

## MESA 8

### Área clínica: factores asociados a funcionalidad

Viernes, 7 de junio, 11.30 horas

Moderadores:

Francisco Martínez Aguilar  
Sociedad Murciana de Geriátría y Gerontología

Sergio Ariño Blasco  
Servicio de Geriátría. Hospital General Granollers

16

#### VALORACIÓN FUNCIONAL A LOS TRES MESES DE UNA VISITA A URGENCIAS HOSPITALARIAS EN NONAGENARIOS

Formiga, F.; Blancas, D.; Solé, A.; Vivancos, V.; Mascaró, J.; Chivite, D.; Vidaller, A.; Salazar, A.; Pujol, R.

Medicina Interna-UFISS de Geriátría: CSU de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Introducción:** Cualquier enfermedad que obligue a consultar a los servicios hospitalarios de urgencias (SUH) puede provocar una pérdida en la capacidad funcional de las personas más ancianas.

**Objetivos:** Analizar la caída funcional en los pacientes nonagenarios después de una estancia en un SUH y si esta persiste a los 3 meses del alta.

**Métodos:** Se valoraron durante el mes de marzo-2001, 150 pacientes consecutivos > 90 años que consultaron al SUH del Hospital Universitario de Bellvitge. Se excluyeron los pacientes que fallecían en el propio servicio de urgencias (n= 6), los que precisaron ingreso hospitalario (n= 35), además de los pacientes dependientes previamente para todas las actividades básicas de la vida diaria (n= 11). Se utilizó el Índice de Barthel (IB); previo al alta-3 meses, y el Índice de Charlson (IC).

**Resultados:** Se estudiaron 98 pacientes (62 mujeres-36 varones), edad media de 92,4 años. El IC fue de 1,65. Catorce pacientes fallecieron durante el seguimiento, seis precisaron un ingreso o nuevas consultas a urgencias y tres se perdieron de seguimiento. En los 75 pacientes restantes los valores del IB previo eran de 71, existiendo un leve descenso en el IB al alta de urgencias (63, p= NS). La caída en el IB a los tres meses, aunque ligera (66; p= NS), persistía respecto al IB previo. 48 pacientes (64%) conservaban a los tres meses el IB previo a acudir a urgencias. Sólo un paciente perdió su domicilio habitual.

**Conclusiones:** Cualquier enfermedad que obligue a consultar a los SUH, junto a las circunstancias asociadas, puede producir una pérdida de capacidad funcional en los pacientes muy ancianos que, aunque leve, puede persistir a los tres meses.

78

#### SITUACIÓN FUNCIONAL Y MORTALIDAD DE NONAGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA): SEGUIMIENTO A LOS TRES MESES DEL ALTA HOSPITALARIA

Escabí, F.; Barneto, M.; Muñoz, D.; Gómez, R.; Blasco, M.; Espauella, J.

Hospital de la Santa Creu. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

**Objetivos:** Los pacientes muy ancianos representan la franja de mayor crecimiento de la población, incrementándose el porcentaje de nonage-

narios que requieren ingreso en hospitales de agudos. Planteamos un estudio con los objetivos: 1. Describir las características de los pacientes nonagenarios ingresados en la UGA; 2. Analizar la pérdida funcional y mortalidad a los tres meses del alta; 3. Analizar un test de ejecución (bipedestación al alta) y síndromes geriátricos como factores pronósticos de pérdida funcional y de mortalidad.

**Pacientes y método:** estudio prospectivo de los pacientes de la UGA durante 18 meses (enero 2000-junio 2001). Se definió test de ejecución como la adopción autónoma de bipedestación desde sedestación y la pérdida funcional como pérdida en índice de Barthel (IB)  $\geq$  a 15 puntos. Se dispone de una base de datos y soporte estadístico para su análisis.

