiffer y presencia de depresión). Como parámetros asistenciales se evaluaron la ganancia funcional (IBA-IBI), I. de Heinemann corregido (IHc = (IBA-IBI) x 100 (IBP-IBI) estancia media y derivación al alta.

**Resultados:** Los resultados más destacables fueron:

	< 75	75-84	> 85	p
N	21	46	20	
Mujeres	28,6%	58,7%	70%	< 0,05
Viven solos	14,3%	19,6%	20%	NS
Albúmina < 3,5	35%	56,8%	55%	NS
Orpington	4,41 (±1,24)	3,98 (±1,18)	3,75 (±1,09)	NS
I. Chocasen	2,30 (±1,13)	2,09 (±1,49)	2,20 (±1,15)	NS
IB previo	94,62 (±8,16)	91,04 (±12,51)	90,30 (±10,67)	NS
IB ingreso	27,81 (±21,07)	26,63 (±18,78)	17,85 (±16,44)	NS
IBA-IBI	33,71 (±19,21)	27,50 (±18,23)	19,65 (±11,35)	< 0,05
IHc	51,73 (±24,57)	46,32 (±32,41)	32,34 (±24,79)	0,09
Estancia media	31,9 (±1 8,76)	25,63 (±11,19)	23 (±11,01)	0,09
Alta Residencia	9,5%	18,6%	38%	0,05

**Conclusiones:** Los pacientes mayores de 85 años ingresados con ACVA, presentan un deterioro funcional severo al ingreso, obteniendo una mejoría funcional apreciable, aunque menor que otros grupos de edad.

## 39

### INCIDENCIAS DE DETERIORO Y AFECTACIÓN DIFERENCIAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA SECUNDARIA A HOSPITALIZACIÓN POR PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Fernández Fernández, M.; Gutiérrez Rodríguez, J.; Juárez Maldonado, O.; Aza González, J.\*; Martínez Rodríguez, E.\*; Solano Jaurrieta, J. J.

Servicio de Geriátria. Hospital Monte Naranco. Servicio de Cirugía General\*. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de deterioro funcional secundaria a hospitalización por patología quirúrgica en ancianos.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo (n= 95), ingresados en el Servicio de Cirugía General del HCA entre el 1 de marzo y el 1 de junio de 2000. La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevista personal dentro de las primeras 48-72 horas del ingreso, y mediante entrevista telefónica a los 30 días del alta hospitalaria, siendo realizada por un MIR de Geriátria, debidamente adiestrado en la Valoración Geriátrica. En el protocolo de estudio se incluyeron variables funcionales, valorando el grado de dependencia funcional mediante el Índice de Barthel. Se consideraron criterios de exclusión la presentación de enfer-

medades directamente incapacitantes o terminales, institucionalización previa, pacientes fallecidos durante la hospitalización o seguimiento y pacientes trasladados a otras unidades o centros hospitalarios. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

**Resultados:** La incidencia de deterioro funcional en ABVD al mes del alta hospitalaria fue del 27,3% (20). Las actividades más afectadas fueron el baño y las escaleras con un 19,1% (14) y 10,9% (8) respectivamente.

ABVD	Incidencia de deterioro
Alimentación	4,1%
Baño	19,1%
Vestido	12,3%
Aseo	5,4%
Deposición	0%
Micción	4,1%
Retrete	4,1%
Transferencias	2,7%
Deambulación	4,1%
Escaleras	10,9%

**Conclusiones:** La incidencia de deterioro funcional en ancianos mayores de 75 años, hospitalizados por patología quirúrgica es elevada. Las actividades más afectadas son aquellas de mayor complejidad. Es necesario establecer estrategias de intervención bien definidas, que nos permitan identificar cual es la población anciana en riesgo de deterioro funcional.

## 40

### FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Arche Coto, J. M.; Fernández Fernández, M.; Gutiérrez Rodríguez, J.; Aza González, J.\*; Martínez Rodríguez, E.\*; Solano Jaurrieta, J. J.

Servicio de Geriátria. Hospital Monte Naranco. \* Servicio de Cirugía General. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a deterioro funcional secundario a hospitalización por patología quirúrgica, en ancianos ingresados en un Servicio de Cirugía General.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo, que incluye 95 pacientes de edad igual o superior a los 75 años, ingresados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Asturias, durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 1 de junio de 2000. La recogida de datos se llevó a cabo mediante entrevista personal, dentro de las primeras 48-72 horas del ingreso y mediante entrevista telefónica a los 30 días del alta hospitalaria, siendo realizada por un MIR de Geriátria, debidamente adiestrado en la Valoración Geriátrica. En el protocolo de estudio se incluyeron variables socio-demográficas, clínico-asistenciales, funcionales y cognitivo-afectivas. Se consideraron criterios de exclusión la presentación de enfermedades directamente incapacitantes o terminales, institucionalización previa, pacientes fallecidos durante la hospitalización o seguimiento y pacientes trasladados a otras unidades o centros hospitalarios. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

**Resultados:** En el análisis univariante el deterioro funcional en ABVD se relaciona con la realización de cirugía (37,5% vs 6,6%), estado civil (45,4% viudos vs 19,5% casados), número de convivientes (21,7% cónyuge e hijos vs 8,3% solos), domicilio (63,6% propio vs. 20,6% de los hijos), número de fármacos previos al ingreso (4,5 vs 3,9), Lawton al ingreso (4 vs 5,4), MEC al ingreso (24,1 vs 27,6) y número de diagnósticos previos (3,1 vs 2,3).