**Resultados:** Se atendieron 448 pacientes, edad media 86,8 años, estancia media 9,8 días. El 30% (134) tenían  $\geq$  90 años. La mortalidad al alta fue de 15,8% (total) y del 20,9% en los  $\geq$  90 años. En el grupo de 134 nonagenarios el IB medio previo al ingreso fue de 56,7 puntos. Existía deterioro cognitivo o demencia en el 53% de los pacientes. El 60,4% fue dado de alta al domicilio y el 18,7% requirió ingreso a unidad de convalecencia o de cuidados paliativos. El IB medio al alta fue de 36 puntos. Se analizó la pérdida funcional a los tres meses del alta (excluyendo a los previamente muy discapacitados con IB < 20). Se observó pérdida funcional en el 38,7% de los nonagenarios, encontrándose relación estadísticamente significativa entre pérdida funcional y presencia de síndrome confusional (p= 0,003) y incapacidad para el test de ejecución (p= 0,023). Se objetivó relación entre mortalidad hospitalaria y IB al alta (p= 0,007). La mortalidad acumulada a los tres meses fue de 40%. La mortalidad hospitalaria fue mayor en los nonagenarios (p= 0,05).

**Conclusiones:**

1. El 30% de los pacientes atendidos eran nonagenarios, con alta prevalencia de deterioro cognitivo y mayor mortalidad hospitalaria.
2. La pérdida funcional a los tres meses del alta hospitalaria es elevada (38%) en los nonagenarios.
3. La presencia de síndrome confusional y la incapacidad para el test de ejecución se relacionan con pérdida funcional a los tres meses.

81

#### TRASTORNO DE LA MOVILIDAD FÍSICA TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO

Garreta Burrel, M.; Robles Raya, M. J.; Cervera Alemany, A. M.; Forner Baschides, M.; Vernhes Vielledenth, M. T.

UFISS Geriátría. Hospital del Mar. IAGS-IMAS. Barcelona.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de la alteración en el patrón de movilidad en pacientes ancianos ingresados en un hospital de agudos, especialmente de aquellos pacientes cuya inmovilidad resulta ser una consecuencia directa de la hospitalización y no la causa que motiva el ingreso. Se analiza la estancia global en el hospital y la necesidad de recursos al alta.

**Metodología:** Detección y seguimiento de personas ancianas atendidas por UFISS durante el período de un año que presentan problemas de movilidad en el momento de la visita. Se recoge la situación funcional previa al ingreso y la existencia de deterioro cognitivo. En el momento de la valoración se analiza la capacidad funcional, el ingreso en UCI, si inicia fisioterapia y finalmente la estancia global y el destino al alta.

**Resultados:** Del total de 814 pacientes visitados en un año por UFISS, 306 (37,5%) presentan problemas de movilidad en el momento de la valoración inicial. De ellos 167 (54,5%) casos son por afección musculoesquelética, 82 (26,7%) por enfermedades neurológicas y 57 (18,6%) se producen durante la hospitalización sin que la causa del ingreso se relacione directamente con inmovilidad. Respecto a este último grupo los datos obtenidos son los siguientes: 35 (61,40%) son mujeres y 22 (38,59%) son hombres. La edad media es de 78,61 años. *Valoración previa al ingreso:* media del I. de Barthel 87,34/100, media del I de Lawton de 3,42/8. Existe deterioro cognitivo en 8 (14%) casos y todos mantienen conservada la movilidad. Uso de ayudas técnicas para caminar 36 (63,15%), usan bastón 19 (33,33%), caminador 1 (1,75%) y muletas 1 (1,75%). *Datos de la valoración durante el ingreso:* media de I de Barthel 19,5/100. Necesidad de ayuda para realizar transferencias cama-silla, con ayuda de una persona en 13 (22,8%) casos, dos personas en 43 (75,43%) pacientes y no se realiza en 1 (1,75%) caso. Levantarse de la silla sin ayuda 1 (1,75%) paciente, necesitan ayuda de una persona 15 (26,31%), ayuda de dos personas 35 (61,4%) y no pueden realizarlo 6 (10,52%). Deambula solo 1 (1,75%) paciente, necesitan ayuda de una persona 10 (17,54%), de dos personas 14 (24,56%), de un caminador 2 (3,5%), y no pueden caminar 30 (52,63%). De estos pacientes 12 (21,05%) han ingresado en UCI. En 30 (52,63%) casos han iniciado rehabilitación en el hospital. La estancia global es de 36,20 días. Destino al alta 11 (19,29%) regresan a domicilio, 40 (70,17%) se trasladan a una unidad de convalecencia de un centro sociosanitario, 3 (5,26%) a una residencia y 3 (5,26%) fallecen durante el ingreso.