Tras realizar la regresión logística el deterioro funcional en ABVD se relaciona con el número de fármacos previos a 1 ingreso, MEC al ingreso, realización de cirugía, número de convivientes y domicilio, presentando el modelo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 93%.

**Conclusiones:** Los factores asociados a deterioro funcional en ancianos mayores de 75 años, hospitalizados por patología quirúrgica son el número de fármacos previos al ingreso, puntuación en el MEC al ingreso, realización de cirugía, número de convivientes y el domicilio.

## 41

### ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE CONSULTA EXTERNA A GERIATRÍA Y ACTITUDES TOMADAS CON EL PACIENTE

Sánchez Jurado, P. M.; Estrella Cazalla, J. D.; León Ortíz, M.; Luengo Márquez, C.; Romero Rizos, L.; Abizanda Soler, P.

Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

**Objetivos:** Describir los motivos de petición de Consulta Externa de Geriatria (CEG), valorar la adecuación de la petición y describir las actitudes tomadas.

**Método:** Entre enero y diciembre de 2000 se realizó un análisis descriptivo de las primeras visitas en la CEG. Se analiza si los motivos de petición de consulta son adecuados según los siguientes criterios: 1. Deterioro cognitivo por diagnosticar o con cambios sintomáticos (DC). 2. Enfermedad médica en paciente anciano para diagnóstico (EM). 3. Grandes síndromes geriátricos (GSG). 4. Deterioro funcional reciente (DF). 5. Valoración geriátrica (VG). Se evaluaron los motivos de consulta adecuada según que origen: 1. Nuevo diagnóstico, 2. modificación del diagnóstico, 3. modificación del tratamiento o actitudes o 4. necesidad de seguimiento. Se describen las actitudes tomadas.

**Resultados:** De los 401 pacientes, el 46,3% son derivados por DC, 22,9% por EM, 13,9% por un GSG, 7,6% por DF, 5,3% para VG. Cumplen criterios de petición de consulta adecuada el 96,5%. Cumplen criterios de motivo de consulta adecuada el 92%. Se realizaron 476 nuevos diagnósticos en 335 pacientes (84%). 1 diagnóstico nuevo en 249 pacientes, 2 diagnósticos en 52,  $\pm$  3 diagnósticos 34 pacientes. El 86% requirieron revisión. Se solicitaron técnicas diagnósticas en el 74,4%: Analítica: 250 casos (62,7%), Radiología: 233 (58,5%), valoración neuropsicológica 64 (16%), Interconsultas 31 (7,8%), ECG/ECO 119 (29,8), otras 17%. Actitudes farmacológicas tomadas: cambio de tratamiento 245 pacientes (61,7%), fármacos nuevos prescritos en 229 pacientes (57,7%), fármacos retirados en 102 (25,8%). Actitudes no farmacológicas en 44 (11,1%). Requirieron ingreso 4 (1%) y rehabilitación 22 (5,5%). En los pacientes de VG se realizaron menos diagnósticos nuevos (0,8 vs 1,5), se solicitaron menos pruebas complementarias (0,8 vs 2,3), se prescribieron menos fármacos nuevos (0,7 vs 1,4) que en el resto de grupos ( $p < 0,01$ ). En los grupos de DF (10%) y VG (29%) se solicitó rehabilitación más frecuentemente ( $p < 0,05$ ). Se realizó cambio de tratamiento en el 73% del grupo de EM o DF, 67% de VG o GSG y en el 50% de DC ( $p < 0,001$ ). Se solicitaron menos pruebas diagnósticas en VG (33%) frente al resto (70-79%) ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** 1. Alto porcentaje de adecuación de la petición de CEG por los médicos de atención primaria. 2. Elevado número de diagnósticos nuevos y cambios farmacológicos realizados confirmando la utilidad de la consulta. 3. Necesidad de exploraciones complementarias en la mayoría de los casos. 4. Mayor utilidad de la consulta cuando ésta es por problema concreto médico.

## 42

### LA ENFERMEDAD DIABÉTICA EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

Bartolomé, S.; Salcedo, M. J.; Jiménez, J.M.; Guillén, F.

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivo:** Estudio de las características de los pacientes que ingresan con DM en una unidad de agudos.