#### Conclusiones:

1. En la población valorada un 18,6% presentan un trastorno de movilidad no relacionado con el motivo de ingreso hospitalario.
2. La mayoría son independientes previamente al ingreso y no presentan deterioro cognitivo.
3. La edad media es similar a la del resto de pacientes valorados por UFISS.
4. Presentan una estancia global hospitalaria elevada.
5. Un alto porcentaje (70,17%) requiere ingreso en una unidad de convalecencia.

## 117

### DETERIORO FUNCIONAL COMO CAUSA DE INGRESO EN PACIENTES ANCIANOS

Abellán, G.; Castro, M.; Revuelta, A.; Rodríguez, I.; Vecino, C.; Guillén, F.  
Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Objetivos:** 1. Analizar los pacientes ingresados desde Urgencia Hospitalaria con diagnóstico de "deterioro funcional". 2. Estudiar posibles patologías origen del cuadro 3. Conocer la tipología del paciente anciano con deterioro progresivo.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y prospectivo de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos que presentaban diagnóstico de deterioro funcional, desde enero hasta abril del año 2002. Análisis de las variables edad, sexo, situación funcional y mental previas, modo de convivencia, nivel asistencial previo, comorbilidad y causas atribuibles de deterioro funcional. Proceso de datos por programa File Maker Pro 5.0.

**Resultados:** Ingresaron 118 pacientes con diagnóstico de deterioro funcional, de los cuales 43 fueron excluidos del estudio por estar previamente identificado el origen del deterioro, (52% de estos tenían ya una incapacidad severa, ECR: 4-5). De los 75 pacientes restantes, el 66% eran mujeres, la mayoría vivían rotando con hijos (44% frente al 11% que vivían solos y 16% en Residencias) y eran mayores de 80 años (73%).

Funcionalmente, gran parte era previamente parcialmente dependiente para ABVD (59% eran ECR: 2-3 y 58% tenían Barthel: 50-75). Un 71% de la muestra presentaba FRCV, siendo la HTA y la DM los más prevalentes; un 35% patología osteoarticular y un 31% privación sensorial. La causa identificada más frecuente de deterioro funcional fue la patología infecciosa, con un 43% y, dentro de esta, las ITUs (un 34% del total) y las infecciones respiratorias (68%). Un 25% de los pacientes presentaron alteraciones del SNC, fundamentalmente ictus y demencias. Finalmente, con un 16% ambas, las alteraciones de la afectividad y las caídas. En un 11% de los casos la causa del deterioro funcional fue la yatrogenia y dentro de esta la intoxicación por fármacos (benzodicepinas y neurolépticos los más frecuentes). Del total de pacientes, un 47% estaban polimedicados.

#### Conclusiones:

1. El ingreso urgente hospitalario con diagnóstico de "deterioro funcional", en pacientes geriátricos, es una práctica habitual, posiblemente supratilizada.
2. El deterioro funcional en el anciano es usualmente la expresión de muy diversas patologías, no siendo posible, en muchas ocasiones, identificar una causa única.
3. La mayoría de estos pacientes presentaban previamente algún grado de deterioro funcional, insuficientemente estudiado e importante comorbilidad.
4. La patología infecciosa, de clínica larvada, se sitúa como la causa más frecuente de deterioro funcional subagudo causante de ingreso en ancianos.

## 151

### FACTORES PRONÓSTICOS NEGATIVOS EN REHABILITACIÓN A CORTO PLAZO DE PACIENTES GERIÁTRICOS

Sánchez-Guevara, A.; Mesa, C.; Martín, F. J.; Feijóo, R.; Mora, J.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados a un peor resultado en la rehabilitación a corto plazo de ancianos que sufren una enfermedad incapacitante.

**Material y métodos:** Estudio de pacientes ingresados por enfermedad incapacitante en el Servicio de Geriatria durante un año, en los que se estima un potencial rehabilitador favorable. Se recogen variables demográficas, situación cognitiva (FAST), variación en situación funcional (Barthel), comorbilidad (índice de Charlson), diagnósticos: accidente cerebrovascular (ACV), fractura de cadera (FC) e inmovilidad de otro origen (INM), complicaciones durante el ingreso, tratamiento rehabilitador: fisioterapia (FS) o terapia ocupacional (TO), y parámetros bioquímicos nutricionales. La recuperación funcional se estimó mediante la mejoría en la escala de Barthel. Se realizó estudio estadístico mediante comparación de medias y correlación múltiple, con nivel de significación del 95%.

**Resultados:** n=93 (76,3% mujeres), edad media 84,7 (DE 6,9). Diagnósticos: ACV: 21, FC: 36, INM: 36. Charlson: 2,8 (DE 2,2). Datos al ingreso: Barthel 22,8 puntos, FAST 2,8 (DE 1,4). Tratamiento recibido: FS 40, TO 39, ambos 14. Recuperación funcional: los pacientes con ACV recuperan menos puntos de Barthel que el resto (19,3 vs 30,8; p< 0,01). Se observó una peor recuperación en los pacientes seleccionados para FS comparados con TO (21,5 vs 34,1; p< 0,01). La presencia de deterioro cognitivo y cuadro confusional durante el ingreso se correlacionaron con menor recuperación, aunque este último mostró tendencia no significativa. No se encontró relación con la edad, funcionalidad previa, parámetros nutricionales analizados ni comorbilidad. En el análisis multivariante se describen como parámetros independientes asociados a pobre recuperación: el ingreso por causa distinta de FC, presencia de deterioro cognitivo y haber sido seleccionados para realización de FS al inicio (r<sup>2</sup>= 0,27; p< 0,001).

**Conclusión:** En una muestra seleccionada de pacientes geriátricos con adecuado potencial rehabilitador «a priori», se pueden identificar factores no modificables (demencia, patología fundamental) que ocasionen

una menor recuperación a corto plazo. Estos parecen desempeñar un papel más importante que los inherentes al ingreso hospitalario (morbilidad) en dicho resultado.

## 1001

### INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD AGUDA EN LA PERDIDA FUNCIONAL A LOS TRES MESES DE LA HOSPITALIZACIÓN EN NONAGENARIOS

Formiga, F.; López-Soto, A.; Sacanella, E.\*; Mascaró, J.; Masanés, F.\*; Chivite, D.; Crespo, M.\*; Pujol, R.

Medicina Interna-UFISS de Geriatria. CSU de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona y Hospital Clinic de Barcelona\*.

**Introducción:** En las personas mayores puede existir una pérdida funcional después de un ingreso hospitalario. Frecuentemente en nonagenarios el motivo del ingreso se debe a descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).

**Objetivos:** Estudiar en pacientes nonagenarios, si la pérdida funcional producida después de una hospitalización, persiste a los tres meses del alta, y si existen diferencias según sea el motivo de ingreso: EPOC o ICC descompensadas.

**Métodos:** Se realiza un estudio prospectivo longitudinal, caso control, de pacientes nonagenarios ingresados por descompensación de EPOC (n= 30) o ICC (n= 30), procedentes de los servicios de urgencias de dos hospitales universitarios. Se utilizó el Índice de Barthel (IB) para medir la funcionalidad; previo al ingreso al alta tres meses, y el Índice de Charlson (IC) para la comorbilidad. Todos los pacientes recibieron valoración geriátrica integral.

**Resultados:** Se estudiaron 60 pacientes (40 mujeres, edad media 92 años, y estancia hospitalaria media de 9,4 días). El IC fue de 2,6. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10%. A los tres meses se revaloraron 37 pacientes (9 readmisiones, 8 nuevos fallecimientos); con valores previos del IB de 72, existiendo un descenso del IB al alta hospitalaria 48, p< 0,001, que persiste a los tres meses (63, p< 0,02). No existían diferencias según hubiera sido el motivo de ingreso en la pérdida de IB, ni al alta hospitalaria ni a los tres meses.

**Conclusiones:** En pacientes nonagenarios la pérdida funcional aunque leve, persiste a los tres meses del alta sin existir diferencias según si el motivo del ingreso ha sido descompensación de EPOC o ICC.