**Material y método:** Estudio protocolizado retrospectivo de pacientes con DM ingresados en una UGA por un proceso agudo intercurrente. Los datos fueron procesados con sistema FileMarker Pro 4.0.

**Resultados:** Fueron evaluados 221 pacientes (28,5% hombres y el 71,5% mujeres), con edad media de 83 años y cuya estancia media fue de 10 días. Con una situación funcional en la ECR (0= 9,5%, 1= 10,9%, 2= 29,4%, 3= 25,8%, 4= 22,2%, 5= 2,3%). El 99,5% de los pacientes eran DM tipo 2 y sólo el 0,5% DM tipo 1. Resultaron ser insulín dependientes al ingreso el 34,4% y no insulín dependientes el 65,6%. Estaban tratados con dieta el 22,5% de los pacientes, con SFU el 41,6%, con acarbosa el 6,3%, con SFU y acarbosa el 5,4%, con insulina NPH una dosis el 4,5% y con dos dosis el 29%. Se modifica el tratamiento en el hospital en un 48,9% de los casos, destacando la supresión de SFU en un 13,6%, de acarbosa un 3,6% y de insulina un 3,6%. Con paso de ADO a insulina en un 7,2%. La complicación con más frecuencia encontrada fue la vasculopatía con un 21,3%.

**Motivo de ingreso:** La infección respiratoria fue el primer motivo de ingreso en un 25,8% de los pacientes; seguido de la insuficiencia cardíaca un 20,8% y el ACVA un 20,4%.

**Patologías asociadas con mayor frecuencia:** ACVA: 29%; IC: 26,7%; OA: 24%; Deprivación sensorial: 24%.

**Factores de riesgo vascular asociados:** Los principales son la HTA (71%) y la hipercolesterolemia (12,7), presentando dos o más factores de riesgo el 13,1%.

**Conclusiones:** 1. La DM tipo 2 representa casi la totalidad de los pacientes ingresados. 2. Son insulín dependientes al ingreso el 34,4%, y no insulín dependientes el 65,5% (ADO 43% y con dieta el 22,6%). 3. La HTA aparece en casi dos de cada tres pacientes con DM. 4. El motivo más frecuente de ingreso fue la infección respiratoria (25,8%), seguido del ACVA (20,4%) e IC (20,8%). Siendo estas dos últimas patologías las encontradas con más frecuencia en los pacientes previo al ingreso. 5. La estancia media fue de 1,8 días más que la media del servicio. 6. La ubicación al alta fue diferente a la previa en un 7,6% de los casos. Siendo la institucionalización en residencia de un 19%. 7. Fallecieron el 16,7% de los pacientes, siendo la mortalidad media del servicio del 15,2%.

## 43

### EL ALTA HOSPITALARIA EN LAS PRIMERAS 72 HORAS DE ESTANCIA.

Ortiz, M. C.; Forcano, M.; García-Arilla, E.

Hospital San Jorge. Zaragoza.

**Objetivo:** Estudiar incidencia, causas y los factores asociados.

**Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo de la documentación clínica de 1999 de todas las altas por curación o mejoría, fallecimiento, traslado de hospital y altas voluntarias en tiempo inferior de 72 horas, en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Geriatria. Se recogió información sobre sexo, edad, procedencia, situación funcional, fármacos, criterios o no de muerte precoz esperada, diagnóstico principal, tiempo desde el ingreso, reingreso, parámetros analíticos y presencia del informe de alta en las altas a domicilio. El análisis estadístico fue descriptivo y analítico ( $p < 0,05$ ) comparando resultados entre los grupos de alta por fallecimiento y por curación o mejoría.

**Resultados:** De las 1.501 altas, 123 (8,1%) se produjeron en las primeras 72 horas. 58 (47%) por fallecimiento (mortalidad global 23%), 50 (41%) a domicilio, 13 (11%) traslados de hospital y 2 (1%) altas voluntarias. Entre el Grupo I (altas por fallecimiento) y Grupo II (altas a domicilio) existían diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en edad, procedencia, hábitat y dependencia funcional (mayor edad, proceden de Urgencias, viven en residencia y dependencia severa en el Grupo I); en el 60% de los fallecidos, la muerte a corto plazo se consideró esperada; patología cardiovascular, respiratoria e infecciones son los diagnósticos más frecuentes en el Grupo I. El 27% de los fallecimientos se producen en las 6 primeras horas y el 20% tenían fallo renal. El motivo de traslado urgente más frecuente fue la urgencia quirúrgica (60%). Todas las altas por curación tenían informe de alta y el 30% se remitieron a Consultas Externas.

**Conclusiones:** 1. El fallecimiento precoz, previsible al ingreso en gran parte de los casos, es una pequeña proporción de la mortalidad global. 2. El alta rápida por curación o mejoría, con características diferentes a las de la población fallecida, supone una mínima parte de las altas totales.