## 1002

### IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS PACIENTES NONAGENARIOS: EVALUACIÓN AL AÑO DEL ALTA

López-Soto, A.\*; Formiga, F.; Mascaró, J.; Crespo, M.\*; Masanés, F.\*; Sacanella, E.\*; Chivite, D.; Pujol, R.

Medicina Interna-UFISS de Geriatria. CSU de Bellvitge y Hospital Clinic\*. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Introducción:** La hospitalización puede provocar una pérdida en la capacidad funcional posiblemente más acentuada cuanto mayor sea la edad.

**Objetivos:** Estudiar la caída funcional en los pacientes nonagenarios después de un ingreso hospitalario por cualquier causa y si esta persiste al año del alta.

**Métodos:** Se valoraron consecutivamente 300 pacientes > 90 años ingresados en la CSU de Bellvitge y el Hospital Clinic de Barcelona durante el año 2000. Se excluyeron los ingresados para tratamiento paliativo (13) y los dados de alta (73) o fallecidos en las primeras 72 horas (32). Se utilizó el índice de Barthel (IB); previo -al alta de urgencias- a los tres meses y al año, y el Índice de Charlson (IC)

**Resultados:** Se estudiaron 182 pacientes (123 mujeres-59 varones, edad media de 92,4 años y estancia media de 11,7 días). El IC fue de 1,8.

El 20% (36) de los pacientes fallecieron durante el ingreso. A los 12 meses se revaloraron 64 pacientes, existiendo: 9 pérdidas de seguimiento, 52 nuevos fallecimientos (48% de mortalidad acumulada) y 21 reingresos. El IB al año de los 64 pacientes restantes era 67, superior al suyo al alta hospitalaria (52; p< 0,001), persistiendo un descenso respecto a) IB previo (81; p< 0,001) y sin diferencias significativas del que existía a los tres meses del alta (69).

**Conclusiones:** La hospitalización por cualquier motivo en los pacientes nonagenarios produce una caída funcional que persiste al año del alta.

## 1044

### CARACTERÍSTICAS PREDICTIVAS DE LA ESCALA PRONÓSTICA DE ORPINGTON: EVOLUCIÓN FUNCIONAL

Montero Rodríguez, M.; Cáceres Cano, E.; Suárez Linares, M.; Arche Coto, J. M.; San Cristóbal Velasco, E.; Solano Jaurrieta, J. J.

Servicio de Geriatria. Hospital Monte Naranco. Oviedo.

**Objetivo:** Determinar las propiedades predictivas de la Escala Pronóstica de Orpington, respecto al resultado funcional al alta, en la primera semana de evolución de la Enfermedad Cerebrovascular (ECV).

**Material y método:** Se analizan los pacientes supervivientes, ingresados en la primera semana de evolución de la ECV en los años 1998, 1999 y 2000 (n: 619, 62,7% mujeres, edad: 80 ± 6,9).

**Variables:** Escala Pronóstica de Orpington (EPO) en la primera semana de evolución del evento vascular e IB al alta. Definimos como evolución funcional favorable, la de aquellos pacientes que al alta alcanzan una puntuación igual o mayor de 60 puntos en el IB. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS utilizando los tests de chi cuadrado, OR y eta de Anova.

**Resultados:** La puntuación media en la EPO fue de 4,14 ± 1,7. Se clasifican como ECV Leve (EPO menor de 3,2) el 32,5% (n: 201), moderada (EPO de 3,2 a 5) el 32,1% (n:199) y severa (EPO mayor de 5) el 35,4% (n: 219).

El IB al alta fue de 53,8 ± 33, siendo de 82,4 ± 14,8 en el grupo de leve severidad de 62,5 ± 19,4 y de 19,4 ± 23,3 en el de moderado y severo respectivamente (p< 0,001).

La correlación entre la puntuación de la EPO y el IB al alta es de 0,839.

361 pacientes presentaron una puntuación en el IB al alta mayor igual a 60, por lo que la incidencia de evolución funcional favorable fue de 58,3%. Existieron diferencias en la distribución según los grupos de severidad, entre los pacientes con evolución funcional favorable. (96,5% vs 72,9% vs 10%; p< 0,001). Dicha asociación se hacía más evidente tras estratificar la puntuación de la EPO en cada grupo y realizar un análisis lineal de proporciones (ECV leve OR:41,6; ECV moderada OR:2,5; ECV severa OR:0,02. IC 95%; P< 0,001).

**Conclusión:** La Escala Pronóstica de Orpington, predice la situación funcional al alta correctamente.

## 1077

### EVOLUCIÓN FUNCIONAL AL MES DE ANCIANOS DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD DE AGUDOS: NECESIDADES DE UNIDADES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Maicas Martínez, L.; Martín Sebastián, E.; Gallego Moreno, J. A.; Sánchez Jurado, P. M.; Luengo Márquez, C.; Abizanda Soler, P.

Unidad de Geriatria. Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

**Objetivos:** Analizar la evolución funcional y los eventos adversos mayores al mes de ancianos dados de alta de una unidad de agudos de Geriatria (UGA) para detectar aquellos que se beneficiarían de unidades de recuperación especiales en régimen interno o externo.

**Método:** 189 pacientes consecutivos dados de alta de la UGA entre octubre y diciembre 2001. Se realizó valoración funcional con I. Barthel

(IB) previo, ingreso, alta y al mes (se calculó la pérdida funcional (PF) como IB previo-IB ingreso), se recogieron datos de mortalidad y reingresos al mes. Se analizaron las diferencias entre grupos en variables biomédicas, funcionales, mentales y sociales mediante "chi" cuadrado, *t* Student y ANOVA según conveniencia.

**Resultados:** Los pacientes dados de alta (estancia media 8,03 días) pueden clasificarse en tres grandes grupos; 1. Aquellos sin PF al ingreso (N= 63, 33,4%) el 46% grandes dependientes reagudizados y el 38% independientes para estudio de patologías; 2. Pacientes con PF al ingreso pero que la recuperan o mejoran al alta (IB alta-IB ingreso > 0) (N=26, 13,8%) IB previo 65,8 al ingreso 50,2 al alta 66,4; 3. Ancianos con PF al ingreso y que al alta no la han recuperado por completo (N= 100, 52,9%) IB previo 60,1 al ingreso 25,7 al alta 35 al mes 49,1. 27 pacientes del total (14,2%) fallecieron al mes del alta y otros 23 reingresaron (12,1% del total; 19,3% grupos, 0% grupo 2, 14% grupo 3). Los grupos 1 y 2 mantuvieron función al mes con una mortalidad del 8,2%. La mortalidad del grupo 3 fue 19% ( $p < 0,05$ ), el 18,9% de los vivos recuperaron toda la funcionalidad al mes, el 16,2% incluso mejoraron el IB previo y el 64,9% seguían con PF. La ganancia funcional de estos últimos durante el ingreso fue de 6,7 (DE 12) puntos de IB y de 4,2 (DE 12,9) durante el mes después del alta, siendo mayor en aquellos con pérdidas mayores de 20 puntos de IB al ingreso ( $p < 0,001$ ). Los enfermos que recuperaron funcionalidad al alta presentaron menos demencia y menos úlceras por presión que los otros grupos ( $p < 0,05$ ), no ingresaron por ictus y no reingresaron al mes ( $p < 0,05$ ). Los que no recuperaron función al alta ingresaron con más síndrome confusional ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Gran porcentaje de pérdida de funcionalidad al ingreso en UGA. El 52,9% no la recuperan al alta aunque presentan ganancia durante el ingreso. Al mes la recuperación funcional aumenta aunque existe una elevada mortalidad y reingresos. Los que no recuperan la funcionalidad al mes (25,4%) puede ser el grupo que más se beneficie de unidades de recuperación funcional.

## 1079

### ÍTEMS DEL ÍNDICE DE BARTHEL PREDICTORES DE GANANCIA FUNCIONAL Y ESTANCIA MEDIA DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

León Ortiz, M.; Maicas Martínez, L.; Martín Sebastián, E.; Romero Rizos, L.; Luengo Márquez, C.; Abizanda Soler, P.

Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

**Objetivos:** Analizar los ítem del índice de Barthel (IB) que mejor predican ganancia funcional al alta y al mes de una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Método:** 190 pacientes consecutivos dados de alta de la UGA entre octubre y diciembre 2001. Se calcularon la pérdida funcional (PF) como IB previo-IB ingreso tanto global como para cada uno de los ítem individualmente y la ganancia funcional (GF) como IB al alta y al mes respecto al ingreso. Se recogieron datos de mortalidad y reingresos al mes. Se realizaron correlaciones entre los ítem del IB y las variables dependientes y se construyeron varios modelos predictores de GF y estancia, escogiendo el que mejor ajustó.

**Resultados:** La PF en los ítem del IB que mejor se correlacionaron con GF al alta y al mes fueron comer, vestirse, arreglarse, deposición, retrete, transferencias, deambulación y escaleras ( $p < 0,01$ ); con estancia hospitalaria comer, vestirse, deposición, micción, retrete, transferencias y deambulación ( $p < 0,01$ ). El modelo que incluyó pérdida funcional en 5 ítem del IB (deambulación, transferencias, deposición, vestido y arreglarse) resultó mejor predictor de estancia y ganancia funcional que el que incluía los 10 ítem originales del IB. Los coeficientes de correlación de Pearson fueron respectivamente para el IB original y el reducido: días de ingreso ( $r = 0,301$  y  $r = 0,303$ ;  $p < 0,001$ ), GF al alta ( $r = 0,441$  y  $r = 0,463$ ;  $p < 0,001$ ) y GF al mes ( $r = 0,627$  y  $r = 0,643$ ;  $p < 0,001$ ). Ambos IB (original y reducido) presentaron una correlación casi perfecta ( $r = 0,970$ ). Los pacientes que fallecieron al mes presentaron mayor PF tanto en el IB original (23,1 versus 31,5 puntos, diferencia 15,9 IC 95% 3,2 a 28,7;  $p < 0,05$ ) y reducido (10,5

versus 18,7 puntos, diferencia 8,2 IC 95% 0,2 a 16,2;  $p < 0,05$ ). Los pacientes que reingresaron al mes no presentaron mayor PF medida con los dos IB.

**Conclusiones:** La pérdida funcional medida con 5 de los ítem del índice de Barthel (deambulación, vestido, deposición, transferencias y arreglarse) predice con mayor exactitud la ganancia funcional al alta y al mes de un ingreso hospitalario en agudos, los días de estancia y la mortalidad al mes que el índice de Barthel completo.

## 1107

### FACTORES ASOCIADOS A PÉRDIDA FUNCIONAL AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS

Albadalejo, R.; Gómez Pavón, J.; González, N.; Socorro, A.; Domenech, J. R.; Escobar, M. J.; Izquierdo, G.; Ruipérez, I.

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

**Objetivo:** Analizar los factores asociados a la pérdida funcional al alta hospitalaria en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

**Material y método:** Análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UGA del Hospital de la Cruz Roja de Madrid desde 1-1-00 al 1-1-02. Se excluyen los pacientes fallecidos. Población a estudio, N=1551 (415 mujeres, edad media 85  $\pm$  7 años). Dos grupos a estudio: Grupo A: Si pérdida funcional, y Grupo B: No pérdida funcional. Se analizan en los dos grupos los siguientes parámetros: edad, sexo, comorbilidad, situación funcional y mental, causa de ingreso, mortalidad, complicaciones intrahospitalarias (infecciones, caídas, síndrome confusional agudo, reacciones adversas), estancia media y reingreso hospitalario. Análisis estadístico realizado con  $\chi^2$  para variables categóricas y T de Student, para cuantitativas. Análisis multivariante con regresión logística método condicional. Nivel Significación e intervalo de confianza, del 95%.

**Resultados:** Grupo A: 687 (44%) (415 mujeres, edad media 85  $\pm$  7 años), y grupo B: 864 (56%) (492, edad media: 83,6  $\pm$  7 años; ( $p < 0,001$  con respecto a edad). Se asocian con pérdida funcional: nonagenarios: 51% vs 42%,  $p < 0,001$ ), incontinencia urinaria al ingreso (51% vs 39%,  $p < 0,001$ ), peor situación funcional y mental al ingreso (CRF: 3,94  $\pm$  0,90 vs 3,38  $\pm$  1,26, Barthel: 26,92  $\pm$  24,24 vs 41,76  $\pm$  31,53, CRM: 1,96  $\pm$  1,61 vs 1,38  $\pm$  1,62  $p < 0,001$ ), ictus como causa de ingreso (27% vs 8%,  $p < 0,001$ ), sdr. confusional agudo al ingreso (55% vs 42%,  $p < 0,001$ ), infección intrahospitalaria (60% vs 40%,  $p < 0,001$ ) y mayor estancia hospitalaria (13,41-1-9,5 vs 10,48  $\pm$  6,2,  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante se muestran independientes: Ictus, edad, estancia, CRM al ingreso, y sdr. confusional agudo [(OD respectivas: 2,27 (1,7-3,3); 1,2 (1,0-1,47); 1,3 (1,0-1,5), 1,8 (1,07-2,9), 2,25 (1,6-3,0)].

**Conclusiones:** Los factores asociados a la pérdida funcional en el anciano al alta hospitalaria son: a) Ictus como causa de ingreso, b) presentar al ingreso mayor edad, peor situación mental y un cuadro confusional agudo, y c) una mayor estancia hospitalaria.

## 79

### NONAGENARIOS EN LA CIUDAD DE VIC (BARCELONA)

Fabregó, J.; Soldevilla, M.; Tantiñà, A.; Hernández, M. J.; Guiteras, A.; Espauella, J.

Unidad Integral de Geriátria. Hospital de la Santa Creu. Vic (Barcelona).

**Objetivos:** El rápido aumento del número y porcentaje de la población muy anciana ( $\geq 80$  años) es uno de los cambios más importantes de los países occidentales en la última década, siendo uno de los objetivos de la geriatría el conocimiento y evaluación de este grupo de edad. Decidimos conocer el estado de salud de las personas  $> 90$  años de Vic (30.000 habitantes), que residen en su domicilio, si envejecen de manera satisfactoria y su situación cognitiva.

**Método:** La recogida de información se realizó mediante cuestionario en el domicilio. Se recogieron variables relacionadas con síndromes geriá-

tricos, diagnóstico previo de demencia, nivel funcional (índice de Barthel (IB) y Lawton (IL), función cognitiva (test Pfeiffer), encuesta de riesgo de malnutrición (cuestionario «Determine»), así como variables relacionadas con calidad de vida, percepción de salud y aspectos emocionales. Se consideró envejecimiento satisfactorio si  $IB \geq 90$ , Pfeiffer  $\leq 3$  errores,  $IL \geq 2$  y con una percepción de calidad de vida entre buena y excelente. Se trata de un estudio descriptivo transversal.

**Resultados:** Sobre un censo de 201 personas se realizaron 95 encuestas (47%), 43 personas no respondieron como mínimo a dos llamadas telefónicas en días y horas diferentes, 60 personas tenían la dirección incorrecta y tres rechazaron participar en el estudio. La edad media fue de 93 años, un 81% eran mujeres, un 66% eran personas viudas, un 55% eran cuidadas por sus hijos. El 19% cumplía con criterios de envejecimiento satisfactorio. El 44% presenta cinco o más errores en el test de envejecimiento satisfactorio, existiendo únicamente el 15% de los casos

diagnóstico previo de demencia. Un 34% manifiestan estar tristes y con poco interés por hacer las cosas. Respecto a la calidad de vida un 75% respondió entre buena y excelente, mientras que respecto a la percepción del estado de salud un 83% respondió entre buena y excelente. Presentan riesgo de malnutrición el 49%. La puntuación media del IB = 67 y la puntuación media de IL = 2,29.

**Conclusiones:** Existe un grupo de pacientes nonagenarios que envejecen de forma satisfactoria. Hemos tenido dificultades en encontrar una definición operativa de envejecimiento satisfactorio. Contrasta la diferencia entre pacientes diagnosticados de demencia con respecto a la alta frecuencia de malos resultados en los tests cognitivos. Destaca la discrepancia de resultados en las variables subjetivas (calidad de vida y percepción de salud) y las variables objetivas (funcionalidad, cognición), este hecho podría suponer una mayor capacidad de adaptación de los nonagenarios.